

# 8. ERVARINGEN MET EN MENINGEN OVER DE WET BOPZ

Drs. A.J.J. van der Kwartel  
Drs. C.D. Nienoord-Buré  
Drs. M.H.J. Lommers  
Drs. M. Sluiter

**Adviseurs**  
Prof. mr. J. Legemaate  
Prof. dr. G.A.M. Widdershoven

Maart 2007

Prismant



1.	<b>Inleiding</b>	<b>3</b>
1.1	Achtergrond en context	4
1.2	Probleemstelling	4
1.3	Werkwijze	5
1.3.1	Literatuur	5
1.3.2	Elektronische enquête	5
1.3.3	Beperkingen	6
1.4	Leeswijzer	7
2.	<b>De voorlichting over de Wet Bopz</b>	<b>9</b>
2.1	De tweede evaluatie van de Wet Bopz	10
2.2	Bevindingen uit de enquête	11
2.3	Conclusies en aanbevelingen	23
2.3.1	Conclusies	23
2.3.2	Aanbevelingen	25
3.	<b>De discussie over de Wet Bopz</b>	<b>27</b>
3.1	Inleiding	28
3.2	Thema's in de discussie over de Wet Bopz	28
3.2.1	De (on)mogelijkheden van gedwongen behandeling	28
3.2.2	De Wet Bopz in relatie tot de ontwikkelingen in de behandelvisie in de GGZ	37
3.2.3	De Wet Bopz in relatie tot de ontwikkelingen in maatschappelijke opvattingen	42
3.2.4	De Wet Bopz in relatie tot de forensisch psychiatrische zorg	45
3.2.5	Indirecte factoren die de werking van de Wet Bopz beïnvloeden	46
3.3	De Wet Bopz als zodanig	48
3.3.1	Kritiek en verbeter suggesties	48
3.3.2	Meningen over de Wet Bopz	53
3.3.3	Naar een nieuwe wet?	60
3.4	Nabeschuwing	67
	<b>Bijlage 1: literatuurlijst</b>	<b>70</b>
	<b>Bijlage 2: lijst van gebruikte afkortingen</b>	<b>73</b>
	<b>Bijlage 3: verantwoording kwantitatief onderzoek</b>	<b>75</b>



# 1. INLEIDING

## 1.1 Achtergrond en context

Ten behoeve van de derde evaluatie van de Wet Bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Wet Bopz) zijn, naast het evaluatierapport van de derde evaluatiecommissie (deel 1), zeven onderzoeken uitgevoerd. Deze onderzoeken kenden de volgende thema's:

- Dwang en drang buiten de instelling (deel 2)
- Dwangtoepassing binnen de instelling (deel 3)
- Grensgebieden van de Wet Bopz (deel 4)
- Algemene wet bestuursrecht en de Wet Bopz (deel 5)
- Toepassing van de Wet Bopz bij allochtone cliënten (deel 6)
- Internationale ontwikkelingen (deel 7)
- Ervaringen met en meningen over de Wet Bopz (deel 8)

Het onderzoek waarover in dit rapport verslag wordt gedaan heeft als leidend thema 'Ervaringen met en meningen over de Wet Bopz'. Ervaringen met en meningen over de meeste deelaspecten van (de uitvoering van) de Wet Bopz zijn aan de orde gekomen in de rapporten van de vijf eerstgenoemde deelonderzoeken. Voor een beschrijving ervan wordt verwezen naar de delen 2 tot en met 6 van deze evaluatiereeks over de Wet Bopz.

Voor het voorliggende onderzoek blijven in feite twee onderwerpen over die niet door de andere onderzoeken worden gedekt, omdat zij de Wet Bopz als geheel betreffen: de voorlichting over de Wet Bopz en de ontwikkeling van de discussie over de Wet Bopz als zodanig.

## 1.2 Probleemstelling

Ten aanzien van de discussie over de Wet Bopz is de probleemstelling voor dit onderzoek als volgt geformuleerd: *"Functioneert de Wet Bopz, zoals die na verschillende recente en voorgenomen wijzigingen luidt c.q. zal luiden, op adequate wijze en zo nee, welke aanbevelingen kunnen worden gedaan om de Wet Bopz aan de hedendaagse eisen te laten voldoen?"*

Deze algemeen geformuleerde probleemstelling wordt in dit rapport behandeld aan de hand van de volgende drie deelvragen:

- *Welke knelpunten (in brede zin) ervaren partijen die betrokken zijn bij (de uitvoering van) de Wet Bopz?*
- *Welke verbeteringen in de Wet Bopz worden voorgesteld?*
- *Wat zijn de meningen over (de wenselijkheid van) een nieuwe wettelijke regeling?*

## 1.3 Werkwijze

Om de hiervoor genoemde vragen te beantwoorden is literatuur bestudeerd en een elektronische enquête uitgezet.

### 1.3.1 Literatuur

De literatuurstudie heeft vooral betrekking op het onderwerp ‘ervaringen met en meningen over de Wet Bopz’. De literatuurstudie heeft niet de pretentie volledig te zijn. Wij hebben ons beperkt tot literatuur die is verschenen ná de tweede evaluatie van de Wet Bopz en bovendien de Wet Bopz als zodanig tot onderwerp heeft. Daarbij is vooral geselecteerd naar de drie hierboven genoemde deelvragen. Literatuur over specifieke onderwerpen die binnen de onderzoeksdomeinen van een der andere deelonderzoeken vielen, is buiten beschouwing gelaten.

### 1.3.2 Elektronische enquête

#### Methodie

Om een zo volledig mogelijk beeld te krijgen over de ervaringen met en meningen over de Wet Bopz is een enquête uitgezet onder ruim 3.500 mensen die direct betrokken zijn bij (de uitvoering van) deze wet. Van hen hebben 643 personen de enquête daadwerkelijk ingevuld. De enquête is uitgezet onder betrokkenen vanuit de zorgsector, de cliënten, de rechtspraak (rechters, Officieren van Justitie en advocaten), landelijk vertegenwoordigende organisaties en ‘aanpalende’ sectoren, zoals gemeenten, politie, eerstelijnszorg en de openbare gezondheidszorg. In bijlage 3 van dit rapport is een uitgebreide toelichting op en verantwoording van deze enquête opgenomen.

Voor zover bekend is het voor het eerst dat het instrument van de elektronische enquête op deze schaal is ingezet in het kader van een wetsevaluatie. In ieder geval is het voor het evalueren van de Wet Bopz de eerste keer. Ondanks de ‘kinderziektes’ en beperkingen die zo’n nieuw instrument met zich meebrengt, kan toch worden geconcludeerd dat de inzet ervan een nuttige bijdrage kan leveren aan de evaluatie van wetgeving. (Zie ook bijlage 3.) Deze uitgebreide enquête vormt dan ook terecht het ‘hart’ van dit deelonderzoek. Naast ‘eigen’ vragen aan de hand van de beide hiervoor genoemde onderwerpen ‘voorlichting’ en ‘discussie over de Wet Bopz’, zijn ook vanuit de eerste vijf van de in paragraaf 1.1 genoemde deelonderzoeken enquêtevragen aangeleverd. In de betreffende rapporten zijn de uitkomsten van dat deel van de enquête opgenomen. Voor zover relevant zijn de bevindingen uit deze deelonderzoeken in samengevatte vorm ook opgenomen in het slothoofdstuk van dit rapport.

### Clusters van respondenten

De 643 respondenten die de enquête hebben ingevuld zijn opgesplitst in zeven clusters:

- Een cluster 'Zorg I', bestaande uit 337 respondenten. Dit cluster omvat behandelaars en andere zorgverleners binnen de GGZ-instellingen.
- Een cluster 'Zorg II', bestaande uit 78 respondenten. Onder dit cluster vallen onder meer: leden van raden van bestuur van GGZ-instellingen, leden van klachtencommissies, vertegenwoordigers van landelijke branche- of koepelorganisaties en managers en hulpverleners vanuit niet erkende Bopz-instellingen.
- Een cluster 'Rechtspraak', bestaande uit 54 respondenten. In dit cluster zijn opgenomen rechters en officieren van justitie.
- Een cluster 'Rechtshulp', bestaande uit 54 respondenten. Dit cluster omvat advocaten en patiëntenvertrouwenspersonen.
- Een cluster 'Cliënten', bestaande uit 23 respondenten. Dit cluster omvat leden van cliëntenraden en leden van landelijke patiëntenverenigingen.
- Een cluster 'Familie', bestaande uit 10 respondenten. Dit cluster omvat leden van familieraden.
- Een cluster 'Aanpalende sectoren', bestaande uit 87 respondenten. In dit cluster zijn opgenomen de respondenten uit organisaties die zijdelings te maken hebben met (de toepassing van) de Wet Bopz. Daarbij valt te denken aan: gemeenten (burgemeesters en ambtenaren), politie en onafhankelijke (GGD-) artsen, niet zijnde in dienst van een GGZ-instelling.

Voor een meer gedetailleerde beschrijving van deze clusters wordt verwezen naar bijlage 3.

### 1.3.3 Beperkingen

#### Algemeen

Dit rapport geeft een indruk van de stand van zaken met betrekking tot de discussie over de Wet Bopz. De kern hiervan wordt gevormd door de uitslagen van de enquête, aangevuld met literatuuronderzoek. Het geheel geeft een impressie van de wijze waarop vanuit verschillende perspectieven wordt aangekeken tegen de Wet Bopz: welke punten van kritiek hebben de verschillende betrokkenen, zijn volgens deze betrokkenen nog verbeteringen mogelijk of is de Wet Bopz achterhaald en moet er naar een nieuwe wettelijke regeling worden gestreefd? Het is een weergave van meningen zonder weging. Getalsmatig zijn de respondenten uit het cluster Zorg I, dus degenen die direct betrokken zijn bij de zorgverlening, verreweg in de meerderheid, maar zij vertegenwoordigen slechts één perspectief. Twee clusters kunnen worden omschreven als 'juridische invalshoeken' (de clusters Rechtspraak en Rechtshulp), maar de respondenten uit beide clusters hebben ook weer verschillende perspectieven. Kortom: vanuit verschillende perspectieven worden meningen over de Wet Bopz in beeld gebracht.



### Elektronische enquête

Voor een beschrijving van de beperkingen die gepaard gaan met de gekozen manier van enquêteren wordt verwezen naar bijlage 3. Voor een goede interpretatie van de in dit rapport opgenomen tabellen, is het van belang kennis te nemen van deze bijlage. Eén belangrijke opmerking dient hier echter op voorhand gemaakt te worden: de in de tabellen genoemde percentages zijn gerelateerd aan de feitelijke response per vraag. Niet alle respondenten hebben namelijk alle vragen ingevuld c. q. behoeven in te vullen. In een aantal gevallen werd dóórggevraagd, wanneer respondenten specifieke antwoorden hadden gegeven. De overige respondenten vielen dan voor die vragen af. Bijvoorbeeld: aan respondenten werd gevraagd of men knelpunten heeft ervaren in de toepassing van de Wet Bopz. Degenen die deze vraag bevestigend beantwoordden, werden doorgeleid naar een vervolgvraag. Door deze structuur kan het aantal respondenten per vraag variëren. Bij iedere tabel wordt aangegeven hoeveel personen deze vraag hebben beantwoord. De percentages in de tabellen moeten steeds in verband worden gezien met de feitelijke response zoals aangegeven in de tabel. Een en ander is van belang voor de interpretatie van de bevindingen uit de enquête. De clusters zijn in omvang nogal verschillend. In het cluster Zorg I is sprake van enige honderden respondenten, in de overige clusters van enkele tientallen of nog minder. In die laatste gevallen kan één enkele keuze al invloed hebben op de uitslag voor het gehele cluster. Deze beperking wordt minder knellend, wanneer de uitslagen van meerdere, met elkaar samenhangende tabellen tegelijk worden beschouwd. Dan zijn er in het algemeen vanuit de onderscheiden clusters consistente reactiepatronen te herkennen.

## 1.4 Leeswijzer

Zoals aangegeven handelt dit rapport in hoofdzaak over twee algemene onderwerpen in relatie tot de Wet Bopz:

- De voorlichting over de Wet
- De discussie over de Wet Bopz als zodanig

Het eerste onderwerp wordt aan de orde gesteld in hoofdstuk 2. Eerst wordt in paragraaf 2.1 kort terugverwezen naar de bevindingen uit de tweede evaluatie van de Wet Bopz. Vervolgens worden de enquêteresultaten over dit onderwerp gepresenteerd (paragraaf 2.2). Dit hoofdstuk wordt afgesloten met enkele conclusies en aanbevelingen (paragraaf 2.3).

Het tweede onderwerp, de discussie over de Wet Bopz, komt aan de orde in hoofdstuk 3. Afgezien van een korte inleiding, bevat dit hoofdstuk vier onderdelen. Eerst wordt een aantal belangrijke thema's in de discussie over de Wet Bopz besproken, zowel de signaleerde knelpunten als eventuele verbeteringsuggesties. Vervolgens wordt ingegaan op de discussie over de Wet Bopz zelf. Beschreven wordt hoe wordt gedacht over de mogelijkheden van reparatie van de wet dan wel over de noodzaak van nieuwe wetgeving.

Op dit laatste wordt dieper ingegaan met de vraag welke aspecten in een eventuele nieuwe wet geregeld zouden moeten worden. Het hoofdstuk wordt afgesloten met een aantal conclusies.

# 2. DE VOORLICHTING OVER DE WET BOPZ

## 2.1 De tweede evaluatie van de Wet Bopz

In de tweede evaluatie van de Wet Bopz in 2002 werd het Voorlichtingsplan Wet Bopz uit 1998 onderzocht. De doelstelling van dit plan was dat alle relevante doelgroepen meer kennis zouden krijgen van de begrippen in de Wet Bopz en de toepassing van de wet. Gezien het ontbreken van meetbare elementen in deze doelstelling, is in de tweede evaluatie vastgesteld wat de stand van zaken was met betrekking tot de voorlichtingsactiviteiten, welke sectoren behoefte hadden aan aanvullende informatie en op welke onderwerpen deze aanvullende informatie betrekking zou moeten hebben.

De belangrijkste conclusies en aanbevelingen uit de tweede evaluatie waren:

- er is behoefte aan meer gedetailleerde informatie over de toepassing van de wet in de praktijk;
- er is behoefte aan een op de verschillende sectoren of zelfs op de verschillende instellingen toegesneden handboek;
- bij gespecialiseerde instellingen schieten de juiste faciliteiten bij de uitvoering van de wet vaak te kort;
- er is grote behoefte aan het kunnen volgen van de ontwikkelingen van de Wet Bopz. Een mogelijkheid om hieraan tegemoet te komen is een centraal orgaan die een dergelijke informatiestroom op gang kan brengen;
- een methode die wordt geopperd is een kwartaalbericht Wet Bopz, een landelijke helpdesk en een reguliere mailing via de e-mail. De respondenten willen vooral op de hoogte worden gehouden van ontwikkelingen op het gebied van jurisprudentie, wijzigingen in de wet en praktijkervaringen aan de hand van casuïstiek (Jansen & Van Fessem, 2002).

Ook de evaluatiecommissie van de tweede evaluatie van de Wet Bopz laat zich uit over voorlichting. De commissie stelt dat opvattingen dat de Wet Bopz bepaalde handelingen of beslissingen niet toelaat ten dele zijn gebaseerd op een gebrek aan kennis van en inzicht in de mogelijkheden die de Wet Bopz biedt. Dat betekent dat het belang van voorlichtingsactiviteiten hiermee extra benadrukt wordt. Ook de voorlichtingsactiviteiten van instellingen naar hun (toekomstige) patiënten evenals het kennisniveau van patiënten over hun eigen rechtspositie schieten tekort (Begeleidingscommissie, 2002, p.20).

Het Kabinet heeft de adviezen van de tweede evaluatiecommissie overgenomen: de centrale begrippen van de Wet Bopz zouden met behulp van richtlijnen worden uitgelegd en de voorlichting zou worden geïntensiveerd (Kamerstukken II, vergaderjaar 2003-2004, 25 763, nr. 4). Deze intensivering heeft zich geconcretiseerd in het uitbrengen van (nieuwe) voorlichtingsbrochures over (aspecten van) de Wet Bopz en in de organisatie van voorlichtingsdagen.

De volgende brochures over de Wet Bopz zijn inmiddels uitgebracht:

- Overzicht van de Wet Bopz (2006)
- De In Bewaring Stelling (2006)
- Het klachtrecht en de patiëntenvertrouwenspersoon (2006)
- De observatiemachtiging (2005)
- De voorlopige machtiging en de machtiging voortgezet verblijf (2005)
- De voorwaardelijke machtiging (2003)
- De Wet Bopz voor cliënt en familie (2002)
- De Wet Bopz voor verzorgenden en verplegenden (2002)
- De Wet Bopz voor artsen (2002)
- Gevaar in de Wet Bopz (2000)

## 2.2 Bevindingen uit de enquête

In de enquête die voor dit onderzoek is uitgezet, is een aantal vragen opgenomen over het onderwerp 'voorlichting'. Aan de hand van de antwoorden op deze vragen worden de bevindingen uit de enquête beschreven. Zo veel mogelijk zal daarbij een relatie worden gelegd met de bevindingen uit de tweede evaluatie.

Daarbij zijn echter twee beperkingen aan te geven. De eerste is dat de tweede evaluatie de volle breedte van het werkingsgebied van de Wet Bopz betrof, terwijl de huidige evaluatie zich beperkt tot de toepassing van de Wet Bopz in de geestelijke gezondheidszorg. In de tweede evaluatie zijn enkele bevindingen nader uitgesplitst naar deelsectoren, waaronder de geestelijke gezondheidszorg, waardoor een zekere vergelijking mogelijk wordt, maar zo'n vergelijking is niet mogelijk voor alle onderwerpen die in de enquête aan de orde zijn gesteld. De tweede beperking is dat de tweede evaluatie vooral kwalitatief van aard was. Er zijn voor het onderwerp 'voorlichting' in totaal bij 50 respondenten enquêtes afgenomen, waarvan 20 uit de geestelijke gezondheidszorg (in de tweede evaluatie is overigens sprake van 'psychiatrie'). Van deze 20 interviews zijn voor enkele onderwerpen kwantitatieve gegevens bekend.

Ter vergelijking: vanuit de geestelijke gezondheidszorg (in het vervolg het cluster 'Zorg I' genoemd) hebben 337 respondenten aan de enquête deelgenomen. Velen van hen hebben ook de vragen over het onderwerp 'voorlichting' beantwoord.

In de enquête zijn binnen het onderwerp 'voorlichting' de volgende groepen vragen te onderscheiden:

1. Aanwezige kennis over de Wet Bopz;
2. Behoeftte aan informatie over diverse aspecten van de Wet Bopz;
3. Gewenste informatiebronnen;
4. Bekendheid van de respondenten met de brochures van het ministerie van VWS.

In deze volgorde zullen hieronder de resultaten van de enquête worden besproken.

### De kennis over de Wet Bopz

Aan de hand van zes 'kennisgebieden' van de Wet Bopz die zich bevinden aan de grenzen van de Wet Bopz is gevraagd of men van mening was dat de kennis daarover toereikend was. Vanuit de onderscheiden clusters kwamen op deze vraag de volgende antwoorden:

**Tabel 1:** De kennis van de Wet Bopz is toereikend (naar kennisgebied per functiecluster, in procenten)

	n=	Zorg I	Zorg II	Rechtspraak	Rechtshulp	Clënten	Familie	Aanpalend
Kennisgebieden van de Wet Bopz		%	%	%	%	%	%	%
De toepasselijkheid van de Wgbo	307	81	86	57	92	68	60	67
De toepasselijkheid van de Awb	63	50	46	65	76	53	40	75
(De samenwerking met) gemeente en politie	49	76	92	88	74	58	30	74
(De samenwerking met) justitiële organisaties	49	66	78	88	82	53	40	79
De toepassing van de Wet Bopz buiten de instelling	19	74	73	96	96	63	80	79
Middelen en maatregelen (binnen de instelling)	10	85	94	63	88	79	80	68

Gegeven het feit dat de enquête is gehouden onder mensen die direct te maken hebben met (de toepassing van) de Wet Bopz, is het niet verwonderlijk dat een groot percentage van de respondenten van mening is dat hun kennis op de hier genoemde gebieden van de Wet Bopz over het algemeen toereikend is. Voor vrijwel alle clusters blijkt dat tweederde of meer van de respondenten aangeeft voldoende kennis te hebben op de genoemde gebieden. Enkele hoge en lage scores komen overeen met de verwachtingen. Respondenten uit het cluster Zorg I scoren hoog op het gebied van kennis over de toepasselijkheid van de Wgbo en over 'Middelen en maatregelen' binnen de instelling. Vanuit het cluster Rechtspraak wordt hoog gescoord op de kennis over de samenwerking met justitiële organisaties en de politie en op 'Toepassing van de Wet Bopz buiten de instelling'. Op dit laatste onderwerp scoort ook het cluster 'Rechtshulp' hoog. In dit cluster is eveneens breed kennis voorhanden over de toepasselijkheid van de Wgbo.

Ter vergelijking: tijdens de tweede evaluatie van de Wet Bopz vonden 19 van de 20 respondenten uit de geestelijke gezondheidszorg dat zij 'redelijk tot goed' op de hoogte waren van de Wet Bopz.

### Behoeftte aan informatie

Naast de vraag of men de eigen kennis toereikend acht, is aan de respondenten ook gevraagd over welke onderwerpen men nadere informatie zou willen krijgen. Daarbij werden meerdere mogelijkheden aangeboden. De volgende tabellen geven een indruk van de informatiebehoefte die bij de respondenten uit de onderscheiden clusters leeft. In eerste instantie is aan de hand van vier brede informatiecategorieën de behoefte aan informatie gepeild.

**Tabel 2:** Behoeftte aan informatie naar onderwerp per functiecluster (in procenten)

Onderwerp	n=	Zorg I	Zorg II	Rechtspraak	Rechtshulp	Cliënten	Familie	Aanpalend
		%	%	%	%	%	%	%
Wetsartikelen		14	7	7	0	21	10	10
Praktijkervaringen / toepassingsmogelijkheden		82	65	58	45	93	80	85
Wetswijzigingen		50	51	45	41	50	10	25
Jurisprudentie		50	42	48	69	43	30	44

In de meeste functieclusters is vooral behoefte aan informatie over praktijkervaringen c.q. toepassingsmogelijkheden van de Wet Bopz. Alleen de clusters Rechtspraak en Rechtshulp scoren hierop wat lager. Vooral vanuit het cluster Cliënten is behoefte aan informatie over praktijkervaringen. Ook valt op dat vanuit het cluster Rechtshulp vooral behoefte bestaat aan informatie over jurisprudentie met betrekking tot de Wet Bopz. Hoewel een klein aantal respondenten heeft aangegeven informatie te willen over wetsartikelen, heeft geen enkele respondent gereageerd op de vervolgvraag in de enquête over welke wetsartikelen men nadere informatie wenste.

Voor het voorlichtingsbeleid over de Wet Bopz is van belang dat uit deze tabel blijkt dat de respondenten meer behoefte hebben aan informatie over praktijkervaringen dan over bijvoorbeeld wetsartikelen en wetswijzigingen. Deze uitslag komt overeen met de bevindingen uit de tweede evaluatie (Jansen & Van Fessem, 2002). Ook daaruit kwam de conclusie naar voren dat de respondenten vooral op de hoogte willen worden gehouden "van nieuwe ontwikkelingen op het gebied van de jurisprudentie, wijzigingen of veranderingen in de wet en praktijkervaringen aan de hand van casuïstiek" (pag. 26). Tabel 2 suggereert dat deze uitspraak nog steeds geldt, maar dat qua belang de volgorde van de onderwerpen anders ligt. Uit tabel 2 blijkt dat er in diverse clusters bij ongeveer de helft van de respondenten belangstelling

bestaat voor informatie over wetswijzigingen. Over de meest actuele onderwerpen op dit gebied (zowel al gerealiseerde als in voorbereiding zijnde wetswijzigingen) is in de enquête op dit onderdeel doorgevraagd. Daaruit kwam het volgende beeld.

**Tabel 3:** *Behoefte aan informatie over wetswijzigingen per functiecluster (in procenten)*

	n=	Zorg I	Zorg II	Rechtspraak	Rechtshulp	Cliënten	Aanpalend
Wetswijziging		%	%	%	%	%	%
Zelfbinding		63	41	31	58	71	33
Klachtrecht		36	46	23	33	100	33
Verruiming van het gevaarscriterium		83	73	77	92	71	92
Voorwaardelijke machtiging		60	64	69	58	86	67
Observatiemachtiging		66	55	54	83	86	33

*Noot: In het cluster Familie was sprake van slechts één respondent*

Het aantal respondenten op deze vraag is relatief gering. Betrekkelijk weinig respondenten waren immers geïnteresseerd in informatie over wetswijzigingen (zie tabel 2). Binnen alle clusters scoort de behoefte aan informatie over de verruiming van het gevaarscriterium hoog. Over het algemeen hebben respondenten uit het cluster Cliënten behoefte aan informatie over wetswijzigingen, vooral met betrekking tot het klachtrecht, maar gegeven het geringe aantal respondenten voor deze vraag, is het lastig om dit als een algemene conclusie te formuleren.

Een volgende vraag betrof de informatiebehoefte met betrekking tot de voorwaarden, procedures, criteria en toepassingsbereik van de Wet Bopz.



**Tabel 4:** *Behoeftte aan informatie over voorwaarden, procedures, criteria en toepassingsbereik (response in aantallen en in procenten<sup>1</sup>)*

		n=	Ja %	Nee %	Weet niet %
<b>Cluster Zorg I</b>	Voorwaarden	297	60	31	10
	Procedures	300	55	39	6
	Criteria	301	56	41	4
	Toepassingsbereik	299	36	59	5
<b>Cluster Zorg II</b>	Voorwaarden	59	54	32	14
	Procedures	59	49	39	12
	Criteria	59	63	34	3
	Toepassingsbereik	59	34	61	5
<b>Cluster Rechtspraak</b>	Voorwaarden	45	49	51	0
	Procedures	44	27	71	2
	Criteria	46	37	59	4
	Toepassingsbereik	46	33	63	4
<b>Cluster Rechtshulp</b>	Voorwaarden	44	39	52	9
	Procedures	45	31	62	7
	Criteria	43	26	72	2
	Toepassingsbereik	45	22	76	2
<b>Cluster Cliënten</b>	Voorwaarden	21	57	19	24
	Procedures	21	81	10	10
	Criteria	21	81	10	10
	Toepassingsbereik	21	71	19	10
<b>Cluster Familie</b>	Voorwaarden	9	78	11	11
	Procedures	9	89	11	0
	Criteria	9	89	11	0
	Toepassingsbereik	9	67	22	11
<b>Cluster Aanpalende sectoren</b>	Voorwaarden	74	61	24	15
	Procedures	74	54	37	10
	Criteria	74	82	15	3
	Toepassingsbereik	74	26	65	10

Deze vraag kende een hoge response. Opvallend is dat vanuit de clusters Rechtspraak en Rechtshulp de meerderheid van de respondenten geen behoefte heeft aan informatie over de vier genoemde onderwerpen. Respondenten uit de clusters Cliënten en Familie hebben in meerderheid juist wel behoefte aan informatie. Voor de overige clusters liggen de informatiebehoeften verschillend. Globaal hebben

1 Ten gevolge van afronding naar gehele getallen tellen de percentages niet altijd precies op tot 100. Dit verschijnsel kan zich ook in de overige tabellen voordoen.

tussen de 50 en 60 procent van de respondenten behoefte aan informatie over de genoemde onderwerpen. Opvallend is dat in deze clusters weinig belangstelling bestaat voor informatie over het toepassingsbereik van de Wet Bopz. Ook is opvallend de grote behoefte aan informatie vanuit het cluster 'Aanpalende sectoren' over de criteria voor de toepassing van de Wet Bopz.

Aan de respondenten die voor de eerste drie onderwerpen hadden aangegeven meer informatie te willen, zijn op deze onderwerpen vervolgvragen gesteld. De volgende tabel geeft een overzicht van de reacties waar het gaat om de informatiebehoefte over een aantal voorwaarden van de toepassing van de Wet Bopz.

**Tabel 5:** *Behoeftte aan informatie over voorwaarden in de Wet Bopz per functiecluster (in procenten)*

	n=	Zorg I	Zorg II	Rechtspraak	Rechtshulp	Clënten	Familie	Aanpalend
Voorwaarden	%	%	%	%	%	%	%	%
Meldingsplicht (bij IGZ)	45	28	16	21	21	14	14	16
Bereidheidverklaring tot naleven afspraken buiten het ziekenhuis	37	30	32	53	14	29	29	15
Duur maatregel of interventie	22	23	5	26	43	29	29	27
Bereidheidverklaring tot naleven afspraken binnen het ziekenhuis	36	23	21	26	43	29	29	9
Behandeling conform behandelplan	27	25	21	21	43	86	86	9
Instemming met behandelplan	39	38	37	37	43	43	43	11
Bereidheidverklaring tot opname	30	20	11	32	43	43	43	24
Geneeskundige verklaring	8	15	26	11	79	71	71	29
Feitelijk verzoek	17	25	11	5	36	14	14	18

*Ter toelichting bij deze tabel:*

- *De meldingsplicht aan de Inspectie voor de Gezondheidszorg houdt in dat de geneesheer-directeur maandelijks gegevens verstrekt aan de Inspecteur (art. 58). Uitgangspunt van de wet is dat behandeling alleen kan plaatsvinden op grond van een behandelplan, waarmee de cliënt of diens vertegenwoordiger instemt.*
- *Aan dwangbehandeling is geen maximum termijn verbonden. Bij evaluatie wordt getoetst of het doel (vermindere van stoornis / wegnemen van gevaar) binnen de in het behandelplan gestelde termijn wordt bereikt.*
- *In een geneeskundige verklaring wordt de actuele persoonlijke toestand van betrokkene beschreven, zodanig dat de rechter (of de burgemeester in geval van een Inbewaringstelling - lbs) kan beslissen over de vraag of betrokkene voldoet aan de wettelijk verplichte voorwaarden behorend bij het feitelijk verzoek.*
- *Een feitelijk verzoek is een verzoek om een beslissing, dat door de officier van justitie feitelijk is ingediend bij de rechter. Zo kan bijvoorbeeld een cliënt over een besluit tot intrekking van het voorwaardelijk ontslag een beslissing van de rechter verzoeken.*

Bijna 80% van de respondenten uit het cluster Cliënten heeft behoefte aan nadere informatie over de geneeskundige verklaring als één van de voorwaarden waaraan in het kader van de Wet Bopz moet zijn voldaan. Vanuit het cluster Familie springt dezelfde informatiebehoefte eruit, maar meer nog bestaat behoefte aan informatie over de voorwaarde dat de behandeling geschiedt conform het behandelplan. Ook hier geldt een zekere terughoudendheid met het trekken van conclusies in verband met het geringe aantal respondenten in dit cluster. Onder de respondenten uit het cluster Zorg I is vooral behoefte aan nadere informatie over de meldingsplicht (45%) en over de voorwaarde van instemming met het behandelplan (39%).

Vervolgens is in de enquête doorgevraagd over welke procedures in het kader van de Wet Bopz respondenten behoefte hadden aan informatie (zie ook tabel 4).

**Tabel 6:** *Behoeftte aan informatie over procedures Wet Bopz per functiecluster (in procenten)*

	n=	Zorg I	Zorg II	Rechtspraak	Rechtshulp	Cliënten	Familie	Aanpalend
Procedures		%	%	%	%	%	%	%
Plaats van uitvoering		15	17	8	29	29	38	17
Uitvoeringsvolgorde of -logistiek		33	31	0	36	41	25	21
Verantwoordelijkheidsverdeling		61	69	50	43	53	88	75
Uitvoeringseisen		46	33	25	43	41	75	34
Uitvoeringstermijnen		29	28	33	57	41	50	17
Welke activiteiten dienen uitgevoerd te worden		41	39	8	29	82	88	38

Opvallend is de behoefte aan extra informatie over de verantwoordelijkheidsverdeling in Bopz-procedures. Binnen bijna ieder cluster scoort dit onderwerp het hoogst. Alleen binnen het cluster Rechtshulp scoort de behoefte aan informatie over de uitvoeringstermijnen hoger. Vanuit de clusters Cliënten en Familie is ook veel behoefte aan informatie over de vraag welke activiteiten uitgevoerd dienen te worden bij de toepassing van de Wet Bopz.

Ten slotte is doorgevraagd naar de informatiebehoefte over de criteria waaraan moet worden voldaan om de Wet Bopz te mogen toepassen. Hieruit kwam het volgende beeld:

**Tabel 7:** Behoeftte aan informatie over criteria voor toepassing Wet Bopz per functiecluster (in procenten)

	n=	Zorg I	Zorg II	Rechtspraak	Rechtshulp	Clënten	Familie	Aanpalend
Criteria		%	%	%	%	%	%	%
Gevaar kan niet worden afgewend door naleven van afspraken (buiten een ziekenhuis)		29	27	19	67	28	50	32
Gevaar kan niet worden afgewend door naleven van afspraken (binnen een ziekenhuis)		31	41	13	42	33	50	13
(Zeker) geen blijk van de nodige bereidheid		28	24	38	25	28	38	18
Causaal verband tussen geestesstoornis en gevaar		40	43	38	33	56	63	61
(Met aan zekerheid grenzende waarschijnlijkheid) gevaar		55	43	13	33	67	75	57
(Vermoedelijk) geestesstoornis		21	35	31	17	33	38	21

Evenals de beide voorgaande, moet ook deze tabel worden gelezen in het verlengde van tabel 4. Er is in de enquête doorgevraagd aan de respondenten die de vraag naar informatiebehoefte over criteria bevestigend hebben beantwoord. Informatie over het gevaarscriterium is vooral belangrijk voor de respondenten uit de clusters Clënten en Familie. (Dit laatste cluster kent voor dit onderdeel slechts 8 respondenten.) Ook voor de respondenten uit de clusters Zorg I en Aanpalende sectoren is dit een belangrijk criterium om meer informatie over te verkrijgen. Vanuit het cluster Rechtshulp wil men vooral informatie hebben over het criterium dat het gevaar niet kan worden afgewend door afspraken buiten het ziekenhuis.

Vervolgens werd in de enquête gevraagd in hoeverre respondenten behoefte hadden aan informatie over de diverse te onderscheiden cliëntengroepen. De vraag moet worden gezien in het licht van latere vragen naar verbeter suggesties van de Wet Bopz (zie paragraaf 3.2). Daarbij wordt onder meer gevraagd voor welke cliëntengroepen de Wet Bopz van toepassing zou moeten zijn. Deze vraag werd door een relatief klein aantal respondenten ingevuld. Uit de antwoorden is het volgende beeld naar voren gekomen.

**Tabel 8:** Behoeftte aan informatie over cliëntengroepen per functiecluster (in procenten)

	n=	Zorg I	Zorg II	Rechtspraak	Rechtshulp	Cliënten	Familie	Aanpalend
Cliëntengroepen		%	%	%	%	%	%	%
V-codes en bijkomende codes (incl. geen / uitgestelde diagnose)		20	0	20	25	6	0	0
Verstandelijke handicap		23	14	20	25	6	0	14
Ernstige gedragsstoornissen		45	27	40	50	25	43	43
Persoonlijkheidsstoornissen		64	59	40	25	50	29	32
Overige (vnl. neurotische) stoornissen op As-1		18	9	20	13	6	0	4
Overige (incl. ongespecificeerde) stemmingsstoornissen		14	9	27	25	6	0	11
Stemmingsstoornissen, depressieve periode in engere zin met psychotische kenmerken		22	18	33	13	19	14	14
Stemmingsstoornissen, depressieve periode in engere zin		17	14	27	13	13	0	14
Stemmingsstoornissen, manische of gemengde episode, met psychotische kenmerken		25	23	33	38	31	43	25
Stemmingsstoornissen, manische of gemengde periode		22	18	27	38	31	14	14
Overige (incl. niet gespecificeerde) psychotische stoornis		23	27	20	38	19	71	29
Waanstoornissen		25	32	20	38	31	86	21
Schizofrenie		35	32	27	38	38	86	25
Stoornissen door gebruik van middelen		55	50	53	38	19	57	54
Overige (incl. niet gespecificeerde) organische hersensyndromen		22	23	20	13	19	0	7
Psycho-organische storingen door gebruik van middelen (incl. intoxicatie)		40	41	47	25	19	43	46
Dementie		20	14	53	13	6	29	11
Stoornissen tot uiting komend in kindertijd/ adolescentie		26	18	47	38	50	14	4

Binnen het cluster Zorg I is vooral behoefte aan informatie over cliënten die lijden aan persoonlijkheidsstoornissen (64%) en over cliënten met stoornissen door gebruik van middelen (55%). Deze laatste groep scoort ook hoog in het cluster Rechtspraak (53%), evenveel als de behoefte aan informatie over mensen met dementie. Vanuit het cluster Rechtshulp is vooral behoefte aan informatie over mensen met ernstige gedragsstoornissen (50%). De helft van de respondenten uit het cluster Cliënten wil informatie hebben over mensen met persoonlijkheidsstoornissen en mensen bij wie de stoornissen in hun jeugd tot uiting komen. Vanuit de clusters Aanpalende sectoren en Zorg II is belangstelling voor informatie over stoornissen door gebruik van middelen. Vanuit de laatste cluster wordt ook gevraagd om informatie over mensen met persoonlijkheidsstoornissen.

### Informatiebronnen

Aan de respondenten is gevraagd van wie en in welke vorm men bij voorkeur informatie over de Wet Bopz wil ontvangen.

**Tabel 9:** Gewenste informatiebronnen voor (mede)behandelaars (in procenten)  
Respondenten uit cluster Zorg I en Zorg II

	n=	Zorg I	Zorg II
Gewenste informatiebronnen		%	%
Via eigen beroepsgroep (vakbladen)	58	19	
Via VWS (voorlichtingsbrochures)	54	54	
Via internet	33	35	
Via collega's (overdracht)	29	12	
Via eigen organisatie (huisblad)	25	15	
Via IGZ (kwartaalrapportages)	19	19	
Via koepelorganisaties (nieuwsbrief)	18	58	
Anders	4	4	

Specifiek aan behandelaars is gevraagd wat voor hen de meest gewenste informatiebronnen zijn. Ook in het cluster Zorg II zijn er respondenten die betrokken zijn bij de behandeling. Uit de tabel wordt duidelijk dat de respondenten uit het cluster Zorg I bij voorkeur informatie ontvangen via hun beroepsgroep (58% van de respondenten) en in vrijwel dezelfde mate via de brochures van het ministerie van VWS (54%). Internet volgt met 33% op ruime achterstand. Opvallend is dat onder de respondenten uit het cluster Zorg II de koepelorganisaties als informatiebron veel hoger scoren dan onder de respondenten uit het cluster Zorg I, en de eigen beroepsgroep (vakbladen) veel lager.

Ter vergelijking: in de tweede evaluatie van de Wet Bopz werd door 18 van de 20 respondenten uit de psychiatrie het vakblad genoemd als belangrijkste informatiebron. 14 van de 20 noemden 'folders/brochures'. Internet werd destijds door 6 van de 20 respondenten aangegeven. In de tweede evaluatie van de Wet Bopz is niet alleen gevraagd naar wat de belangrijkste informatiebronnen zijn, maar ook naar wat gewenste informatiekanalen zouden zijn, waar het gaat om aanvullende informatie over de Wet Bopz. In de nu gehouden enquête is dat onderscheid niet gemaakt. In 2002 noemden 9 van de 20 respondenten, dus 45%, internet als gewenst verspreidingskanaal voor aanvullende informatie. Het is een te klein aantal respondenten om conclusies op te baseren. Maar toch is het in dit licht opmerkelijk dat anno 2006 slechts 33% van de respondenten uit het cluster Zorg I internet als gewenste informatiebron aangeeft.

In de enquête is ook aan de respondenten uit de overige clusters gevraagd wat voor hen de meest gewenste informatiebronnen zijn. De volgende tabel geeft de antwoorden weer:

**Tabel 10:** Gewenste informatiebronnen naar cluster (in procenten)

	n=	Rechtshulp 26	Cliënten 19	Familie 8	Zorg II 15
Gewenste informatiebronnen	%	%	%	%	%
Verantwoordelijke GGZ-instelling	15	63	100	47	
Betrokken behandelaars	23	74	75	47	
Patiëntenvertrouwenspersoon	31	53	25	13	
Cliëntenraad	8	37	13	7	
Landelijke overheid	46	21	38	53	
Landelijke patiëntenvereniging	4	32	0	7	
Politie	15	11	25	13	
Zorgverzekeraar(s)	12	16	0	0	
Gemeente	15	11	13	0	
Familieraad	0	16	13	7	
GGD	8	11	0	0	

In deze tabel zijn nuances te vinden tussen de verschillende clusters. Voor de respondenten uit de clusters Cliënten en Familie zijn de betrokken behandelaars en de verantwoordelijke GGZ-instelling de meest gewenste informatiebronnen. In het cluster Cliënten scoort de patiëntenvertrouwenspersoon eveneens hoog (53%). Voor de clusters Rechtshulp en Zorg II is de landelijke overheid de meest gewenste informatiebron, alhoewel voor het cluster Zorg II bijna de helft van de respondenten eveneens informatie wensen via de betrokken behandelaars en de verantwoordelijke GGZ-instelling.

### De brochures van het ministerie van VWS

Door het ministerie van VWS worden voorlichtingsbrochures uitgegeven over de Wet Bopz (zie paragraaf 2.1). Er is een algemene brochure over de wet en er zijn brochures uitgegeven over specifieke aspecten, zoals de verschillende typen machtiging en het gevaarscriterium. Ook zijn enkele brochures voor specifieke doelgroepen (cliënten en familie, artsen, verplegenden en verzorgenden) uitgebracht. De volgende tabel geeft een indicatie hoe deze brochures door de respondenten worden gebruikt.

**Tabel 11:** Bekendheid en gebruik brochures VWS over de Wet Bopz (in procenten)

	n=	Zorg I	Zorg II	Rechtspraak	Rechtshulp	Cliënten	Familie	Aanpalend
Gebruik brochures		%	%	%	%	%	%	%
Ken ik niet		23	25	33	27	58	30	56
Zijn beschikbaar in onze organisatie, maar ik gebruik ze niet		8	20	11	18	16	10	14
Gebruik ik soms als naslag		42	34	44	29	16	50	16
Gebruik ik regelmatig als naslag		12	10	2	4	5	0	10
Gebruik ik vaak als naslag		3	3	2	0	0	0	0
Deel ik soms uit		17	0	4	13	5	20	7
Deel ik regelmatig uit		10	12	2	2	5	10	1
Deel ik vaak uit		3	3	0	2	0	0	0
Ik werk met brochures van de eigen instelling		13	14	0	36	16	10	1

De brochures worden door relatief veel respondenten 'soms' als naslagwerk gebruikt en vinden met name via de respondenten uit de clusters Zorg I en Familie verdere verspreiding. Toch komen er uit deze tabel verschillende beelden naar voren. Binnen het cluster Zorg I gebruikt 57% van de respondenten de brochures (soms) als naslag



en worden door 30% van de respondenten de brochures uitgedeeld. Ook in verschillende andere clusters worden de brochures (soms) als naslagwerk gebruikt: Rechtspraak 48%, Familie 50% en Zorg II 47% van de respondenten. Binnen het cluster Rechtshulp gebruikt 33% van de respondenten de brochures (soms) als naslagwerk.

Tegenover deze betrekkelijk positieve cijfers staan echter ook negatieve indrukken. De bekendheid met de voorlichtingsbrochures van het ministerie van VWS over de Wet Bopz wisselt over de clusters. Meer dan de helft van de respondenten uit de clusters Cliënten en Aanpalende sectoren kennen deze brochures niet. Voor de overige clusters varieert de onbekendheid tussen de 23 en 33 procent. Dit zijn hoge percentages, gegeven het feit dat de elektronische enquête is uitgezet onder respondenten die bij (de uitvoering van) de Wet Bopz betrokken zijn. Kennelijk worden toch belangrijke fracties van de doelgroep niet bereikt. De onbekendheid van grote groepen betrokkenen met de brochures van het ministerie van VWS kan zorgelijk worden genoemd. Gerichte acties vanuit het ministerie van VWS zijn wenselijk om de brochures onder deze groepen meer bekendheid te geven.

## 2.3 Conclusies en aanbevelingen

Door middel van de enquête is er voor het eerst in kwantitatieve termen zicht gekregen op de informatiebehoefte bij partijen die betrokken zijn bij (de uitvoering van) de Wet Bopz. Eerst zullen aan de hand van de in paragraaf 2.2 aangehouden indeling enkele conclusies worden geformuleerd. Op basis daarvan worden enkele aanbevelingen gedaan.

### 2.3.1 Conclusies

#### **Aanwezige kennis over de Wet Bopz**

In het algemeen zijn de respondenten van mening dat hun kennis van de Wet Bopz toereikend is. Wanneer wordt doorgevraagd op enkele specifieke kennisgebieden, blijkt die mening te worden genuanceerd. Maar dan nog blijkt dat op de verschillende kennisgebieden in de meeste clusters 70% of meer van de respondenten aangeeft dat de kennis toereikend is. Zo geeft 50% van de respondenten uit het cluster Zorg I aan voldoende kennis te hebben van de toepasselijkheid van de Algemene wet bestuursrecht. In dezelfde orde van grootte scoren de respondenten uit de clusters Cliënten en Familie op dit kennisgebied. Ook scoren de respondenten uit deze clusters wat lager op de kennisgebieden 'samenwerking met gemeente en politie, respectievelijk justitiële organisaties'. Het is de vraag in hoeverre kennis op deze gebieden noodzakelijk is voor de betreffende respondentgroepen.

### **Behoeftte aan informatie**

Aan de hand van de volgende drie invalshoeken is getracht zicht te krijgen op de informatiebehoefte van de respondenten uit de onderscheiden clusters:

- vier onderwerpen die met de wet ‘als wet’ te maken hebben (wetsartikelen, wetswijzigingen, jurisprudentie en praktijkervaringen);
- vier onderwerpen die te maken hebben met de toepassing van de wet (voorwaarden, procedures, criteria en toepassingsbereik). Over deze vier onderwerpen is in een verdiepingsslag nader doorgevraagd;
- specifieke cliëntengroepen.

Uit de antwoorden blijkt dat respondenten vooral behoefte hebben aan informatie over de praktijk van de toepassing van de Wet Bopz. Dit blijkt uit de antwoorden op de algemene vraag naar informatiebehoefte (tabel 2). Ook uit de daaropvolgende tabellen zijn signalen af te leiden dat respondenten vooral behoefte hebben aan informatie die met de praktijk te maken heeft. Waar het gaat om de voorwaarden in de Wet Bopz, willen respondenten uit de clusters Cliënten en Familie vooral informatie hebben over de geneeskundige verklaring. Waar het gaat om de procedures is breed behoefte aan informatie over de verantwoordelijkheidsverdeling. Bij de respondenten uit de clusters Cliënten en Familie is daarnaast behoefte aan informatie over de vraag “Welke activiteiten uitgevoerd dienen te worden”. Waar het gaat om criteria voor toepassing van de Wet Bopz scoort informatie over het gevaarscriterium hoog bij respondenten uit de clusters Familie, Cliënten, Aanpalende sectoren en Zorg I. Vanuit het cluster Rechtshulp is vooral behoefte aan informatie over het criterium dat het gevaar niet kan worden afgewend door het naleven van afspraken buiten het ziekenhuis. Voor wat betreft de behoefte aan informatie over cliëntengroepen, hebben de respondenten globaal het meest behoefte aan informatie over de groepen ‘mensen met ernstige gedragsstoornissen’ en ‘mensen met stoornissen door gebruik van middelen’.

### **Gewenste informatiebronnen**

Voor de respondenten uit het cluster Zorg I zijn de vakbladen en de brochures van het ministerie van VWS de meest gewenste informatiebronnen. Eén op de drie respondenten ziet internet als een gewenste informatiebron. Voor de respondenten uit het cluster Zorg II is ook de informatie via de eigen koepelorganisaties van belang. Voor (de vertegenwoordigers van) de cliënten zijn de behandelaar en de instelling de meest gewenste informatiebronnen, gevolgd door de patiëntenvertrouwenspersoon. De respondenten uit het cluster Rechtshulp willen vooral informatie vanuit de landelijke overheid.

### **Bekendheid met de brochures van het ministerie van VWS**

Meer dan de helft van de respondenten uit de clusters Cliënten en Aanpalende sectoren kent de voorlichtingsbrochures van het ministerie van VWS niet. Vanuit de overige clusters kennen tussen de 23% en 33% van de respondenten deze brochures

niet. Van de respondenten uit deze laatste clusters gebruikt globaal tussen de 30% en 50% de brochures (soms) als naslagwerk.

### 2.3.2 Aanbevelingen

Uit de bovenstaande samenvattende conclusies kunnen de volgende aanbevelingen worden afgeleid:

- Laat informatie over de Wet Bopz vooral gaan over de praktijk van de toepassing van de Wet Bopz. Geef daarbij vooral aandacht aan zaken als toepassingscriteria en verantwoordelijkheidsverdeling.
- Voor cliënten (en familie) zijn de instellingen en de behandelaars de meest gewenste informatiebronnen. Stimuleer dat langs dat kanaal de brochures over de Wet Bopz, speciaal gericht op cliënten en familie, worden verspreid.
- Opvallend is dat internet slechts door één op de drie behandelaars wordt genoemd als gewenst informatiekanaal. Gegeven het toenemende belang van internet in de informatievoorziening, is het toch aan te bevelen een aparte website te creëren, waarop informatie over de Wet Bopz systematisch wordt aangeboden naar onderwerp en doelgroep.
- Ten slotte wordt aanbevolen de bekendheid van de brochures van het ministerie van VWS over de Wet Bopz te vergroten, in het bijzonder onder de cliënten en betrokkenen uit de zogeheten ‘aanpalende sectoren’. Meer dan de helft van de respondenten uit deze clusters gaf aan de brochures niet te kennen.

Deze aanbevelingen overziend, kan als algemene aanbeveling worden geformuleerd dat het wenselijk is dat het ministerie van VWS een nieuw voorlichtingsplan voor de Wet Bopz opstelt. Dat is sinds 1998 niet meer gebeurd.



# 3. DE DISCUSSIE OVER DE WET BOPZ

### 3.1 Inleiding

Al vanaf haar inwerkingtreding heeft de Wet Bopz discussie opgeroepen. Ondanks de beide voorgaande evaluaties en de diverse aanpassingen en reparaties van de wet is de discussie nog steeds gaande. In dit hoofdstuk wordt de huidige stand van de discussie in beeld gebracht. Eerst wordt in de volgende paragraaf aan de hand van vijf thema's de discussie over de Wet Bopz in beeld gebracht. Hiervoor wordt gebruik gemaakt van de bestudeerde literatuur en de resultaten van de elektronische enquête. In paragraaf 3.3 komt de Wet Bopz als zodanig aan de orde met als uiteindelijke vraag of de wet na alle (voorgenomen) reparaties nog toekomstbestendig is of dat moet worden gewerkt aan de totstandkoming van een nieuwe wettelijke regeling. Het hoofdstuk wordt afgesloten met enkele conclusies en aanbevelingen.

### 3.2 Thema's in de discussie over de Wet Bopz

Als belangrijke thema's in de discussie over de Wet Bopz zijn in dit rapport opgenomen:

1. Het instemmingsvereiste van de patiënt, respectievelijk de (on)mogelijkheden van dwangbehandeling
2. De Wet Bopz in relatie tot de ontwikkelingen in de behandelvisie in de GGZ
3. De Wet Bopz in relatie tot de ontwikkeling in de maatschappelijke opvattingen
4. De Wet Bopz in relatie tot de forensisch psychiatrische zorg
5. Indirecte factoren die de werking van de Wet Bopz beïnvloeden

#### 3.2.1 De (on)mogelijkheden van gedwongen behandeling

Uit de literatuur blijkt dat door de behandelaars als één van de belangrijkste beperkingen van de Wet Bopz wordt ervaren dat mensen onder bepaalde, nauw omschreven omstandigheden wel gedwongen mogen worden opgenomen, maar dat zij niet automatisch dan ook gedwongen mogen worden behandeld. Voor de behandeling is instemming van de patiënt vereist, tenzij er binnen de instelling sprake is van gevaar. Pas dan is dwangbehandeling mogelijk. Behandelaars voelen zich dan machteloos. Van Veldhuizen heeft in 1998 in een artikel dit gevoel omschreven met de term 'zorgverlamming'. Ook andere behandelaars herkennen deze beperking van de Wet Bopz. De Berk (2005) bijvoorbeeld beschrijft de ontevredenheid bij psychiaters op gesloten opnameafdelingen in de GGZ. Deze ontevredenheid komt voort uit het feit dat uitgerekend bij patiënten bij wie de wilsfunctie (wilsbekwaamheid) gestoord is, het bestwil-principe niet mag worden toegepast. Veel psychiaters hebben volgens De Berk het gevoel met de handen op de rug gebonden te moeten toekijken, hoe als gevolg van het nalaten van een noodzakelijke behandeling de psychische toestand van deze ernstig zieke patiënten verder verslechtert. De Berk stelt dat het voor psychiaters een dilemma is om te bepalen of

zij een adequate behandeling moeten instellen en daarmee de wet overtreden of dat zij de wet moeten volgen met alle risico's voor de patiënt. *"Het dilemma waarvoor de psychiater zich geplaatst ziet, als het hem wordt verboden de woorden van een psychotische patiënt in de context van diens psychose te beschouwen."* (citaat De Berk). Psychiater Victor Vladár de Rivero formuleert deze kritiek als volgt: *"Een wet die hulpverleners de gelegenheid biedt om hun verantwoordelijkheid te ontlopen en psychiatrische patiënten ernstig tekort doet."* (in: Langelaan, 2004). Volgens Stichting Pandora ligt één van de belangrijkste problemen bij de wijze waarop de hulpverlening de wet interpreteert: *"Onze ervaring is dat het nakomen van de maximale inspanningsverplichting die de Wet Bopz aan de hulpverlening stelt eerder een knelpunt is dan de wet zelf; dat de hulpverlening veelal onzorgvuldig omgaat met mensen met complexe problematiek en hen soms zelfs de toegang weigert."* (in: Brief aan minister van VWS, 6 april 2004).

In dit verband is door de tweede evaluatiecommissie aan de betrokken organisaties en beroepsgroepen in het veld de aanbeveling gedaan om richtlijnen te ontwikkelen waarin wordt ingegaan op belangrijke aandachtspunten rond de criteria voor en de toepassing van dwangbehandeling. De Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP) heeft deze aanbeveling overgenomen. Eind 2003 is een richtlijncommissie van start gegaan die tot doel had om meer duidelijkheid te krijgen in het besluitvormingsproces rondom het toepassen van dwang en in de effectiviteit van dwangtoepassing. Naar verwachting zal de richtlijn halverwege 2007 gereed zijn (NVvP, 2006; geactualiseerde informatie van de NVvP).

In de elektronische enquête zijn over dit thema vragen opgenomen. In eerste instantie zijn zes algemene stellingen geponeerd:

- Het vereiste van instemming van de cliënt met het behandelplan beperkt de mogelijkheden om te behandelen te veel.
- De criteria voor dwangbehandeling zijn te strikt.
- Door de Wet Bopz wordt cliënten die geen ziekte-inzicht hebben de nodige behandeling onthouden.
- Er is onvoldoende ruimte voor (gedwongen) ambulante zorg en behandeling.
- Voor dwangbehandeling is altijd een rechterlijke machtiging vereist, ook bij vrijwillige opname.
- Als een cliënt gedwongen wordt opgenomen, moet dwangbehandeling automatisch volgen.

De algemene strekking van de eerste vier stellingen is dat de Wet Bopz te weinig mogelijkheden zou bieden om dwangbehandeling toe te passen. De laatste twee

stellingen betreffen de rechtspositie van de cliënt waar het gaat om dwangbehandeling.

De reacties op deze stellingen vanuit de onderscheiden clusters respondenten worden in volgorde van de hier genoemde zes stellingen in de volgende tabellen weergegeven.<sup>2</sup> Na de vierde tabel wordt een algemene indruk gegeven van de reacties met betrekking tot de eerste vier stellingen over de mogelijkheden van dwangbehandeling.

**Tabel 12:** *Reacties op de stelling “Het vereiste van instemming van de cliënt met het behandelplan beperkt de mogelijkheden om te behandelen te veel”*  
Per functiecluster aantal respondenten en percentages

Functiecluster	n =	Geheel eens	Eens	Eens noch oneens	Oneens	Geheel oneens	Weet niet
		%	%	%	%	%	%
Zorg I	253	13	54	20	10	0	3
Zorg II	40	15	50	10	18	0	8
Rechtspraak	30	7	63	10	7	0	13
Rechtshulp	33	0	6	6	49	36	3
Cliënten	16	0	19	13	19	13	38
Aanpalende sectoren	55	9	27	15	0	0	49

2 In de navolgende tabellen is het cluster Familie niet opgenomen. Dit cluster bestaat uit slechts 10 respondenten. Ten gevolge van de non-response uit deze groep bij de gestelde vragen is het niet mogelijk de response zinvol te verdelen over de antwoordcategorieën.



**Tabel 13:** Reacties op de stelling “De criteria voor dwangbehandeling zijn te strikt”  
Per functiecluster aantal respondenten en percentages

Funciecluster	n =	Geheel eens	Eens	Eens noch oneens	Oneens	Geheel oneens	Weet niet
		%	%	%	%	%	%
Zorg I	253	15	54	15	10	1	6
Zorg II	39	15	31	21	26	0	8
Rechtspraak	30	0	40	17	20	0	23
Rechtshulp	33	0	3	0	70	24	3
Cliënten	16	0	19	19	0	13	50
Aanpalende sectoren	55	7	29	9	6	0	49

**Tabel 14:** Reacties op de stelling “Door de Wet Bopz wordt cliënten de nodige behandeling onthouden, wanneer zij geen ziekte-inzicht hebben”  
Per functiecluster aantal respondenten en percentages

Funciecluster	n =	Geheel eens	Eens	Eens noch oneens	Oneens	Geheel oneens	Weet niet
		%	%	%	%	%	%
Zorg I	254	21	58	9	7	0	4
Zorg II	40	15	65	3	10	0	8
Rechtspraak	29	3	41	14	14	3	24
Rechtshulp	33	0	9	15	52	12	12
Cliënten	14	7	29	21	0	0	43
Aanpalende sectoren	55	6	27	11	2	0	55

**Tabel 15:** Reacties op de stelling “Er is onvoldoende ruimte voor (gedwongen) ambulante zorg en behandeling”

Per functiecluster aantal respondenten en percentages

Funciecluster	n =	Geheel eens	Eens	Eens noch oneens	Oneens	Geheel oneens	Weet niet
		%	%	%	%	%	%
Zorg I	254	17	54	11	8	1	8
Zorg II	39	18	49	8	15	0	10
Rechtspraak	30	3	47	13	10	0	27
Rechtshulp	33	3	18	15	46	6	12
Cliënten	16	6	44	6	13	0	31
Aanpalende sectoren	55	7	38	11	2	0	42

Het algemene patroon over deze eerste vier stellingen is in grote lijnen hetzelfde: Vanuit de clusters Zorg I en Zorg II worden de stellingen breed onderschreven, vanuit het cluster Rechtshulp is een (soms grote) meerderheid het oneens. Bij het cluster Rechtspraak is sprake van meer voorstanders dan tegenstanders, maar minder uitgesproken dan bij de clusters Zorg I en Zorg II. Vanuit het cluster Cliënten is een meerderheid het oneens met de stelling dat het instemmingsvereiste de mogelijkheden om te behandelen te veel beperkt. De meningen over de stelling dat de criteria voor dwangbehandeling te strikt zijn, zijn verdeeld: 19% is het met die stelling eens, maar 13% is het met die stelling geheel oneens. Vanuit het cluster Cliënten onderschrijft de helft van de respondenten de stelling dat er onvoldoende ruimte is voor (gedwongen) ambulante zorg en behandeling. Overigens moet hierbij worden opgemerkt dat relatief veel respondenten geen antwoord op deze stellingen weten. Vanuit het cluster Aanpalende sectoren is voor de laatste twee stellingen een vergelijkbaar reactiepatroon zichtbaar als van het cluster Cliënten. Voor de eerste twee stellingen lijkt het reactiepatroon meer op dat vanuit de clusters Zorg I en Zorg II. Ook in dit cluster is echter het percentage respondenten dat geen antwoord op deze stellingen weet, relatief hoog.

De volgende twee tabellen geven de response weer op twee stellingen over de rechtspositie van de cliënt waar het gaat om de mogelijkheden van dwangbehandeling.

**Tabel 16:** *Reacties op de stelling “Voor dwangbehandeling is altijd een rechterlijke machtiging vereist, ook bij vrijwillige opname”*  
*Per functiecluster aantal respondenten en percentages*

<b>Functiecluster</b>	<b>n =</b>	<b>Geheel eens</b>	<b>Eens</b>	<b>Eens noch oneens</b>	<b>Oneens</b>	<b>Geheel oneens</b>	<b>Weet niet</b>
		%	%	%	%	%	%
Zorg I	252	8	41	14	24	6	6
Zorg II	41	2	39	12	32	7	7
Rechtspraak	31	0	32	23	26	0	19
Rechtshulp	33	39	49	0	6	0	6
Cliënten	16	19	31	19	6	0	25
Aanpalende sectoren	56	4	27	9	13	5	43

Voor de meeste clusters geldt dat de respondenten het met deze stelling eens zijn. Binnen de clusters Rechtspraak en Zorg II zijn de meningen min of meer evenwichtig verdeeld. Binnen het cluster Zorg I is ongeveer de helft van de respondenten het (geheel) eens met deze stelling, 30% is het (geheel) oneens.

**Tabel 17:** *Reacties op de stelling “Als een cliënt gedwongen wordt opgenomen, moet dwangbehandeling automatisch volgen”*  
*Per functiecluster aantal respondenten en percentages*

<b>Functiecluster</b>	<b>n =</b>	<b>Geheel eens</b>	<b>Eens</b>	<b>Eens noch oneens</b>	<b>Oneens</b>	<b>Geheel oneens</b>	<b>Weet niet</b>
		%	%	%	%	%	%
Zorg I	252	11	30	17	36	4	2
Zorg II	41	2	37	7	42	7	5
Rechtspraak	30	3	13	17	37	7	23
Rechtshulp	33	3	3	6	27	61	0
Cliënten	15	7	13	33	7	13	27
Aanpalende sectoren	56	9	34	11	7	2	38

Vanuit het cluster Rechtshulp is men het in grote meerderheid oneens met de stelling dat na gedwongen opname automatisch gedwongen behandeling zou moeten volgen. Ook in de clusters Rechtspraak en Zorg II zijn er meer tegen- dan

voorstanders. In het cluster Aanpalende sectoren is 43% het wel eens met deze stelling. In de clusters Zorg I en Cliënten houden voor- en tegenstanders elkaar in evenwicht, zij het dat in het cluster Cliënten het zwaartepunt eerder bij 'geheel oneens' en minder bij 'geheel eens' ligt.

Vervolgens is in de enquête gevraagd of respondenten van mening waren dat, bij wijze van verbetersuggesties voor de Wet Bopz, de mogelijkheden voor dwangbehandeling moeten worden vergroot.

Aan degenen die op deze vraag '(geheel) eens' of 'eens noch oneens' hebben geantwoord, is over vier argumenten doorgevraagd in hoeverre deze dan een rol zouden moeten spelen bij een verruiming van de mogelijkheden tot dwangbehandeling. In de onderstaande vijf tabellen worden de antwoorden op de bijbehorende stellingen weergegeven.

**Tabel 18:** *Reacties op de stelling "De mogelijkheden van dwangbehandeling moeten worden vergroot." Per functiecluster aantal respondenten en percentages*

Functiecluster	n =	Geheel eens	Eens	Eens noch oneens	Oneens	Geheel oneens	Weet niet
		%	%	%	%	%	%
Zorg I	229	25	57	11	6	0	0
Zorg II	36	19	50	11	8	0	11
Rechtspraak	25	0	52	16	8	0	24
Rechtshulp	25	0	4	4	56	28	8
Cliënten	12	0	33	33	17	17	0
Aanpalende sectoren	39	5	64	10	5	0	15

De strekking van de antwoorden op de stelling "De mogelijkheden van dwangbehandeling moeten worden vergroot" ligt in het verlengde van de vier voorgaande tabellen. Respondenten uit het cluster Rechtshulp zijn het in overgrote meerderheid met deze stelling oneens. Vanuit het cluster Cliënten zijn de meningen verdeeld: 33% is het eens, 34% is het oneens, waarvan de helft 'geheel oneens'. Vanuit de clusters Zorg I, Aanpalende sectoren en Zorg II is een ruime meerderheid van de respondenten het met de stelling eens. In het cluster Rechtspraak zijn de meningen minder uitgesproken, maar is toch 52% het eens met de stelling en maar 8% oneens.

Aan degenen die het in meerdere of mindere mate eens waren met de stelling is doorgevraagd welke vier argumenten een rol zouden moeten spelen bij een uitbreiding van de mogelijkheden tot dwangbehandeling. Deze argumenten luiden:

- Het criterium 'gevaar voor de cliënt' moet meer gewicht krijgen dan 'gevaar voor de omgeving of anderen'
- Nadeel voor de cliënt
- Bestwil voor de cliënt
- Overlast

In de onderstaande vier tabellen staan de meningen over deze argumenten weergegeven. Daarbij moet worden opgemerkt dat de clusters Rechtshulp en Cliënten niet meer in de overzichten voorkomen, omdat het aantal respondenten uit deze clusters aan wie kon worden doorgevraagd, omdat ze het 'eens' waren met de algemene stelling, onder de tien uitkwam. Dit aantal is te klein om nog verder op te splitsen.

**Tabel 19:** *Reacties op de stelling "Het argument 'gevaar voor de cliënt' moet meer gewicht krijgen dan 'gevaar voor de omgeving of anderen'"*  
Per functiecluster aantal respondenten en percentages

Funciecluster	n =	Geheel eens	Eens	Eens noch oneens	Oneens	Geheel oneens	Weet niet
		%	%	%	%	%	%
Zorg I	214	3	17	31	44	3	1
Zorg II	29	10	17	24	45	3	0
Rechtspraak	17	6	18	24	35	12	6
Aanpalende sectoren	31	3	10	26	58	3	0

Over het algemeen zijn de respondenten er geen voorstander van om een 'gewichtverdeling' tussen het gevaar voor de cliënt en het gevaar voor de omgeving in de wet op te nemen. Voor ieder cluster geldt dat een aanzienlijk groter percentage het oneens dan eens is met de stelling.

**Tabel 20:** Reacties op de stelling “Het argument ‘nadeel voor de cliënt’ moet een plaats in de wet krijgen”

Per functiecluster aantal respondenten en percentages

Funcțiecluster	n =	Geheel eens	Eens	Eens noch oneens	Oneens	Geheel oneens	Weet niet
		%	%	%	%	%	%
Zorg I	214	10	63	18	5	0	4
Zorg II	29	10	17	24	45	3	0
Rechtspraak	17	6	35	24	18	6	12
Aanpalende sectoren	31	7	26	16	26	0	26

Waar het gaat om de vraag of ‘nadeel voor de cliënt’ als argument voor dwangbehandeling een plaats in de wet zou moeten krijgen, liggen de meningen verdeeld. Vanuit het cluster Zorg I is men hier duidelijk een voorstander van (73%). Ook het cluster Rechtspraak kent meer voor- dan tegenstanders. In het cluster Aanpalende sectoren liggen de meningen verdeeld en in het cluster Zorg II zijn meer tegenstanders dan voorstanders.

**Tabel 21:** Reacties op de stelling “Het bestwil argument moet een plaats in de wet krijgen”

Per functiecluster aantal respondenten en percentages

Funcțiecluster	n =	Geheel eens	Eens	Eens noch oneens	Oneens	Geheel oneens	Weet niet
		%	%	%	%	%	%
Zorg I	214	15	61	14	7	0	4
Zorg II	29	7	55	10	21	0	7
Rechtspraak	17	12	77	12	0	0	0
Aanpalende sectoren	31	3	48	13	13	0	23

Het bestwil-argument is misschien wel een van de gevoeligste punten in de discussie over de Wet Bopz. Onder degenen die voorstander zijn van het vergroten van de mogelijkheden tot dwangbehandeling heeft dit argument echter grote steun: 51% (Cluster Aanpalende sectoren) tot 89% (Cluster Rechtspraak) van de respondenten ondersteunen de stelling om dit argument een plaats in de Wet Bopz te geven.

**Tabel 22:** Reacties op de stelling “Het overlastargument moet een plaats in de wet krijgen”  
Per functiecluster aantal respondenten en percentages

Funciecluster	n =	Geheel eens	Eens	Eens noch oneens	Oneens	Geheel oneens	Weet niet
		%	%	%	%	%	%
Zorg I	214	4	43	30	18	4	2
Zorg II	29	7	52	14	24	0	3
Rechtspraak	17	6	47	29	6	12	0
Aanpalende sectoren	31	23	65	7	7	0	0

Als laatste is gesteld dat het overlastargument een plaats in de wet zou moeten krijgen. Opvallend is dat 88% van de respondenten uit het cluster Aanpalende sectoren deze stelling ondersteunt. In dit cluster bevinden zich respondenten uit organisaties die veel met overlast te maken kunnen hebben, zoals gemeenten en politie. Ook vanuit de clusters Rechtspraak en Zorg II is een meerderheid het met dit argument eens. Vanuit het cluster Zorg I zijn ook ruim meer respondenten het eens dan oneens.

### 3.2.2 De Wet Bopz in relatie tot de ontwikkelingen in de behandelvisie in de GGZ

De Wet Bopz regelt in het bijzonder de gedwongen opneming van mensen die een gevaar voor zichzelf of anderen zijn ten gevolge van een geestesstoornis. Sinds de inwerkingtreding van de Wet Bopz hebben zich in de behandelvisie in de geestelijke gezondheidszorg echter ontwikkelingen voorgedaan, waardoor veel minder de nadruk kwam te liggen op opneming in een psychiatrisch ziekenhuis. De geestelijke gezondheidszorg is steeds meer gemeenschapsgeoriënteerd geworden. Er is sprake van deinstitutionalisering, substitutie van zorg van intramuraal naar semimuraal en ambulant en van vermaatschappelijking van de zorg. De tegenwoordige geestelijke gezondheidszorg is er vooral op gericht om mensen met een psychische stoornis zo veel mogelijk te ondersteunen bij het realiseren van een zo volwaardig mogelijk leven in de samenleving, bij voorkeur buiten een intramurale instelling. Daartoe zijn nieuwe vormen van zorgaanbod ontwikkeld, zoals psychiatrische thuiszorg, case-management, psycho-educatie, arbeidsrehabilitatie, begeleid wonen en bemoeizorg (Berghmans, 2005).

De Wet Bopz regelt alleen de gedwongen opneming, maar biedt geen instrumenten om tot gedwongen behandeling over te kunnen gaan die past bij de huidige behandelvisie in de geestelijke gezondheidszorg. Dat wil zeggen: binnen de eigen maatschappelijke context van de patiënt. Van Veldhuizen (2006b) stelt: “Het feit dat

*voorafgaande aan een besluit tot dwangopname geen mogelijkheden worden gecreëerd tot drang en dwangbehandeling terwijl iemand nog thuis woont, leidt niet alleen tot meer opnames, maar ook tot meer verloedering en verlies aan sociale integratie.*" Deze visies worden ook vanuit het veld gedeeld. In de bijlage bij het 'Manifest' dat op 17 maart aan de leden van de Tweede Kamer is aangeboden door GGZ Nederland, de Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering van de Geneeskunst (KNMG) en de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie<sup>3</sup> wordt onder meer gesteld: *"De Wet Bopz (...) is achterhaald en ingewikkeld en belemmert vaak het leveren van goede zorg."* En: *"Door de huidige wet ontvangen ernstig verkommerende patiënten vaak te laat zorg en behandeling."* (GGZ Nederland, KNMG en NVvP, 2005). De discussie gaat over de vraag of in de Wet Bopz sprake is van een rechtvaardige balans tussen goede zorg en rechtsbescherming (Legemaate, 2004). Deze problematiek wordt nadrukkelijk op de agenda gezet door de zorgethiek. Tegenover een benadering waarin autonomie wordt gekoppeld aan zelfbeschikkingsrecht, wordt gepleit voor een opvatting van autonomie die uitgaat van de inbedding in sociale relaties en de noodzaak van zorg en ondersteuning (Widdershoven & Berghmans, 2000). Volgens Legemaate is het duidelijk dat de Wet Bopz qua opzet en uitgangspunten achterhaald is en onvoldoende aansluit bij de ontwikkelingen die in de organisatie en structuur van de GGZ hebben plaatsgevonden. In de loop van de tijd zijn er wel allerlei aanpassingen voorgesteld om de Wet Bopz beter te laten aansluiten bij de praktijk van de GGZ en de veranderende maatschappelijke opvattingen over de hulp aan sociaal kwetsbare mensen. Voorbeelden daarvan zijn de voorwaardelijke rechterlijke machtiging die aansluit bij de ontwikkeling naar meer ambulante zorg en de observatiemachtiging die de mogelijkheid zou moeten bieden om zorgmijders toch op te kunnen nemen. Over deze beide aanpassingen is de discussie nog gaande. (Zie ook Deel 2 over dwang en drang buiten de instelling.)

Ook in de elektronische enquête zijn de hierboven genoemde thema's aan de orde gesteld. Onderstaande tabellen geven een indruk van de meningen en ervaringen hierover.



**Tabel 23:** Reacties op de stelling “De Wet Bopz sluit niet aan op de hedendaagse behandelvisie in de GGZ” Per functiecluster aantal respondenten en percentages

Functiecluster	n =	Geheel eens	Eens	Eens noch oneens	Oneens	Geheel oneens	Weet niet
		%	%	%	%	%	%
Zorg I	252	11	40	27	14	0	8
Zorg II	39	18	28	15	21	0	18
Rechtspraak	30	3	10	17	3	0	67
Rechtshulp	33	0	15	21	36	0	27
Cliënten	16	0	25	13	6	0	56
Aanpalende sectoren	55	6	13	9	4	0	69

Opvallend is dat geen enkele respondent het geheel oneens is met deze stelling. Eveneens valt op dat in de clusters Rechtspraak, Cliënten en Aanpalende sectoren een hoog percentage van de respondenten geen antwoord op deze stelling weet. Vanuit de clusters Zorg I en Zorg II zijn duidelijk meer respondenten het eens dan oneens met deze stelling. Vanuit het cluster Rechtshulp is 36% het niet eens met de stelling tegenover 15% die het daar wel mee eens is.

Waar het gaat om het ‘meer aansluiten bij de hedendaagse behandelvisie’ is vervolgens de volgende stelling voorgelegd: “In de Wet Bopz moet meer aandacht zijn voor het zorgaanbod.” Daarop zijn de volgende reacties gegeven:

**Tabel 24:** Reacties op de stelling “In de Wet Bopz moet meer aandacht zijn voor het zorgaanbod” Per functiecluster aantal respondenten en percentages

Functiecluster	n =	Geheel eens	Eens	Eens noch oneens	Oneens	Geheel oneens	Weet niet
		%	%	%	%	%	%
Zorg I	228	12	55	19	8	0	5
Zorg II	34	3	51	20	11	0	14
Rechtspraak	25	4	28	12	20	0	36
Rechtshulp	25	12	36	12	20	0	20
Cliënten	12	17	75	8	0	0	0
Aanpalende sectoren	28	13	40	16	3	0	29

Evenals bij de voorgaande stelling is geen enkele respondent het geheel oneens. Vanuit de clusters Rechtspraak en Rechtshulp is één op de vijf respondenten het oneens met de stelling, maar over het geheel genomen zijn er in alle clusters toch meer voor- dan tegenstanders van deze stelling. Bijna alle respondenten uit het cluster Cliënten zijn het met deze stelling eens.

Ook hier is doorgevraagd bij degenen die het (geheel) eens dan 'eens noch oneens' waren met deze stelling, waarbij naar de volgende typen van zorgaanbod werd gevraagd:

- Interventies
- Voorzieningen
- Ambulante voorzieningen

**Tabel 25:** *Reacties op de stelling "In de Wet Bopz moeten meer interventies worden omschreven" Per functiecluster aantal respondenten en percentages*

Funciecluster	n =	Geheel eens %	Eens %	Eens noch oneens %	Oneens %	Geheel oneens %	Weet niet %
Zorg I	197	3	48	27	14	2	6
Zorg II	26	0	39	23	27	4	8
Rechtspraak	11	0	46	46	0	0	9
Rechtshulp	15	0	53	0	40	0	7
Cliënten	12	8	58	8	8	0	17
Aanpalende sectoren	26	12	46	12	0	4	27

Uit alle clusters is het merendeel van de respondenten het eens met de stelling dat meer interventies in de Wet Bopz zouden moeten worden omschreven. In de clusters Rechtshulp en Zorg II liggen de meningen nog het meest verdeeld.

**Tabel 26:** Reacties op de stelling “In de Wet Bopz moeten meer voorzieningen worden omschreven”

Per functiecluster aantal respondenten en percentages

Funciecluster	n =	Geheel eens	Eens	Eens noch oneens	Oneens	Geheel oneens	Weet niet
		%	%	%	%	%	%
Zorg I	197	2	45	31	11	1	10
Zorg II	26	4	42	23	19	4	8
Rechtspraak	11	0	46	46	0	0	9
Rechtshulp	15	0	33	20	33	0	13
Cliënten	12	8	58	0	0	0	33
Aanpalende sectoren	26	15	35	19	4	4	23

Waar het in de vorige tabel ging om ‘interventies’, is eenzelfde beeld te zien ten aanzien van de stelling dat in de Wet Bopz meer voorzieningen zouden moeten worden omschreven. Ook hier is in alle clusters het merendeel van de respondenten het met de stelling eens, behalve de respondenten in het cluster Rechtshulp. In dat cluster zijn evenveel voor- als tegenstanders.

**Tabel 27:** Reacties op de stelling “In de Wet Bopz moeten ambulante voorzieningen worden omschreven”

Per functiecluster aantal respondenten en percentages

Funciecluster	n =	Geheel eens	Eens	Eens noch oneens	Oneens	Geheel oneens	Weet niet
		%	%	%	%	%	%
Zorg I	196	8	57	19	8	1	7
Zorg II	26	8	58	15	12	0	8
Rechtspraak	11	0	46	46	0	0	9
Rechtshulp	15	0	73	20	7	0	0
Cliënten	12	8	67	0	8	0	17
Aanpalende sectoren	26	8	39	15	0	4	35

Wanneer wordt gevraagd of ook ambulante voorzieningen in de Wet Bopz zouden moeten worden omschreven, verandert het beeld. Vanuit alle clusters, inclusief het cluster Rechtshulp is het merendeel van de respondenten het eens.

### 3.2.3 De Wet Bopz in relatie tot de ontwikkelingen in maatschappelijke opvattingen

In het verlengde van de geschetste ontwikkelingen in de psychiatrie kan geconstateerd worden dat het in toenemende mate maatschappelijk onaanvaardbaar wordt geacht mensen aan hun lot over te laten. In het eerder genoemde Manifest wordt er onder meer op gewezen dat *"... de maatschappelijke bezorgdheid over verwarde en verslaafde psychiatrische patiënten groeit."* (GGZ Nederland et al., 2005).

Naast deze 'maatschappelijke bezorgdheid' over de verloedering van bepaalde groepen psychiatrische patiënten, lijkt er ook sprake van een afnemende tolerantie tegenover de overlast die door deze groepen wordt veroorzaakt. Legemaate (2002) wijst op de vanuit de grote steden naar voren gebrachte wens *"... om meer en nieuwe instrumenten te hebben voor het bestrijden van overlast die wordt veroorzaakt door psychiatrische patiënten of mensen die verslaafd zijn aan drugs."* Hij wijst er op dat overlast niet alleen objectief valt te duiden (het aantal personen dat overlast veroorzaakt en de aard van de overlast) maar ook subjectieve elementen kent. *"De vraag hoe snel men tot het bestaan van overlast concludeert, hangt samen met de tolerantie in de samenleving. Neemt deze tolerantie af, dan zal eerder de neiging ontstaan om te pleiten voor maatregelen tegen gedragingen van mensen die als overlast worden ervaren."* Van Hezewijk (2005) vreest dat psychiaters door het invoeren van de observatiemachtiging een verlengde arm van overlastbestrijders worden. Met de observatiemachtiging is voor een gedwongen opname niet langer vooraf een psychiatrische diagnose noodzakelijk. Dat betekent dat voor de hierboven bedoelde groepen mensen toch een oplossing zal ontstaan om eerder in te grijpen. Van Veldhuizen (2006a) deelt de vrees van Van Hezewijk niet: in de parlementaire behandeling van de observatiemachtiging is benadrukt dat dit artikel niet doelt op overlast. De observatiemachtiging kan alleen worden gegeven op grond van ernstig vermoeden van psychiatrische stoornis en gevaar dat nadrukkelijk slechts de patiënt zelf betreft. Maar tegelijkertijd is dit nog wel theorie: het effect van de observatiemachtiging is nog niet duidelijk.

In de enquête is dit onderwerp aan de orde gesteld door te vragen welke cliëntengroepen onder het toepassingsbereik van de Wet Bopz zouden moeten vallen. Evenals bij de vorige onderwerpen is deze vraag eerst in algemene zin gesteld en is vervolgens doorgevraagd onder de respondenten die de betreffende stelling met '(geheel) eens' of 'eens noch oneens' hebben beantwoord. In onderstaande tabellen worden de reacties weergegeven.

**Tabel 28:** Reacties op de stelling “De Wet Bopz moet voor meer cliëntengroepen dan nu van toepassing kunnen worden verklaard”  
Per functiecluster aantal respondenten en percentages

Funcțiecluster	n =	Geheel eens	Eens	Eens noch oneens	Oneens	Geheel oneens	Weet niet
		%	%	%	%	%	%
Zorg I	228	8	36	28	20	1	7
Zorg II	36	11	36	17	17	0	19
Rechtspraak	25	8	40	12	20	0	20
Rechtshulp	25	0	16	8	60	4	12
Cliënten	12	0	67	8	8	8	8
Aanpalende sectoren	39	8	62	13	0	0	18

Bijna tweederde van de respondenten uit het cluster Rechtshulp zijn het oneens met de stelling dat de Wet Bopz voor meer mensen dan nu van toepassing moet kunnen worden verklaard. Vanuit de andere clusters is er meer draagvlak voor deze stelling. Vanuit het cluster Cliënten en het cluster Aanpalende sectoren is het draagvlak zelfs groot te noemen: 67% respectievelijk 70% van de respondenten is het met de stelling (geheel) eens.

Voor vier cliëntengroepen is in de enquête doorgevraagd:

- Verslaafden met ernstig probleemgedrag
- Mensen met persoonlijkheidsstoornissen en ernstig probleemgedrag
- Zorgmijders die ernstig dreigen te verkommeren
- Forensisch psychiatrische patiënten (zie paragraaf 3.2.4)

In onderstaande tabellen zijn de clusters Rechtshulp en Cliënten weggefallen, omdat in het proces van dóórvragen het aantal respondenten onder de tien kwam.

**Tabel 29:** *Reacties op de stelling “De Wet Bopz zou van toepassing moeten zijn op verslaafden met ernstig probleemgedrag”*  
*Per functiecluster aantal respondenten en percentages*

Functiecluster	n =	Geheel eens	Eens	Eens noch oneens	Oneens	Geheel oneens	Weet niet
		%	%	%	%	%	%
Zorg I	164	13	59	19	4	0	5
Zorg II	23	17	61	9	9	0	4
Rechtspraak	15	20	67	0	0	0	13
Aanpalende sectoren	32	28	63	3	3	0	3

De overgrote meerderheid van de respondenten uit de vier overblijvende clusters onderschrijft de stelling dat de Wet Bopz van toepassing zou moeten kunnen zijn op verslaafden met ernstig probleemgedrag. Van het cluster Aanpalende sectoren onderschrijft zelfs 91% deze stelling.

**Tabel 30:** *Reacties op de stelling “De Wet Bopz zou van toepassing moeten zijn op mensen met persoonlijkheidsstoornissen en ernstig probleemgedrag”*  
*Per functiecluster aantal respondenten en percentages*

Functiecluster	n =	Geheel eens	Eens	Eens noch oneens	Oneens	Geheel oneens	Weet niet
		%	%	%	%	%	%
Zorg I	164	9	51	23	10	1	6
Zorg II	23	22	65	9	4	0	0
Rechtspraak	15	20	67	0	0	0	13
Aanpalende sectoren	32	31	69	0	0	0	0

Ook voor de groep mensen met persoonlijkheidsstoornissen en ernstig probleemgedrag zijn verreweg de meeste respondenten van mening dat zij onder de werkingssfeer van de Wet Bopz zouden moeten kunnen vallen. Vanuit het cluster Aanpalende sectoren zijn zelfs alle respondenten deze mening toegedaan.

**Tabel 31:** Reacties op de stelling “De Wet Bopz zou van toepassing moeten zijn op zorgmijders die ernstig dreigen te verkommeren”  
Per functiecluster aantal respondenten en percentages

Funciecluster	n =	Geheel eens	Eens	Eens noch oneens	Oneens	Geheel oneens	Weet niet
		%	%	%	%	%	%
Zorg I	164	32	58	6	0	0	4
Zorg II	23	30	61	9	0	0	0
Rechtspraak	15	20	60	7	0	0	13
Aanpalende sectoren	32	28	66	6	0	0	0

Voor de groep ‘zorgwekkende zorgmijders’ geldt hetzelfde beeld als voor de beide eerder genoemde cliëntengroepen: er is onder de respondenten een breed draagvlak voor de stelling dat ook deze mensen onder de werking van de Wet Bopz moeten kunnen vallen.

### 3.2.4 De Wet Bopz in relatie tot de forensisch psychiatrische zorg

Door een aantal auteurs wordt erop gewezen dat de Wet Bopz niet goed aansluit op het strafrecht. (Zie voor een uitgebreide beschrijving hiervan Deel 4 over de grensgebieden van de Wet Bopz). Van Veldhuizen en Hondius (2004) wijzen er bijvoorbeeld op dat de Wet Bopz de geestelijke gezondheidszorg erin beperkt om het afdelingsmilieu te reguleren en veilig te stellen, waardoor TBS-patiënten moeilijker doorstromen. Van Panhuis (2005) stelt: *“De Bopz pakt de strafrechtelijke plaatsing vaak niet goed op. Als patiënten al geplaatst kunnen worden, staan ze snel weer op straat en glijden af. De strafrechter grijpt tegenwoordig ook voor Psychotici snel naar de tbs.”* Ook betreft hij het ontbreken van de mogelijkheden tot dwangmedicatie bij psychotische mensen. Van Panhuis acht dit probleem dermate urgent dat hij stelt: *“De forensische psychiatrie kan op een vervanging van de Bopz door een behandelwet niet wachten, daarvoor is het aantal psychotici in de justitiële inrichtingen veel te groot.”* In dit verband heeft Van Panhuis voorgesteld om het huidige artikel 37 lid 2 van het Wetboek van Strafrecht te veranderen in een ‘behandelmaatregel’. Deze zou kunnen worden opgelegd op basis van een diagnose, in plaats van op basis van toerekeningsvatbaarheid. Het artikel zou niet (zoals nu) alleen gaan over dwangopname, maar ook over dwangbehandeling. (NVvP, 2006; zie ook Van Panhuis, 2005)

Ten aanzien van het grensvlak met de forensische psychiatrie formuleerde de tweede evaluatiecommissie van de Wet Bopz drie aanbevelingen:

- de benodigde helderheid in de relatie tussen de diverse regelingen ten aanzien van de rechtspositie van forensisch-psychiatrische patiënten en de Wet Bopz;
- een herziening van artikel 51 voor een betere aansluiting tussen de betreffende bepalingen en de verschillende modaliteiten voor opname van een forensisch-psychiatrische patiënt in een Bopz-instelling; en
- een verheldering van de rechtspositie van de forensisch-psychiatrische patiënt die op grond van voorwaardelijke modaliteiten is opgenomen in een Bopz-instelling.

Ook over de groep forensisch psychiatrische patiënten is een stelling opgenomen in de enquête. Deze stelling moet worden gezien in het verlengde van de drie voorgaande tabellen: er was dóórggevraagd op welke groepen cliënten de Wet Bopz van toepassing zou moeten zijn. Voor de groep forensisch psychiatrische patiënten kwam daar het volgende beeld uit:

**Tabel 32:** *Reacties op de stelling “De Wet Bopz zou van toepassing moeten zijn op forensisch psychiatrische patiënten”*  
*Per functiecluster aantal respondenten en percentages*

Functiecluster	n =	Geheel eens	Eens	Eens noch oneens	Oneens	Geheel oneens	Weet niet
		%	%	%	%	%	%
Zorg I	163	10	37	30	9	2	13
Zorg II	23	17	48	13	9	0	13
Rechtspraak	15	20	40	13	0	0	27
Aanpalende sectoren	31	19	48	16	3	0	13

Ook voor deze groep patiënten zijn de respondenten uit de vier gepresenteerde clusters in meerderheid van mening dat de Wet Bopz op hen van toepassing zou moeten zijn.

### 3.2.5 Indirecte factoren die de werking van de Wet Bopz beïnvloeden

Sommige auteurs buigen zich over nieuwe mogelijkheden in de zorgverlening, waardoor nieuwe wetgeving niet (direct) nodig is. In 2004 doet Visser bijvoorbeeld voorstellen voor een andere organisatie van de zorg. Patiënten die noodzakelijke hulp weigeren, moeten toch geholpen kunnen worden. Misschien valt er winst te



halen met laagdrempelige voorzieningen als een Spoedeisende Eerste Hulp (SEH) voor de psychiatrie. Wellicht is er met deze voorzieningen niet direct een nieuwe wet nodig om de groep die dwang nodig heeft, op te kunnen nemen. Visser (2004) vraagt zich af of de mogelijkheden van de Wet Bopz, na de reparaties, niet beter benut kunnen worden. Een voorbeeld van een dergelijk initiatief is de opening van de Spoedeisende Hulp Psychiatrie (SEHP) in het toenmalige Deltabouman eind 2003 (Reisel & Paling, 2004).

Zoals in paragraaf 3.2.1 is aangegeven, werpt de bescherming van de rechtspositie van de psychiatrische patiënt belemmeringen op voor goede zorg. Het belang van de patiënt als rechtspersoon staat voorop, in plaats van het belang van (de zorg voor) zijn gezondheidstoestand. Vanuit de zorgethiek wordt ervoor gepleit autonomie breder op te vatten. Naast autonomie als zelfbeschikking wordt een concept van autonomie als zelfontplooiing geïntroduceerd. Hiermee kan de tegenstelling tussen autonomie en goede zorg worden overstegen (Widdershoven, Berghmans & Welie, 2003). Deze benadering legt het accent niet op het aanpassen van wetgeving, maar op het verbeteren van zorg. Vanuit dit perspectief is de afgelopen jaren veel geïnvesteerd in verbeteringsprojecten op het gebied van kwaliteit van dwang en drang (Abma, Widdershoven & Lendemeijer, 2005). Deze initiatieven staan los van de discussie over wetwijziging. Ze laten zien dat er in de praktijk nog veel winst te behalen is op het gebied van goede zorg. De resultaten van het onderzoek naar dwangtoepassing binnen de instelling (zie Deel 3) onderstrepen de relevantie van een dergelijke benadering.

Ook Van Marle (2006) zoekt naar oplossingen die buiten de wet liggen, omdat de spanning tussen zelfbeschikking en gevaar altijd zal blijven bestaan. Voor criminele, gedragsgestoorde psychiatrische patiënten zijn samenwerkingsverbanden noodzakelijk die justitie en volksgezondheid overstijgen. Er zal daarbij meer gebruik moeten worden gemaakt van motivatietechnieken en maatwerk. Op deze manier ontstaat 'bemoeizorg'. Deze moet in een keten georganiseerd worden. Zorginstellingen vormen een keten, waarbij de indicaties voor uitstroom van de ene instantie aansluiten bij de indicaties voor opname van andere zorgaanbieders. Door middel van het vormen van een keten is de zorg niet langer gebaseerd op samenwerking op basis van welwillendheid en collegialiteit. Elke regio zou een samenwerkingsconvenant moeten hebben, ook voor de verslavingszorg en voor (criminele) gedragsgestoorde patiënten. De zorg strekt zich uit over verschillende instanties die wat betreft aanbod en kerntaken aan elkaar vast moeten zijn geklonken.

Ook vanuit de patiëntenorganisaties wordt de nadruk gelegd op verbetering van de zorg. In verschillende brieven aan de minister van Volksgezondheid (10 februari 2004, 6 april 2004), pleit Stichting Pandora voor een herbezinning op de zorg voor groepen 'lastige' patiënten. Zij wil meer inspanningsverplichtingen, dwangpreventie, persoonlijk contact en goede nazorg, wanneer sprake is geweest van een opname.

Zij wijst bij wijze van voorbeeld op een initiatief in Utrecht waar medewerkers van een zorgcoördinatieteam contact leggen met deze cliënten met wie er 'op maat' wordt gezocht om de vicieuze cirkel te doorbreken. Van belang zijn ketenzorg en zorg aan huis. *"Er is behoefte aan laagdrempelige opvang (in de wijk), goede begeleiding, vertrouwen en persoonlijk contact."* Ook pleit Stichting Pandora *"... voor meer (laagdrempelige) opvangplaatsen in psychiatrische ziekenhuizen voor mensen in nood en in lastige en gevaarlijke situaties."* (Brief Stichting Pandora, 6 april 2004).

In de enquête is gevraagd of respondenten knelpunten herkenden die van invloed zijn op de uitvoering van de Wet Bopz, maar niet met de wet zelf te maken hebben. Op die vraag hebben slechts een beperkt aantal respondenten gereageerd en dan nog vrijwel alleen maar uit het cluster Zorg I. Daaruit kwam het volgende beeld naar voren:

**Tabel 33:** *Indirecte knelpunten Cluster zorg I (in procenten, n = 66)*

Knelpunt	Ervaart knelpunt
	%
Er wordt onvoldoende gebruik gemaakt van behandel-mogelijkheden, zoals het gebruik van crisiskaarten, preventie, enz.	50
Ontbreken van adequate afspraken tussen hulpverleners in de GGZ; de noodzakelijke ketenzorg functioneert onvoldoende	70
Te weinig deskundig personeel	35
Te weinig personeel	44
Te weinig bedden capaciteit	49

Uit de tabel blijkt dat vanuit het cluster Zorg I, althans bij degenen die deze indirecte knelpunten ervaren, de belangrijkste kritiek zich richt op het ontbreken van adequate afspraken tussen hulpverleners (ketenzorg).

Vanuit het cluster Aanpalende sectoren hebben 11 respondenten deze vraag beantwoord en van deze 11 ervaren 8 (67%) het ontbreken van afspraken als een belangrijk 'indirect' knelpunt. Eenzelfde aantal noemt overigens ook als knelpunt 'Te weinig bedden capaciteit'.

### 3.3 De Wet Bopz als zodanig

#### 3.3.1 Kritiek en verbeteringsuggesties

In de voorgaande paragrafen zijn zorginhoudelijke kritiek op de Wet Bopz en mogelijke verbeteringen vanuit ( de organisatie van) de zorgverlening beschreven. In de literatuur is echter ook kritiek op de Wet Bopz als zodanig te vinden. De Gezondheidsraad bijvoorbeeld concludeert in 2004 dat de Wet Bopz onduidelijk is.

Hulpverleners interpreteren het gevaarscriterium verschillend, waardoor hulpverleners bij acute patiënten soms niet ingrijpen, terwijl het wel kan. Het omgekeerde gebeurt ook. Van Veldhuizen en Hondius (2004) stellen dat de Wet Bopz erg ontoegankelijk is en daardoor moeilijk in het dagelijks gebruik. Legemaate (2004) wijst op de ingewikkeldheid van de Wet Bopz en de onheldere opzet ervan: *“Deze problemen zijn door recente wijzigingen van de wet alleen maar toegenomen. Deze wijzigingen (...) zijn de structuur en transparantie van de wet niet ten goede gekomen.”* In de literatuur zijn ook voorstellen te vinden die beogen verbeteringen in de huidige wet aan te brengen. Het is van belang kennis te nemen van deze ideeën, alleen al vanuit de overweging dat de ontwikkeling van nieuwe wetgeving naar verwachting geruime tijd in beslag zal nemen<sup>4</sup> en in de tussenliggende periode verbetering van de huidige wet in ieder geval van belang kan zijn.

### Procedures en verantwoordelijkheden

Sommige auteurs zoeken verbeteringen van de Wet Bopz in een verbetering van de procedures en de verantwoordelijkheidsverdeling. Dijkers (2003) gaat bijvoorbeeld in op de rollen van de burgemeester, de geneesheer-directeur en de officier van justitie. Dijkers beschrijft dat de wettelijke regeling op verschillende onderdelen incompleet, onduidelijk en tegenstrijdig is. Voor de burgemeester geldt dat hij formeel de zeggenschap tot inbewaringstelling heeft, maar in de praktijk laat hij de afweging om tot deze ingrijpende maatregel te komen, over aan anderen. Dijkers concludeert dat er weinig redenen zijn om de burgemeester deze functie te laten behouden. Een spoedopneming in een psychiatrisch ziekenhuis is niet een maatregel van openbare orde zoals dat in de Gemeentewet bedoeld is. Het zou beter zijn een beter toegerust bestuursorgaan te laten beslissen over een spoedopname onder de Wet Bopz.

De geneesheer-directeur heeft verschillende verantwoordelijkheden en bevoegdheden in het proces van opname en verblijf. Het gaat dan bijvoorbeeld om het wel of niet in gang zetten van de procedure voor het verkrijgen of voortzetten van een rechterlijke machtiging of dat een lopende maatregel wordt beëindigd. Dijkers pleit voor een andere verdeling van taken en bevoegdheden waarbij het uitgangspunt is dat vrijheidsbeneming niet de verantwoordelijkheid moet zijn van de medici. Zoals Dijkers het stelt: *“De dokter behandelt, maar over vrijheid beslist de overheid”*. In dit verband stelt Lucieer (2005) dat de functie van geneesheer-directeur zoals bedoeld is in de Wet Bopz in de praktijk vaak onvoldoende wordt geregeld. Vaak is er in de Raad van Bestuur van een GGZ-instelling geen psychiater/medicus betrokken of zijn er andere constructies bedacht.

4 Overigens is Van Veldhuizen (2006b) hier minder somber over. Hij stelt: *“Het lijkt mogelijk voor dit doel een nog bredere draagvlak in maatschappij en politiek te verwerven, zodat over enkele jaren nieuwe wetgeving een feit zal kunnen zijn.”*

Dit heeft gevolgen voor de wijze waarop patiëntenrechten worden uitgevoerd in de instellingen.

In het kader van de vragen naar mogelijke verbeteringen van de Wet Bopz zijn in de enquête twee stellingen opgenomen over de beide bovengenoemde onderwerpen: de wenselijkheid van een apart rechtscollege ten behoeve van het verlenen van machtigingen en de rol van de geneesheer-directeur.

In onderstaande twee tabellen staan de betreffende stellingen geformuleerd en worden de reacties daarop weergegeven.

**Tabel 34:** *Reacties op de stelling “Er dient een apart rechtscollege te worden gevormd voor het verlenen van machtigingen in het kader van de Wet Bopz”*  
Per functiecluster aantal respondenten en percentages

Functiecluster	n =	Geheel eens	Eens	Eens noch oneens	Oneens	Geheel oneens	Weet niet
		%	%	%	%	%	%
Zorg I	179	7	31	32	17	2	9
Zorg II	22	9	23	18	36	9	5
Rechtspraak	11	9	9	9	55	9	9
Rechtshulp	13	0	31	8	62	0	0
Cliënten	10	30	20	20	10	0	20
Aanpalende sectoren	21	14	24	24	19	10	10

De response op deze stelling was gering. Toch valt op dat vanuit de clusters Rechtspraak en Rechtshulp een ruime meerderheid het oneens is met de stelling. Binnen de clusters Zorg I en Cliënten zijn er meer voor- dan tegenstanders. In de clusters Zorg II en Aanpalende sectoren liggen de meningen verdeeld.

**Tabel 35:** *Reacties op de stelling “De rol van de geneesheer-directeur dient scherper te worden omschreven, evenals de beroepsmatige eisen die aan hem worden gesteld.”*  
*Per functiecluster aantal respondenten en percentages*

Functiecluster	n =	Geheel eens	Eens	Eens noch oneens	Oneens	Geheel oneens	Weet niet
		%	%	%	%	%	%
Zorg I	179	8	34	34	14	0	10
Zorg II	22	0	59	18	14	0	9
Rechtspraak	11	0	45	18	18	9	9
Rechtshulp	13	0	77	23	0	0	0
Cliënten	10	30	20	20	10	0	20
Aanpalende sectoren	21	5	33	10	5	5	43

De response op deze stelling was naar omvang gelijk aan die op de voorgaande stelling. Opvallend verschil is echter dat in dit geval in alle clusters meer respondenten het eens waren met de stelling dan oneens.

### **Tweede evaluatie Wet Bopz**

Ook de tweede evaluatiecommissie van de Wet Bopz heeft verbetervoorstellen gedaan. (In paragraaf 3.2.4 zijn de aanbevelingen met betrekking tot de forensisch psychiatrische patiënten al genoemd.) De commissie doet in haar eindrapport uiteindelijk 35 aanbevelingen aan de overheid. Onderstaand wordt een aantal van die aanbevelingen beschreven, waarbij wij ons beperken tot degenen die betrekking hebben op de Wet Bopz dan wel het flankerend beleid met betrekking tot de wet.

- Aanbevelingen ten aanzien van de verbetering van procedures met betrekking tot het klachtrecht.
- Ten aanzien van de kinder- en jeugdpsychiatrie deed de commissie vijf aanbevelingen over onder andere:
  - Uitbreiding van het aantal Bopz-bedden in de kinder- en jeugdpsychiatrie;
  - Afstemming van regelingen;
  - Richtlijnontwikkeling ten aanzien van minderjarigen, jonger dan 12 jaar.
- 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.
- De overheid behoort de toepasselijkheid van de Wet Bopz te beperken tot patiënten die bezwaar maken tegen de opneming en het verblijf; voor patiënten die geen bereidheid tot opneming tonen maar ook geen bezwaar maken (de eerder genoemde ‘geen bereidheid-geen bezwaar’-groep), behoort een andere rechtspositieregeling te worden ontwikkeld, met inachtneming van een aantal

voorwaarden. Die voorwaarden betreffen onder meer: de vaststelling van de (wils)onbekwaamheid van de betrokkene, de instemming door een vertegenwoordiger van de patiënt, een nadere operationalisering van het begrip ‘verzet’, enz.

In de enquête is ook gevraagd hoe de respondenten dachten over mogelijkheden voor verbeterpunten voor de Wet Bopz. Eerst werd aan hen de algemene stelling voorgelegd “De Wet Bopz heeft geen verbetering”.

Op deze stelling werd als volgt gereageerd:

**Tabel 36:** *Reacties op de stelling “De Wet Bopz heeft geen verbetering”  
Per functiecluster aantal respondenten en percentages*

Funciecluster	n =	Geheel eens	Eens	Eens noch oneens	Oneens	Geheel oneens	Weet niet
		%	%	%	%	%	%
Zorg I	258	1	4	15	55	18	6
Zorg II	41	2	5	20	51	17	5
Rechtspraak	31		3	16	48	16	16
Rechtshulp	33		18	30	45		6
Cliënten	16	6	6	19	50	6	13
Aanpalende sectoren	58	2	10	17	40	9	22

Het beeld is duidelijk. In alle clusters is een meerderheid het oneens met de stelling dat de Wet Bopz geen verbetering behoeft. In de clusters Zorg I en Zorg II is rond de 70% van de respondenten het niet eens met deze stelling. In het cluster Rechtspraak 64%. Onder de cliënten 56%.

In de twee overige clusters is minder dan 50% het oneens met de stelling, maar als we dan naar de andere kant van de tabel kijken, blijkt dat binnen het cluster Rechtshulp slechts 18% het eens is met de stelling en binnen het cluster Aanpalende sectoren slechts 12%. Kortom: het idee dat de Wet Bopz verbetering behoeft, lijkt breed te worden onderschreven.

De vraag is vervolgens of die gewenste verbeteringen inderdaad in de Wet Bopz kunnen worden ingebracht. Met andere woorden: kan de Wet Bopz met de eerder in dit rapport genoemde kritiek- en verbeterpunten wel worden gerepareerd? Ook hierover is in de enquête een vraag gesteld.

**Tabel 37:** Reacties op de stelling “De Wet Bopz is met de eerder genoemde kritiekpunten goed te repareren” Per functiecluster aantal respondenten en percentages

Functiecluster	n =	Geheel eens	Eens	Eens noch oneens	Oneens	Geheel oneens	Weet niet
		%	%	%	%	%	%
Zorg I	253	1	27	20	25	8	21
Zorg II	41	0	34	10	27	10	20
Rechtspraak	31	0	32	23	19	7	19
Rechtshulp	33	0	33	33	12	0	21
Cliënten	16	0	13	25	19	0	44
Aanpalende sectoren	57	0	23	9	11	0	58

Uit deze tabel kan worden geconcludeerd dat in alle clusters de meningen verdeeld zijn. Er lijkt een lichte voorkeur te zijn om instemmend te reageren op deze stelling, maar het is opvallend dat er relatief weinig respondenten het ‘geheel’ eens of oneens zijn met de stelling. Ook geven vanuit de clusters Cliënten en Aanpalende sectoren veel respondenten aan het antwoord op de stelling niet te weten. Kortom: de respondenten lijken onzeker. Binnen het cluster Rechtshulp zijn wel duidelijk meer voorstanders van de gedachte dat de Wet Bopz te repareren is dan tegenstanders.

### 3.3.2 Meningen over de Wet Bopz

De meningen over de ‘repareerbaarheid’ van de Wet Bopz blijken dus verdeeld te liggen, maar op zichzelf zegt dat nog niet zo veel over de vraag wat de partijen vinden van de Wet Bopz als zodanig. Om dit te onderzoeken zijn aan de respondenten de volgende stellingen over de Wet Bopz voorgelegd:

- De Wet Bopz functioneert adequaat.
- De Wet Bopz is te complex en daardoor ontoegankelijk.
- De Wet Bopz is inconsistent.
- De Wet Bopz veroorzaakt onduidelijkheid onder hulpverleners.
- De rechtsgang in Bopz-procedures is niet optimaal.
- De Wet Bopz spoort niet meer met de huidige opvattingen over de verhouding tussen goede zorg en zelfbeschikking.
- De huidige wettelijke criteria voor het toepassen van dwang zijn ruim genoeg.
- De recente wijzigingen in de Wet Bopz geven voldoende ruimte voor het leveren van kwalitatief verantwoorde zorg.
- De Wet Bopz is niet meer van deze tijd, de uitgangspunten en de doelstellingen moeten fundamenteel worden herzien. Het is tijd voor een nieuwe wet.
- De Wet Bopz wordt inderdaad te onoverzichtelijk na al deze reparaties, een nieuwe wet is noodzakelijk.

In de navolgende tabellen worden de reacties op deze stellingen gepresenteerd. In paragraaf 3.4 worden over al deze tabellen heen de reacties vanuit de onderscheiden clusters gepresenteerd.

**Tabel 38:** *Reacties op de stelling “De Wet Bopz functioneert adequaat”  
Per functiecluster aantal respondenten en percentages*

<b>Functiecluster</b>	<b>n =</b>	<b>Geheel eens</b>	<b>Eens</b>	<b>Eens noch oneens</b>	<b>Oneens</b>	<b>Geheel oneens</b>	<b>Weet niet</b>
		%	%	%	%	%	%
Zorg I	218	1	5	27	34	18	17
Zorg II	34	0	3	27	27	18	27
Rechtspraak	23	0	13	39	22	9	17
Rechtshulp	31	3	26	55	7	3	7
Cliënten	15	0	0	27	27	7	40
Aanpalende sectoren	50	0	2	22	26	6	44

Het algemene beeld is dat in de meeste clusters respondenten het niet eens zijn met deze stelling, maar kennelijk zijn velen niet zeker. Een groot percentage van de respondenten weet geen antwoord of heeft geen mening. Van degenen die wel een mening hebben zijn de meeste het oneens met de stelling dat de Wet Bopz adequaat functioneert, behalve binnen het cluster Rechtshulp. In dat cluster is 29% het (geheel) eens met de stelling en 10% (geheel) oneens. Dit komt overeen met de eerdere bevindingen dat vanuit het cluster Rechtshulp er minder kritiek is op de Wet Bopz dan vanuit de andere clusters.

**Tabel 39:** *Reacties op de stelling “De Wet Bopz is te complex en daardoor ontoegankelijk”  
Per functiecluster aantal respondenten en percentages*

<b>Functiecluster</b>	<b>n =</b>	<b>Geheel eens</b>	<b>Eens</b>	<b>Eens noch oneens</b>	<b>Oneens</b>	<b>Geheel oneens</b>	<b>Weet niet</b>
		%	%	%	%	%	%
Zorg I	253	6	36	32	19	0	6
Zorg II	40	15	20	18	40	0	8
Rechtspraak	30	20	27	13	27	3	10
Rechtshulp	33	3	6	18	73	0	0
Cliënten	16	6	31	19	13	0	31
Aanpalende sectoren	54	2	24	35	9	0	30



Opvallend is dat slechts één respondent (uit het cluster Rechtspraak) het met deze stelling ‘geheel oneens’ is, maar toch zijn de meningen tussen de verschillende clusters verdeeld. Ongeveer driekwart van de respondenten uit het cluster Rechtshulp zijn het oneens met de stelling dat de Wet Bopz door zijn complexiteit ontoegankelijk zou zijn. Ook vanuit het cluster Zorg II wordt de stelling in meerderheid niet gedeeld. Vanuit het cluster Cliënten lijkt een meerderheid de stelling te onderschrijven, maar 50% van de respondenten in dit cluster weet het niet of heeft geen mening. In de clusters Rechtspraak en Zorg I wordt de stelling wel ruim onderschreven.

**Tabel 40:** *Reacties op de stelling “De Wet Bopz is inconsistent”  
Per functiecluster aantal respondenten en percentages*

Funciecluster	n =	Geheel eens	Eens	Eens noch oneens	Oneens	Geheel oneens	Weet niet
		%	%	%	%	%	%
Zorg I	252	7	26	32	16	0	19
Zorg II	41	5	15	34	24	2	20
Rechtspraak	31	13	16	16	23	0	32
Rechtshulp	33	0	12	39	36	3	9
Cliënten	16	0	13	25	6	0	56
Aanpalende sectoren	56	2	9	14	11	0	64

Ook over deze stelling zijn de meningen verdeeld. In het cluster Rechtshulp is maar 12% van de respondenten het eens met de stelling dat de Wet Bopz inconsistent is. Ook de respondenten uit het cluster Cliënten zijn deze mening toegedaan, maar vanuit dat cluster heeft meer dan de helft aangegeven het antwoord niet te weten. In het cluster Rechtspraak zijn ongeveer evenveel respondenten het eens (29%) als oneens (23%)

**Tabel 41:** *Reacties op de stelling “De Wet Bopz veroorzaakt onduidelijkheid onder hulpverleners”*  
*Per functiecluster aantal respondenten en percentages*

<b>Functiecluster</b>	<b>n =</b>	<b>Geheel eens</b>	<b>Eens</b>	<b>Eens noch oneens</b>	<b>Oneens</b>	<b>Geheel oneens</b>	<b>Weet niet</b>
		%	%	%	%	%	%
Zorg I	250	7	44	26	14	1	9
Zorg II	40	15	33	18	23	0	13
Rechtspraak	31	13	32	7	10	0	39
Rechtshulp	33	3	27	15	39	3	12
Cliënten	16	6	19	25	0	0	50
Aanpalende sectoren	56	5	25	11	5	0	54

Meer dan de helft van de respondenten uit het cluster Zorg I is het eens met de stelling dat de Wet Bopz onduidelijkheid veroorzaakt onder hulpverleners. Door de respondenten uit de clusters Rechtspraak en Zorg II wordt deze mening gedeeld. Respondenten uit het cluster Rechtshulp zijn het in meerderheid niet met de stelling eens. Voor de beide overige clusters (Cliënten en Aanpalende sectoren) geldt dat de meerderheid het eens is met de stelling, maar dat veel respondenten aangeven het antwoord niet te weten.

**Tabel 42:** *Reacties op de stelling “De rechtsgang in Bopz-procedures is niet optimaal”*  
*Per functiecluster aantal respondenten en percentages*

<b>Functiecluster</b>	<b>n =</b>	<b>Geheel eens</b>	<b>Eens</b>	<b>Eens noch oneens</b>	<b>Oneens</b>	<b>Geheel oneens</b>	<b>Weet niet</b>
		%	%	%	%	%	%
Zorg I	251	7	42	26	4	1	20
Zorg II	41	7	29	29	12	0	22
Rechtspraak	31	10	16	26	26	0	23
Rechtshulp	33	6	46	9	27	0	12
Cliënten	16	0	25	31	0	0	44
Aanpalende sectoren	56	4	21	11	5	0	59

Met deze stelling zijn meer dan de helft van de respondenten uit het cluster Rechtshulp het eens. In het cluster Rechtspraak zijn de meningen verdeeld: 26% is het er (geheel) mee eens, 26% is het oneens. In het cluster Zorg I is bijna de helft van de respondenten het eens met deze stelling. In het cluster Zorg II ruim één derde. In de clusters Cliënten en Aanpalende sectoren zijn meer voor- dan tegenstanders, maar daar hebben veel respondenten aangegeven het antwoord op deze stelling niet te weten.

**Tabel 43:** *Reacties op de stelling “De Wet Bopz spoort niet meer met de huidige opvattingen over de verhouding tussen goede zorg en zelfbeschikking”*  
Per functiecluster aantal respondenten en percentages

Funcțiecluster	n =	Geheel eens	Eens	Eens noch oneens	Oneens	Geheel oneens	Weet niet
		%	%	%	%	%	%
Zorg I	252	10	44	25	12	0	8
Zorg II	41	12	34	17	22	0	15
Rechtspraak	31	3	26	26	10	0	36
Rechtshulp	33	0	9	24	61	3	3
Cliënten	16	25	25	25	0	0	25
Aanpalende sectoren	55	4	16	11	9	0	60

De stelling dat de Wet Bopz niet meer spoort met de huidige opvattingen over de verhouding tussen goede zorg en zelfbeschikking wordt zowel vanuit het Cluster Zorg I als het cluster Cliënten ruim onderschreven. Ook de respondenten uit het cluster Zorg II lijken deze stelling te ondersteunen. Ook hier geven de respondenten uit het cluster Rechtshulp een afwijkend beeld ten opzichte van de andere clusters: 64% is het oneens met de stelling.

**Tabel 44:** Reacties op de stelling “De huidige wettelijke criteria voor het toepassen van dwang zijn ruim genoeg” Per functiecluster aantal respondenten en percentages

Funciecluster	n =	Geheel eens	Eens	Eens noch oneens	Oneens	Geheel oneens	Weet niet
		%	%	%	%	%	%
Zorg I	252	1	14	16	53	10	6
Zorg II	41	0	17	10	59	2	12
Rechtspraak	31	0	23	13	19	0	45
Rechtshulp	33	21	73	3	3	0	0
Cliënten	16	0	19	25	13	0	44
Aanpalende sectoren	56	0	2	11	36	4	48

Het patroon dat eerder in paragraaf 3.2.1 naar voren kwam wordt in deze tabel bevestigd: Van het cluster Zorg I is 63% van de respondenten het (geheel) oneens met de stelling dat de huidige wettelijke criteria voor het toepassen van dwang ruim genoeg zijn. Vanuit het cluster Zorg II is dit 61%. Vanuit het cluster Aanpalende sectoren is 40% het oneens met de stelling. In de clusters Cliënten en Rechtspraak liggen de meningen verdeeld. Het cluster Rechtshulp is in overgrote meerderheid (94%) van mening dat de ruimte voor toepassen van dwang op dit moment wel groot genoeg is.

**Tabel 45:** Reacties op de stelling “De recente wijzigingen in de Wet Bopz geven voldoende ruimte voor het leveren van kwalitatief verantwoorde zorg” Per functiecluster aantal respondenten en percentages

Funciecluster	n =	Geheel eens	Eens	Eens noch oneens	Oneens	Geheel oneens	Weet niet
		%	%	%	%	%	%
Zorg I	254	1	15	28	35	7	13
Zorg II	41	0	20	34	29	2	15
Rechtspraak	31	0	10	26	19	3	42
Rechtshulp	33	6	46	24	15	0	9
Cliënten	16	0	13	19	13	0	56
Aanpalende sectoren	56	0	5	11	14	2	68

In de meeste clusters zijn de meningen verdeeld over de vraag of de recente wijzigingen in de Wet Bopz voldoende ruimte geven voor het leveren van kwalitatief verantwoorde zorg. Maar ook hier lijken de meningen vanuit het cluster Zorg I en die vanuit het cluster Rechtshulp tegenover elkaar te staan. Van de eerste is 42% het (geheel) oneens met de stelling, van de laatste is 52% het juist (geheel) eens met de stelling.

**Tabel 46:** *Reacties op de stelling “De Wet Bopz is niet meer van deze tijd, de uitgangspunten en de doelstellingen moeten fundamenteel worden herzien. Het is tijd voor een nieuwe wet”*

*Per functiecluster aantal respondenten en percentages*

<b>Functiecluster</b>	<b>n =</b>	<b>Geheel eens</b>	<b>Eens</b>	<b>Eens noch oneens</b>	<b>Oneens</b>	<b>Geheel oneens</b>	<b>Weet niet</b>
		<b>%</b>	<b>%</b>	<b>%</b>	<b>%</b>	<b>%</b>	<b>%</b>
Zorg I	250	14	28	23	18	1	16
Zorg II	40	15	23	15	28	3	18
Rechtspraak	31	7	16	26	32	3	16
Rechtshulp	33	0	0	12	58	18	12
Cliënten	16	19	25	13	6	6	31
Aanpalende sectoren	57	0	19	11	16	0	54

Dit is de eerste stelling waarin nadrukkelijk wordt gevraagd of een nieuwe wet wenselijk is.

Het patroon komt min of meer overeen met de reacties op eerdere stellingen: De respondenten uit de clusters Zorg I, Cliënten en Zorg II kennen meer voor- dan tegenstanders. Respectievelijk: 42%, 44% en 38% die het met de stelling eens zijn. In de clusters Rechtspraak en Rechtshulp zijn er meer tegenstanders dan voorstanders. Van het cluster Rechtshulp is zelfs 76% het oneens met de stelling dat het tijd is voor een nieuwe wet.

**Tabel 47:** *Reacties op de stelling “De Wet Bopz wordt inderdaad te onoverzichtelijk na al deze reparaties, een nieuwe wet is noodzakelijk”*  
*Per functiecluster aantal respondenten en percentages*

<b>Functiecluster</b>	<b>n =</b>	<b>Geheel eens</b>	<b>Eens</b>	<b>Eens noch oneens</b>	<b>Oneens</b>	<b>Geheel oneens</b>	<b>Weet niet</b>
		%	%	%	%	%	%
Zorg I	251	13	29	22	16	0	20
Zorg II	40	20	23	8	25	0	25
Rechtspraak	31	13	23	16	26	0	23
Rechtshulp	33	0	15	18	46	3	18
Cliënten	16	13	13	25	13	0	38
Aanpalende sectoren	57	2	12	14	14	0	58

Het is opvallend dat bij deze tweede stelling dat er een nieuwe wet moet komen (zelfs “noodzakelijk is”) de reacties enigszins verschillen met die in de voorgaande tabel. Kennelijk spreken sommige argumenten de respondenten meer aan dan andere. Waar bijvoorbeeld in de voorgaande tabel 76% van de respondenten uit het cluster Rechtshulp tegen een nieuwe wet was, is dat percentage hier 49%. Ook is het verschil met de voorgaande tabel voor het cluster Rechtspraak opmerkelijk. Met de vorige stelling over de wenselijkheid van een nieuwe wet was 23% het eens, met deze stelling is 36% het eens. (In absolute aantallen gaat het overigens maar om kleine verschuivingen). Als in deze tabel de ‘(geheel) eens’ antwoorden worden afgewogen tegen de ‘(geheel) oneens’, dan kunnen we concluderen dat in alle clusters, behalve het cluster Rechtshulp en het cluster Aanpalende sectoren, er meer mensen het eens zijn met deze stelling dan oneens.

### 3.3.3 Naar een nieuwe wet?

Naast de vele verbeteringsuggesties met betrekking tot de Wet Bopz, zijn in de literatuur ook voorstellen te vinden om tot een nieuwe wetgeving te komen met betrekking tot dwangtoepassing in de psychiatrie. De wens daartoe wordt breed gedragen, onder meer blijkend uit het eerder genoemde ‘Manifest’ uit 2005. De gezamenlijke organisaties die dit manifest hebben opgesteld, dan wel onderschreven, pleiten voor het gaan werken aan een nieuwe wettelijke regeling die zich meer richt op een stapsgewijze opbouw van (gedwongen) behandeling en zorg. In het vervolg van deze paragraaf wordt ingegaan op de argumenten voor een nieuwe wet en vervolgens op de vraag welke zaken in die nieuwe wet geregeld zouden moeten worden.

### Argumenten voor een nieuwe wet

Meerdere auteurs geven argumenten waarom de huidige Wet Bopz min of meer integraal vervangen zou moeten worden. Sommige auteurs spreken daarbij van een 'behandelwet', anderen van een 'zorgwet'.

- Lammers (2005) wijst op het verruimen van het gevaarscriterium en op de invoering van de voorwaardelijke machtiging en de observatiemachtiging. Deze ontwikkelingen scheppen in principe steeds meer mogelijkheden voor behandelaars.
- Van Veldhuizen en Hondius (2004) wijzen erop dat in de GGZ steeds meer ambulante en opnamevervangend wordt gewerkt, maar dat de Wet Bopz weinig ruimte biedt voor ambulante dwang. Als wordt uitgegaan van criteria als 'nadeel voor de patiënt' of 'noodzaak van behandeling' komt een behandelwet meer in zicht.
- Nieuwe wetgeving schept ruimte voor andere principes en regelingen (beter passend bij de huidige inzichten), die leiden tot betere zorg voor psychiatrische patiënten. In de Wet Bopz wordt de autonomie van de wilsonbekwame patiënt zeer benadrukt. In een behandelwet zal dit uitgangspunt worden veranderd en zal het begrip 'oordeelsonbekwaamheid' centraal moeten komen te staan, om te bepalen wanneer er op basis van oordeelsonbekwaamheid behandeld kan worden (Van Veldhuizen, 2005).
- Onder meer met betrekking tot wilsonbekwaamheid, opname en behandeling zouden er in een behandelwet elementaire zaken veranderen. Het doel van een behandelwet is het verminderen van de problemen van verkommerden en verloederden, een betere behandeling van en zorg voor wilsonbekwame patiënten, een betere doorstroom tussen de GGZ en de forensische psychiatrie, het hoge aantal en duur van separaties terugdringen, etc. (Lammers, 2005).
- Berghmans (2005) deelt deze visie en betoogt dat de bezinning op een brede discussie over wenselijke en noodzakelijke wetgeving in de psychiatrie zich niet moet beperken tot ethische, juridische en zorginhoudelijke uitgangspunten en criteria, maar dat er ook aandacht moet zijn voor andere vormen van rechtsbescherming dan de huidige. Hij denkt hierbij aan een verschuiving van materiele rechtsbescherming (op basis van inhoudelijke criteria) naar procedurele rechtsbescherming (door middel van toetsing en controle).
- Ook Van Wijmen (2005) pleit voor een nieuwe wet als opvolger van de Wet Bopz. Deze nieuwe wet zou *„een continuüm van mogelijkheden voor ambulante en klinische behandeling kunnen regelen, van bemoeizorg en overreding via drang naar dwang.“* Van Wijmen stelt daarbij voor om een bijzondere regeling voor de behandeling van psychiatrische patiënten te maken die voortbouwt op een *“algemene regeling betreffende de zorgrelatie”*. Dit citaat suggereert dat er eerder zou moeten worden gestreefd naar een 'zorgwet' dan naar een behandelwet. Een zorgwet waaraan allerlei bijzondere regelingen kunnen worden gekoppeld.

## Nuanceringen

De literatuur bevat echter ook kritische geluiden over de discussie rondom een nieuw wettelijk kader. Een algemene kanttekening is dat een nieuwe wettelijke regeling niet alle problemen oplost. Legemaate (2004) stelt daarom:

- Voordat overgegaan kan worden tot aanpassing van de Wet Bopz is het nodig om de invloed van andere mogelijke probleemveroorzakers te (ver)kennen, zoals inhoud en organisatie van de geestelijke gezondheidszorg, deskundigheid en samenwerking, en maatschappelijke voorzieningen.
- Van wijziging van de wettelijke criteria voor het toepassen van dwang moet men niet te veel heil verwachten. Het verschil tussen de oude en de nieuwe criteria zou wel eens gering kunnen zijn).

Legemaate stelt ook dat discussie over nieuwe wetgeving zeker nuttig is, maar dat het probleemoplossend vermogen van nieuwe wetgeving nogal eens wordt overschat. Meerdere auteurs geven bijvoorbeeld aan dat het ethische dilemma rondom dwangbehandeling altijd zal blijven bestaan, los van de vigerende wettelijke regeling.

## Enquête

In de enquête is aan de respondenten gevraagd of er behoefte bestaat aan een nieuwe wet en zo ja, of dat dan een behandelwet of een nieuwe opnamewet zou moeten worden. In de volgende tabel zijn de reacties op deze vraag weergegeven.

**Tabel 48:** Antwoorden op de vraag of een nieuwe wet gewenst is  
Aantal respondenten en percentages

Functiecluster	n =	Behandelwet %	Nieuwe opnamewet %	Weet niet %
Zorg I	163	68	9	23
Zorg II	20	65	20	15
Rechtspraak	16	31	31	38
Rechtshulp	11	0	91	9
Cliënten	8	38	13	50
Aanpalende sectoren	16	31	25	44

Vanuit de clusters Zorg I en Zorg II is een ruime meerderheid, ongeveer tweederde van de respondenten vóór een behandelwet. Ook onder de cliënten is een meerderheid voor een behandelwet, maar het betreft hier een kleine groep respondenten,



waarvan bovendien de helft aangeeft het antwoord niet te weten. In de clusters Rechtspraak en Aanpalende sectoren vormen degenen die voor een behandelwet zijn een ongeveer even grote groep als degenen die voor een nieuwe opnamewet zijn, maar in beide clusters weet ongeveer een derde het antwoord op de stelling niet. Opmerkelijk is dat vanuit het cluster Rechtshulp geen enkele respondent voor een behandelwet is. Bijna alle respondenten (10 van de 11) zijn voor een nieuwe opnamewet.

### Mogelijke elementen van een nieuwe wet

In een recent artikel gaat Widdershoven (2006) uitgebreid in op de vraag welke onderwerpen zouden moeten worden meegenomen in een eventuele nieuwe wettelijke regeling van dwangtoepassing in de geestelijke gezondheidszorg. In het navolgende volgen wij de door hem genoemde onderwerpen, hier en daar aangevuld met wat andere auteurs over de betreffende onderwerpen hebben opgemerkt.

1. In een nieuwe wet zou aandacht moeten zijn voor het onderscheid tussen 'bezwaar' en het ontbreken van instemming. Omdat de Wet Bopz zich vooral concentreert op het begrip 'gevaar', wordt tussen deze situaties nu geen onderscheid gemaakt. Naar de mening van Widdershoven zou een nieuwe wet gebaat zijn met een terugkeer naar het bezwaarcriterium.
2. Zowel dwangopneming als dwangbehandeling zouden in een nieuwe wet geregeld moeten worden, "*... zodat in concrete situaties de meest passende variant kan worden benut.*" Lammers (2005) vult dit verder in. Een nieuwe wet zou gericht moeten worden op (ambulante) behandeling, zorg en veiligheid van de patiënt. De wet moet uitgaan van het beginsel 'least restrictive alternative' en de structuur van de wet moet het behandel- en opnameproces stapsgewijs, van lichte naar zware interventies, volgen. Ook Legemaate (2004) acht het belangrijk dat een eventuele nieuwe wet beter aansluit op de verschillende stadia van psychische problemen (steun, advies en begeleiding, bemoeizorg, drang, dwangbehandeling en dwangopname). De wet moet zowel ambulante als intramurale zorg omvatten, waarin onvrijwillige opname niet meer het centrale punt van de wet is.

Vanuit de cliëntenorganisaties klinkt grote terughoudendheid door waar het gaat om de ontwikkeling van wetgeving die meer ruimte biedt voor dwangbehandeling. In haar brief van 6 april 2004 aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport waarschuwt Stichting Pandora "*... dat een wet die gedwongen behandeling vooropstelt voor alle mensen met psychische en psychiatrische problemen verstreckende gevolgen kan hebben.*" Zij is van mening dat de nadruk zou moeten liggen bij de noodzakelijke verbetering van de kwaliteit, de toegang tot en organisatie van de zorg, dwangpreventie en goede nazorg. Stichting Pandora vreest "*... dat bij invoering van een wet die dwangbehandeling breder mogelijk maakt, de toch al ongelijke (onderhandelings-)positie van patiënten ten opzichte van hulpverleners ernstig wordt verzwakt.*" Overigens lijken de meningen

op dit punt tussen de cliëntenorganisaties genuanceerd te liggen. Het 'Manifest Wet Bopz' van 17 maart 2005 is mede onderschreven door de patiëntenvereniging Anoksis. In dit Manifest wordt door een groot aantal partijen, betrokken bij de GGZ, bij de minister van VWS aangedrongen op de instelling van een deskundigencommissie die zou *"moeten adviseren over de noodzaak van en contouren en principes voor nieuwe wetgeving, die zich meer richt op een stapsgewijze opbouw van (gedwongen) behandeling en zorg"*.

3. In de nieuwe wet zal een keuze moeten worden gemaakt of zij betrekking zal hebben op sectoren als geheel of op het karakter van de relaties (vrijwillig versus niet-vrijwillig). Op grond van de ervaringen met de Wet Bopz twijfelt Widdershoven aan de effectiviteit van een wet die in algemene zin bijvoorbeeld 'geneeskundige dwang' regelt.
4. Ook ten aanzien van de reikwijdte van een nieuwe wet in termen van sectoren waarschuwt Widdershoven voor een te brede opzet. Zo is hij geen voorstander van een omvattende regeling voor psychiatrisch gerelateerde dwang die zowel van toepassing zou zijn op de reguliere GGZ als op bijvoorbeeld de TBS. Naar zijn mening is de grondslag voor opneming daartoe té verschillend. Andere auteurs pleiten juist wel voor een omvattende regeling die uitgaat van de zorg voor de psychiatrische patiënt, los van de setting waarin deze zich bevindt.
5. In een nieuwe wettelijke regeling zal wilsonbekwaamheid een rol moeten spelen in relatie tot 'gevaar' en 'dwangbehandeling'. Voor therapeutisch getinte dwangbehandeling zal in beginsel als voorwaarde moeten gelden dat de betrokkene wilsonbekwaam is (vgl. Berghmans, 2005). De rechtsgrond kan eventueel worden verruimd naar het herwinnen van de wilsbekwaamheid dan wel een verruiming van het gevaarscriterium. Als het gevaar uitsluitend de patiënt zelf betreft moet in geval van wilsbekwaamheid worden afgezien van ingrijpen. Hondius et al. (2005) delen deze mening: *"Verzet tegen een behandeling door iemand die wilsbekwaam is moet immers worden gerespecteerd; dat zijn grondrechten van iedere autonome burger."*
6. De beslissingsbevoegdheden over dwangopneming dan wel dwangbehandeling zouden in een nieuwe wet met elkaar consistent moeten zijn. Er zou sprake kunnen zijn van *"... een titel tot dwangopneming, tot dwangbehandeling of een combinatie van die twee, voldoende geconcretiseerd en eventueel gebonden aan bijzondere limieten en andere voorwaarden."* De rechter zou vanaf de aanvang maar ook op een later tijdstip kunnen worden verzocht dwangbehandeling te accorderen.
7. Dijkers (2003) suggereert om de taken en bevoegdheden van de burgemeester, de geneesheer-directeur en de Officier van Justitie te concentreren bij één bestuursorgaan: een 'Raad voor dwangtoepassing in de psychiatrie'. Deze raad zou de totstandkoming van maatregelen initiëren, deze ten uitvoer leggen en dit ook tussentijds kunnen beëindigen. Daarnaast stelt Dijkers voor dat de Raad initieert, coördineert en stuurt op het raakvlak van vrijwillige GGZ en dwangpsychiatrie. Widdershoven voegt hieraan toe: *"Het laat zich denken dat*

een dergelijk orgaan juist ook een rol zou kunnen vervullen als het tot een wettelijke regeling van ambulante dwangbehandeling komt, mede wat betreft aspecten als toezicht en eventuele klachtafhandeling.” De positie van de rechter wordt in het voorstel van Dijkers ongemoeid gelaten. De Raad krijgt geen taken die thans bij de rechter liggen. Widdershoven is het daar mee eens en ziet zelfs een grotere rol voor de rechter (op basis van een bezwaarcriterium).

Ook Berghmans en Van Veldhuizen zien heil in één bestuursorgaan die de opname en verblijf van de patiënt regelt. Berghmans (2005) verwijst naar buitenlandse modellen zoals het Mental Health Tribunal. Van Veldhuizen (2005) spreekt over een Mental Health Review Board, waarin een drietal van jurist, psychiater en iemand die zich richt op maatschappelijke aspecten (bijvoorbeeld een sociaal-psychiatisch verpleegkundige of een ervaringsdeskundige) kan bijdragen aan een andere rechtsgang.

Dit instituut zou drie functies kunnen hebben:

1. besluitvorming over de mate van gelegitimeerde dwang op het gebied van behandeling, zorg en beveiliging;
2. oordeelsvorming over het gevaarscriterium, de behandel noodzaak en het behandelingsplan;
3. monitoring van dwangtoepassing.

In de enquête is gevraagd welke aspecten en welke interventies in een nieuwe wet geregeld zouden moeten worden. Het antwoord op die vragen levert de volgende twee overzichten op.

**Tabel 49:** In een nieuwe wet te regelen aspecten naar functiecluster (Aantal respondenten, percentages)

	n=	Zorg I	Zorg II	Rechtspraak	Rechtshulp	Cliënten	Aanpalend
Aspecten	%	%	%	%	%	%	%
Waar de cliënt zelf voor moet zorgen	49	45	25	18	50	38	
Welke mate van bemoeizorg en controle van toepassing zijn	77	65	63	64	38	63	
Wanneer sprake zal zijn van dwang	88	85	69	91	63	69	
Welke vrijheidsbeperkende maatregelen de cliënt moet gedogen	68	85	81	64	63	75	
Welke interventies de cliënt moet gedogen	70	70	81	46	50	75	

Het blijkt dat veel van de hier genoemde aspecten belangrijk worden gevonden. Vanuit de rechtspraak en de rechtshulp wordt het minst belang gehecht aan het regelen van datgene "waar de cliënt zelf voor moet zorgen". De aspecten 'vrijheidsbeperking' en 'dwang' scoren in alle clusters hoog.

Vervolgens is aan de respondenten gevraagd welke interventies men in een eventuele nieuwe wet geregeld zou willen zien. Uit de antwoorden op die vraag komt het volgende beeld naar voren:

**Tabel 50:** *In een nieuwe wet te regelen interventies naar functiecluster (Aantal respondenten, percentages)*

	n =	Zorg I	Zorg II	Rechtspraak	Rechtshulp	Cliënten	Aanpalend
Interventies		%	%	%	%	%	%
Dwangopname	163	68	41	31	73	63	44
Dwangbehandeling	22	78	64	50	55	50	56
Dwang	16	53	55	25	55	38	44
Drang	11	37	41	6	36	25	31
Bemoeizorg	8	34	18	13	9	25	25
Advies en begeleiding	16	14	9	0	18	25	31
Steun	16	7	0	0	18	13	13

In alle clusters is een patroon zichtbaar, waarbij de respondenten van mening zijn dat er een afnemend belang is om zaken in de wet te regelen naarmate ze minder een dwingend karakter hebben. 'Drang' scoort overal lager dan 'dwang' en zaken als 'advies, begeleiding en steun' scoren weer lager dan 'drang'. Opmerkelijk is dat in verschillende clusters (Zorg I, Rechtspraak, Aanpalende sectoren en Zorg II) minder respondenten van mening zijn dat 'dwangopname' in een nieuwe wet moet worden geregeld dan dat er voorstanders zijn om 'dwangbehandeling' in de wet te regelen. In de clusters Rechtshulp en Cliënten wordt juist meer belang gehecht aan het regelen van dwangopname dan van dwangbehandeling. Gezien het geringe aantal respondenten in deze clusters, moeten wij echter terughoudend zijn met trekken van definitieve conclusies.

### 3.4 Nabeschuiving

De leidende vraag voor dit onderzoek was: *“Functioneert de Wet Bopz, zoals die na verschillende recente en voorgenomen wijzigingen luidt c.q. zal luiden, op adequate wijze en zo nee, welke aanbevelingen kunnen worden gedaan om de Wet Bopz aan de hedendaagse eisen te laten voldoen?”*

Wanneer we afgaan op de reacties op de stellingen die in de enquête over de Wet Bopz zijn voorgelegd (zie de tabellen 38 tot en met 47), kan voor de verschillende clusters van respondenten het volgende beeld worden geschetst:

- Vanuit het cluster Zorg I zijn de meningen over de Wet Bopz in het algemeen kritisch. Gesteld kan worden dat respondenten uit dit cluster het in meerderheid eens zijn met stellingen die een kritische toon over de Wet Bopz kennen en oneens met positief geformuleerde stellingen, zoals “De huidige wettelijke criteria voor het toepassen van dwang zijn ruim genoeg”. 42% van de respondenten zijn vóór een nieuwe wet.
- Het cluster Zorg II volgt in een iets gematigder vorm het patroon van het cluster Zorg I. Dat ligt voor de hand, omdat in dit cluster veel respondenten zitten die bij de zorg zijn betrokken, zij het niet bij de directe patiëntenzorg in de GGZ. Maar de meningen tussen ‘eens’ en ‘oneens’ zijn binnen dit cluster meer verdeeld dan binnen het cluster Zorg I. Zo is bijvoorbeeld in dit cluster 48% het (geheel) eens met de stelling dat de Wet Bopz onduidelijkheid veroorzaakt onder hulpverleners, maar is 23% het met die stelling oneens. In het cluster Zorg I zijn deze percentages respectievelijk 51% en 14%. Ook in dit cluster zijn er ruim meer voorstanders van een nieuwe wet dan tegenstanders.
- In het cluster Rechtspraak lijken de meningen over de Wet Bopz wat meer in evenwicht, al neigen de respondenten naar een kritische houding ten opzichte van de Wet Bopz. Maar of er volgens deze respondenten een nieuwe wet moet komen is onduidelijk. Met de stelling dat de Wet Bopz niet meer van deze tijd is en er een nieuwe wet moet komen is 23% het eens en 35% het oneens. Met het argument dat de Wet Bopz te onoverzichtelijk wordt en een nieuwe wet noodzakelijk is, is 36% het eens en 26% oneens. De verhoudingen liggen dan dus precies omgekeerd.
- Respondenten uit het cluster Rechtshulp zijn in meerderheid vóór behoud van de Wet Bopz. Kritische stellingen over de Wet Bopz worden in meerderheid door hen afgewezen en soms in hoge percentages. Zo is 73% het oneens met de stelling dat de Wet Bopz te complex zou zijn en 94% is van mening dat de huidige wettelijke criteria voor het toepassen van dwang ruim genoeg zijn. Een meerderheid van de respondenten uit dit cluster is dan ook tegen het idee van een nieuwe wet. In ieder geval voor wat betreft het argument dat de Wet Bopz niet meer van deze tijd zou zijn (76% oneens) en wat minder voor wat betreft het argument dat de Wet Bopz te onoverzichtelijk zou worden (49%).

- Voor de respondenten uit het cluster Cliënten moet worden opgemerkt dat dit cluster slechts een beperkt aantal respondenten heeft. Soms geeft de helft van hen aan geen reactie te weten op de verschillende stellingen. Dat is begrijpelijk, wanneer er voor die stellingen niet of nauwelijks informatie voorhanden is, waarop iemand zijn mening kan baseren. De soms geringe response maakt het echter lastig de reacties te duiden. Wanneer uitsluitend wordt gekeken naar de '(geheel) eens' en '(geheel) oneens' meningen, kan worden geconcludeerd dat de respondenten over het algemeen kritisch staan tegenover de Wet Bopz. Evenals voor het cluster Zorg I geldt ook voor dit cluster dat de kritische stellingen over de Wet Bopz wat meer worden onderschreven en de positieve wat minder. Maar de meningen zijn hier meer gelijkmatig verdeeld. Cliënten ondersteunen het idee van een nieuwe wet, maar meer op grond van het argument dat de Wet Bopz niet meer van deze tijd is (44% eens) dan dat de wet te onoverzichtelijk zou worden (26% eens).
- Ook de respondenten uit het cluster Aanpalende sectoren hebben, evenals de respondenten uit het cluster Cliënten, soms in hoge percentages (tot bij één stelling zelfs 68%) aangegeven niet te weten hoe te reageren op de opgegeven stellingen. Als we ons daarom ook voor dit cluster beperken tot de scores '(geheel) eens' versus '(geheel) oneens', komt ook hier het beeld naar voren dat respondenten licht kritisch zijn over de Wet Bopz. 32% vindt bijvoorbeeld dat de Wet Bopz niet adequaat functioneert. 40% is het oneens met de stelling dat de wettelijke criteria voor het toepassen van dwang ruim genoeg zijn. Maar over de vraag of er een nieuwe wet moet komen, zijn de meningen binnen dit cluster met elkaar in evenwicht.

### Repareren of nieuwe wet?

Over de vraag of de Wet Bopz met alle verbetervoorstellen en verwerking van de kritiekpunten goed gerepareerd kan worden, zijn in alle clusters de meningen verdeeld. Vrijwel niemand is het geheel eens of geheel oneens met die stelling (zie tabel 37). Op de vraag of een nieuwe wet wenselijk is (tabel 48), reageert in de meeste clusters het merendeel van de respondenten positief. Echter, niet iedereen opteert voor een 'behandelwet'. Vanuit het cluster Rechtshulp is de overgrote meerderheid van de respondenten voor een nieuwe opnamewet. Dat geldt ook voor 31% van de respondenten uit het cluster Rechtspraak en voor 25% van de respondenten uit cluster Aanpalende sectoren. Vanuit de clusters Zorg I en Zorg II zijn ongeveer tweederde van de respondenten vóór een behandelwet.

### Conclusies

Op grond van de literatuurstudie en de enquête komen wij tot de volgende conclusies:

1. Zowel op grond van de geraadpleegde literatuur als op basis van de uitslagen van de enquête mag worden geconcludeerd dat er veel kritiek is op de huidige

Wet Bopz. Deze kritiek is zowel afkomstig vanuit het perspectief van de behandelaars (onder meer de te beperkte mogelijkheden tot gedwongen behandeling) als vanuit het perspectief van juristen (onder meer de toenemende complexiteit en ondoorzichtigheid van de wet).

2. Uit de enquête blijkt dat veel van deze kritiekpunten een redelijk breed draagvlak kennen, in ieder geval onder de respondenten vanuit het cluster Zorg I. Ook door veel andere respondenten worden deze kritiekpunten –met nuances- onderschreven. Opvallende uitzondering zijn de respondenten uit het cluster Rechtshulp (advocaten en patiëntenvertrouwenspersonen). De meeste kritiekpunten worden niet door hen onderschreven.
3. Het merendeel van de respondenten is van mening dat de Wet Bopz in ieder geval verbetering behoeft. In de literatuur worden voorbeelden van dergelijke verbeteringen gegeven, onder meer op het gebied van procedures en de verantwoordelijkheidsverdeling. In termen van de context van de Wet Bopz wordt voorgesteld om de samenwerking in de GGZ te verbeteren en nieuwe (tussen)voorzieningen te creëren die kunnen bijdragen aan het voorkomen van gedwongen opnamen. Veel van de in de enquête genoemde mogelijke verbeterpunten worden in ruime mate door de respondenten onderschreven.
4. Ook moet echter de conclusie worden getrokken dat een wetswijziging alléén niet voldoende is om de zorg aan psychiatrische patiënten te verbeteren. Het is van belang dat de praktijk van de hulpverlening verbetert. Denk daarbij bijvoorbeeld aan nieuwe voorzieningen, aan ketenzorg en aan betere samenwerking tussen politie, GGZ en Maatschappelijke Opvang. (Zie hiervoor ook Deel 4).
5. In de literatuur wordt door diverse auteurs een pleidooi gehouden om te komen tot nieuwe wetgeving, mede gebaseerd op hedendaagse visies op psychiatrische behandeling, waaronder een goede verhouding tussen goede zorg en zelfbeschikking. Sommige auteurs spreken daarbij van een 'behandelwet', anderen van een 'zorgwet'. Uit de enquête blijkt dat de meningen over dit onderwerp in meer dan één opzicht verdeeld liggen:  
Ten eerste wordt verdeeld gereageerd op de vraag of de huidige wet met de voorgenomen wijzigingsvoorstellen nog goed te repareren is. Op die vraag zijn ongeveer evenveel voor- als tegenstanders te vinden.  
Ten tweede is de vraag wat het karakter zou moeten zijn van een nieuwe wet. Vanuit de clusters van respondenten die tot of bij de behandelaars kunnen worden gerekend, wordt gechoord voor een 'behandelwet'. In andere clusters liggen de meningen meer verdeeld en in het cluster Rechtshulp lijken de respondenten zelfs een uitgesproken voorkeur voor een nieuwe opnamewet te hebben.

## Bijlage 1: literatuurlijst

- Abma, T., Widdershoven, G. & B. Lendemeijer (red.) (2005). *Dwang en drang in de psychiatrie. Kwaliteit van vrijheidsbeperkende interventies*. Utrecht: Lemma.
- Berghmans, R.L.P. (2005). Bopz in crisis: recht, ethiek en GGZ. *Journaal GGZ en recht*, 1(3): 51-55.
- Begeleidingscommissie Wet Bopz (2002). *Evaluatie Wet bijzondere opnemingen psychiatrische ziekenhuizen, conclusies en aanbevelingen van de begeleidingscommissie* Deel 10. Den Haag: ZonMw.
- Berk, H.A.A. de (2005). Psychiater heeft bestwil-principe nodig. *Medisch Contact*, 60(23): 993-995.
- Dijkers, W. (2003). *Doen en laten in de Bopz-machtigingsprocedure, een onderzoek naar juridische posities*. Lelystad: Koninklijke Vermande.
- Frederiks, B.J.M. & A.J.K. Hondius (2005). Dwang en drang: een vorm van intensieve zorg?. *Journaal GGZ en recht*, 1(1): 3-6.
- Gezondheidsraad (2004). *Noodgedwongen, zorg voor niet-opgenomen acute psychiatrische patiënten*. Den Haag: Gezondheidsraad
- GGZ Nederland, KNMG & NVvP (2005). *Manifest Wet Bopz*, Utrecht: GGZ Nederland.
- Ginneken, P. (1999). *De nodige bereidheid*. Utrecht: Trimbos-instituut
- Heeren, J.A. (2005). Inspectie Gezondheidszorg aan het werk. *Journaal GGZ en Recht*, 1(2): 27-30.
- Hezewijk, W.J.M. van (2005). Een omstreden experiment. *Medisch Contact*, 60(50): 2024-2025.
- Hondius, A.J.K. & J.R. van Veldhuizen (2003). BOPZ, WGBO of naar een nieuwe dwangbehandelingswet? Een geval van dwangbehandeling bij wilsonbekwaamheid. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 45(9): 569-575.
- Hondius, A., Zuidderhoudt, R. & A. Honig (2005). Wilsonbekwaamheid vaststellen, *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 60(6): 597-607.
- Jansen, I. & E. van Fessem (2002). *Evaluatie Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen. Het algemene voorlichtingsplan*. Deel 7. Den Haag: ZonMw.
- KNMG (2005). Pleidooi voor nieuwe opnamewet. *Medisch Contact*, 60(11): 482.
- KNMG (2004). KNMG: Kabinet te voorzichtig over Wet Bopz. *Medisch Contact*, 59(42): 1662.
- Lammers, S. (2005). *Heeft de BOPZ door de recente wijzigingen het karakter van een behandelwet gekregen of moet de BOPZ op de schop om plaats te maken voor een 'echte' behandelwet en zo ja hoe ziet een dergelijke behandelwet eruit?* Scriptie. Rotterdam: Erasmus Universiteit.
- Langelaan, M. (2004). Exit BOPZ, dwang op de schop. *Psy*, (2): 10-12.
- Legemaate, J. (2004). Betere behandeling van zorgmijdende psychiatrische patiënten: een discussie over de wetgeving niet isoleren van andere factoren en overwegingen. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 148(23): 1130-1133



- Legemaate, J. (2002). *Zorg, Schaarste en recht, de (dubbel)rol van de arts*. Utrecht: Vereniging voor Gezondheidsrecht
- Lucieer, J. (2005). De psychiater aan het roer. *Medisch Contact*, 60(13): 525-526.
- Marle, H.J.C. van (2006). Dwang en bemoeizorg in de psychiatrie. *Nederlands Tijdschrift der Geneeskunde*, 150(6): 286-288.
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2006). *Dwangopname voorkomen door meer behandel mogelijkheden*, persbericht 20-03-2006.
- Mulder, C.L., Broer, J., Uitenbroek, D., Marle, P. van, Hemert, A.M. van & A.I. Wierdsma (2006). Versnelde stijging van het aantal inbewaringstellingen na de invoering van de Wet Bijzondere Opnemingen Psychiatrische Ziekenhuizen (BOPZ). *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 150(6): 319-322.
- Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (2006). *Jaarverslag 2005. Sectie psychiatrie en recht*. Utrecht: NVvP.
- Opstal, J.A.G. van & S. Lammers (2006). Op weg naar een behandelwet? *Tijdschrift voor psychiatrie*, 48(8): 637-645.
- Panhuis, P.J.A. van (2005). Naar een strafrechtelijke behandelmaatregel. *Journaal GGZ en recht*, 1(7): 131-136.
- Raad van Europa (2004). Dwangopname alleen met behandeling. *Medisch Contact*, 59(48): 1889.
- Reisel, A.D. & W.J. Paling (2004). Spoedpolikliniek voor de psychiatrie. *Medisch Contact*, 59 (12): 455-457.
- Roode, R. de (2002). Hulp onder dwang. *Medisch Contact*, 57(4): 124-127.
- Stichting Pandora. *Brief aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport*, 10 februari 2004
- Stichting Pandora. *Brief aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport*, 6 april 2004
- Veldhuizen, J.R. van (2006a). Onnodig bezorgd over observatiemachtiging. *Medisch Contact*, 61(2): 68.
- Veldhuizen, J.R. van (2006b). Naar een Wet Bijzondere Behandeling en Zorg in de Psychiatrie. In: Oei, T.I. & M.S. Groenhuizen (red.), *Capita Selecta van de forensische psychiatrie anno 2006*. Deventer: Kluwer.
- Veldhuizen, J.R. van (2005). Wet Bijzondere Behandeling en Zorg in de Psychiatrie. *Journaal GGZ en recht*, 1(2): 23-27.
- Veldhuizen, J.R. van (2004a). Dwangwet voor wilsonbekwamen. *Psy*, (6): 28-29.
- Veldhuizen, J.R. van (2004b). Van dwangopname naar dwangbehandeling. *Medisch Contact*, 59(19): 766-768.
- Veldhuizen, J.R. van (1998). Zorgverlamming. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 53(12): 1175-1185.
- Veldhuizen, J.R. van & A.J.K. Hondius (2004). In plaats van de Bopz. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 59(4): 279-290.
- Visser, J. (2004). Voor eigen bestwil. *Medisch Contact*, 59(19).

- Widdershoven, G.A.M. & R.L.P. Berghmans (2000). Autonomie in de hulpverlening. In: Bauduin, D. & J. Graste (red.), *Waardenvol werk. Ethiek in de geestelijke gezondheidszorg*. Assen: Van Gorcum, pp. 47-59.
- Widdershoven, G.A.M., Berghmans, R.L.P. & S.P.K. Welie (2003). Zelfbeschikking of goede zorg? Ethische kanttekeningen bij juridisering in de hulpverlening. In: Schene, A.H., Boer, F., Heeren, T.J., Henselmans, H.W.J., Sabbe, B. & J. van Weeghel (red.). *Jaarboek voor psychiatrie en psychotherapie 2003-2004*. 8<sup>e</sup> druk. Houten/Mechelen: Bohn Stafleu/Van Loghum, pp. 325-338.
- Widdershoven, T.P. (2003). *Psychiatrie en Recht, De Wet Bopz en de psychiatrie, Kanttekeningen bij een regeling*. Utrecht: Vereniging voor Gezondheidsrecht
- Widdershoven, T.P. (2006). Na de Wet Bopz - Aandachtspunten voor een regeling van psychiatrische dwang. *Tijdschrift voor Gezondheidsrecht*, (7): 488-503.
- Wijmen, F.C.B. van (2005). *Een kleine mooie ritselende revolutie, afscheidsrede*. Maastricht: Universiteit van Maastricht
- ZonMw (2002). *Evaluatie Wet Bijzondere Opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen. De Wet Bopz in de kinder- en jeugdpsychiatrie*. Deel 6. Den Haag: ZonMw.

## Bijlage 2: lijst van gebruikte afkortingen

Awb	Algemene wet bestuursrecht
Bopz	(Wet) Bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen
GGD	Gemeentelijke (of: Gewestelijke of Gemeenschappelijke) Gezondheidsdienst
GGZ	Geestelijke Gezondheidszorg
Ibs	Inbewaringstelling
KNMG	Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst
NVvP	Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie
VWS	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Wgbo	Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst



# VERANTWOORDING KWANTITATIEF ONDERZOEK

**Bijlage 3**

**Bijlage I: Respondentenmatrix ten  
behoefte van enquête**

**Bijlage II: Berekenen van de omvang van  
de steekproeven**

**Prismant  
drs. C.D. Nienoord-Buré  
drs. M.H.J. Lommers**

**i.s.m.  
drs. A.J.J. van der Kwartel  
drs. M. Sluiter**

## 1. Inleiding

Het voorliggende rapport bevat een verslag van het kwantitatieve onderzoek naar de meningen over en de ervaringen met de Wet Bopz. Ook in meerdere andere onderzoeken in het kader van de derde evaluatie van de Wet Bopz is gebruik gemaakt van dit kwantitatieve onderzoek<sup>5</sup>. Voor de resultaten daarvan wordt verwezen naar de delen 2 tot en met 6 van deze evaluatiereeks over de Wet Bopz.

In deze bijlage is de verantwoording opgenomen van dit kwantitatieve onderzoek. Deze verantwoording omvat zeven hoofdstukken. In hoofdstuk 2 staan de onderzoeksvragen en het doel van onderzoek kort beschreven. In hoofdstuk 3 volgt een korte beschrijving van de kwantitatieve onderzoeksopzet. Hoofdstuk 4 gaat in op de enquête. In hoofdstuk 5 en 6 wordt ingegaan op methodische keuzen die voorafgaande aan, en tijdens de uitvoering van het kwantitatieve onderzoek zijn gemaakt. Tot slot wordt in hoofdstuk 7 het profiel van de respondenten beschreven. Op basis van een beschrijving van de response worden conclusies getrokken over de betrouwbaarheid van de onderzoeksresultaten.

## 2. De onderzoeksopzet

Volgens de met het ministerie van VWS op 4 november 2005 overeengekomen onderzoeksopdracht, beoogt dit onderzoek een verbreding en integratie van de resultaten van de andere deelprojecten. De verbreding is gerealiseerd door het uitzetten van een elektronische enquête (waardoor meer respondenten worden bereikt). In die enquête komen de thema's uit andere deelonderzoeken aan de orde, aangevuld met 'eigen vragen'. Deze laatste komen voort uit literatuuronderzoek en uit vragen van de derde evaluatiecommissie. De onderzoeksresultaten van dit kwantitatieve onderzoek staan beschreven in de rapporten van de verschillende deelonderzoeken. Deze bijlage gaat in op de keuzen die gemaakt zijn bij uitvoering van het kwantitatieve onderzoek. In dit hoofdstuk worden de onderzoeksmethoden en de uitwerking van de onderzoeksvragen beschreven.

### 2.1 Onderzoeksmethoden

Bij dit onderzoek is gebruik gemaakt van de verschillende onderzoeksmethoden. De gegevensverzameling vindt plaats op basis van input van de (voorlopige) resultaten van de deelonderzoeken en kwantitatief onderzoek, de elektronische enquête. Deze onderzoeksmethoden worden hierna beschreven.

5 Vanuit het onderzoek naar internationale ontwikkelingen (Deel 7) is geen input geleverd ten behoeve van het opstellen van de elektronische enquête.

### 2.1.1 **Input (voorlopige) resultaten deelonderzoeken**

Op basis van het literatuuronderzoek is vanuit de betreffende deelonderzoeken (zie voetnoot 5) de input geleverd voor het kwantitatieve onderzoek. Ook in brede zin zijn tijdens het onderzoek de voorlopige onderzoeksresultaten uitgewisseld in de onderzoeksgroep, waarin de coördinatoren van de betreffende deelonderzoeken vertegenwoordigd waren.

### 2.1.2 **Kwantitatieve onderzoek**

Centraal in de onderzoeksopzet staat het kwantitatieve onderzoek. Het kwantitatieve onderzoek bestaat uit een enquête die is uitgezet onder actoren in het veld, die in brede zin bij de toepassing van de Wet Bopz zijn betrokken. De enquête is door Prismant in nauwe samenwerking met de Universiteit Maastricht en de Vrije Universiteit Amsterdam ontwikkeld en door Prismant uitgevoerd. De enquête heeft *niet* betrekking op de individuele patiënt als subject van onderzoek. Dit betekent dat dit onderzoek niet hoeft te worden aangemeld bij de privacyregistratie. De enquête richt zich evenmin op het bevragen van alle betrokkenen rondom een casus. Daartoe dienen de interviews per deelonderzoek. Gelijktijdig met de uitvoering van de andere deelonderzoeken is de Bopz-enquête uitgezet bij verschillende respondentgroepen.

### 2.1.3 **Rapportage**

Prismant rapporteert op basis van zoektermen de resultaten van de literatuurstudie (thema's) en de resultaten van de enquête. De resultaten van het kwantitatieve onderzoek hebben betrekking op alle deelonderzoeken, uitgezonderd het deelonderzoek naar internationale ontwikkelingen.

## 2.2 **Uitwerking van onderzoeksvragen**

In dit onderzoek zijn de onderzoeksvragen nader uitgewerkt en opgenomen in de Bopz-enquête. Het toetsend kader daarbij werd gevormd door de onderzoeksopdracht en de inzichten vanuit de deelonderzoeken op basis van de literatuurstudie. Hieruit zijn de belangrijkste onderzoeksthema's en de vragen per thema naar voren gekomen. De definitieve vormgeving van de enquête is uiteindelijk het resultaat van de samenwerking tussen de onderzoekers in het Consortium en de derde evaluatiecommissie.

### 2.2.1 Onderzoeksthema's en rapporten

In dit overzicht staande belangrijkste thema's:

Voorlichting	(Deel 8)
Knelpunten op grensvlakken	(Deel 4)
a. Verslavingszorg	
b. Persoonlijkheidsstoornissen	
c. Forensische psychiatrie	
d. Maatschappelijke opvang	
Mogelijkheden tot opname onder de Wet Bopz	
Grensvlak andere wetgeving	
a. Wgbo	(Deel 2)
b. Awb	(Deel 5)
Voorwaardelijke machtiging	(Deel 2)
Wilsonbekwaamheid	(Deel 2)
Somatische behandelingen	(Deel 2)
Etniciteit	(Deel 6)
Dwangtoepassing	(Deel 3)
Dwangbehandeling	(Deel 3)
Gevaarscriterium	(Deel 2 en Deel 3)
Discussie	(Deel 8)
a. Knelpunten	
b. Verbetersuggesties	
c. Meninge	

Achter elk thema staat vermeld in welk deel van de evaluatiereeks het wordt behandeld.

### 2.2.2 Mate van objectiviteit

Bij de uitwerking van de onderzoeksvragen is gelet op de aard van de vragen. Op het continuüm van objectief naar subjectief zijn de vragen naar de feiten het meest objectief, en is de vraag naar de mening het meest subjectief. Bij het opstellen van de Bopz-enquête is rekening gehouden met het onderscheid in de feiten, de interpretatie en de meningen.

#### Voorbeelden

De feiten:

1. Wat is het kennisniveau van de respondent?
2. Wat is de functie / taakuitoefening?
3. Wat zijn de eigen ervaringen met inhoud en procedures van de Wet Bopz?



De interpretatie:

4. Wat gaat er (feitelijk) goed?
5. Wat gaat er (feitelijk) fout?
6. Wat is hiervoor een mogelijke verklaring?

De mening: bijv. n.a.v. discussie rondom opnamewet-behandelwet:

7. Is dit voor u een knelpunt of een breekpunt?
8. Zo ja, wat is hierover uw mening? Waarom?
9. Welke nieuwe ontwikkelingen doen zich hierbij voor?

De respondenten is gevraagd hun antwoorden te baseren op hun eigen ervaring met de toepassing van de Wet Bopz. Het gaat hierbij om de feiten, en niet zozeer om ervaringen van anderen. Naast de feiten is de respondenten gevraagd om een eigen mening te geven over deze feiten en mogelijke oplossingen aan te dragen voor eventuele knelpunten. Om de zeggingskracht van ervaringen en meningen te onderzoeken wordt het kennis-, opleidings- en ervaringsniveau in relatie tot de functie onderzocht (zie hoofdstuk 6).

### 2.2.3 De samenstelling van de onderzoekspopulatie

Op basis van de onderzoeksopzet wordt een gerichte keuzemethode toegepast. De keuze van de onderzoekspopulatie is gebaseerd op de aanwezigheid van specifieke kennis over de Wet Bopz uit hoofde van hun functie en praktische ervaring met de Wet Bopz. Dit kenmerk, betrokkenheid bij de Wet Bopz, bepaalt of een respondent wel/niet tot de onderzoekspopulatie behoort. Op basis van voorkennis is de onderzoekspopulatie opgedeeld in deelpopulaties, strata of respondentengroepen. Ter beantwoording van de onderzoeksvragen is bij elk der deelonderzoeken geïventariseerd wie een Bopz-enquête zouden moeten invullen. Het resultaat van deze inventarisatie is een respondentenmatrix, waarin per onderzoeksthema de respondentengroepen zijn benoemd. Deze respondentenmatrix is ter beoordeling voorgelegd aan de evaluatiecommissie (zie bijlage I). Op basis van de respondentenmatrix is de Bopz-enquête uitgezet bij een grote hoeveelheid respondentengroepen, afkomstig uit de rechtspraak (advocaten, officieren van justitie en rechters), de zorg (management, behandelaars en cliëntgroepen) en uit aanpalende sectoren, zoals de eerste lijns- en openbare gezondheidszorg, als ook gemeenten en politie en de landelijk vertegenwoordigende organisaties. Op basis van de onderzoeksresultaten hebben de onderzoekers bij de rapportage van de deelonderzoeken een iets andere indeling gehanteerd. De belangrijkste wijziging betreft de toewijzing van de advocaten (rechtspraak) en de patiëntenvertrouwenspersonen (zorg) aan het cluster rechtshulp. Waar mogelijk worden ook de reacties van de cliënten (vertegenwoordigende organisaties) en familie (vertegenwoordigende organisaties) afzonderlijk gerapporteerd. Ook is het cluster zorg in de rapportagefase smaller gedefinieerd: alle niet bij de directe patiëntenzorg betrokken professionals zijn

ondergebracht in het cluster Overig, waarin ook de overige landelijke vertegenwoordigende organisaties zijn ondergebracht.

#### 2.2.4 Van enquête naar rapportage

Bij interpretatie van de onderzoeksgegevens afkomstig uit de verschillende bronnen is door de onderzoekers de volgende benaderingswijze gehanteerd bij de beantwoording van de onderzoeksvragen:

- Stap 1 Interviews. De verdiepende interviews zijn leidend in de beeldvorming.
- Stap 2 Literatuur. Inzichten uit de literatuur vullen het ontstane beeld aan met hetzij dezelfde hetzij andere feiten, interpretaties en meningen.
- Stap 3 Resultaten enquête. Het is de verantwoording van het kwantitatieve onderzoek op basis waarvan de bevindingen uit de andere deelonderzoeken worden gestaafd, dan wel genuanceerd of zelfs worden verworpen.

### 3. De enquête

In dit hoofdstuk worden de keuzen beschreven die - ter uitvoering van de onderzoeksopzet - zijn gemaakt lopende het onderzoek inzake de dataverzameling met behulp van een elektronische enquête. Achtereenvolgens komen de volgende onderwerpen aan de orde: de opzet van de enquête, de (omvang van de) steekproef, en de uitvoering van het onderzoek.

#### 3.1 De opzet van de enquête

De enquête bestaat uit een aantal categorieën vragen. Elke categorie bevat vragen over een specifiek onderwerp. Per onderwerp wordt de huidige toepassing van de Wet Bopz in beeld gebracht. Daarbij wordt gevraagd naar de knelpunten die men ervaart. In de enquête is ook (beperkte) ruimte opgenomen om alternatieve oplossingen voor de toekomst aan te dragen.

##### 3.1.1 Inhoud van de enquête

De Bopz-enquête begint met een korte introductie en toelichting op de enquête. Na de eerste keer inloggen, komt de respondent automatisch terecht bij het onderdeel 'Profiel respondenten'. Het invullen van deze vragen is verplicht omdat de respondent anders niet terecht komt in de enquête die voor deze respondent bestemd is. De vragen die zijn afgestemd op een specifieke respondentengroep zijn voor andere respondentengroepen niet zichtbaar. Aansluitend zijn de vragen in de categorieën: 'Voorlichting' en 'Grensvlakken' bestemd voor alle respondenten. De categorie "Dwang en drang" omvat onderwerpen, die niet aan alle doelgroepen voorgelegd zijn. Dit thema is benaderd vanuit vier perspectieven, namelijk het perspectief van de rechtspraak, de rechthulp, de professionals in de zorg en het

cliëntenperspectief. Dit betekent dat de vragen in deze categorie 'Dwang en drang' afhankelijk zijn gemaakt van de respondentengroepen die vallen onder het functiecluster rechtspraak, rechtshulp, zorg of cliënten. Binnen de module 'Dwang en drang' is het thematisch onderscheid 'Dwangtoepassing binnen de instelling' en 'Dwang en drang buiten de instelling' leidend. Dezelfde onderwerpen worden soms in een andere toonzetting bevraagd. Om alle praktijkervaringen op waarde te kunnen schatten is aan het einde van de enquête gevraagd naar enkele kwantitatieve gegevens. Tot slot volgden enkele persoonlijke vragen, zodat de onderzoekers konden bepalen tot welke respondentengroep de respondent behoort.

### 3.1.2 **Vormgeving**

De inhoud van de enquête wordt mede bepaald door de keuze van een elektronische enquête, als ook door de mate waarin de wijze van vragen van tevoren is vastgelegd en de respondent gebonden is aan vooraf door de onderzoekers vastgelegde antwoordcategorieën.

#### 3.1.2.1 *Elektronische enquête*

Om praktische redenen (budget en tijd) is gekozen voor een elektronische enquête die de respondent op uitnodiging 'online' kan invullen, desgewenst in etappes en al dan niet in gezamenlijkheid.

De ervaring leert dat de response op elektronische enquêtes gemiddeld wel lager ligt dan bij een enquête die op papier wordt verstrekt. Dit nadeel weegt op tegen het voordeel van de elektronische enquête, namelijk een groter bereik van de deels anonieme, doch goeddeels geautomatiseerde onderzoekspopulatie en de snelheid van de verwerking van de onderzoeksresultaten.

#### 3.1.2.2 *Semi-gestructureerde vragen*

De keuze voor een gestructureerde enquête is inherent aan de keuze voor het softwarepakket. De enquête is ingevoerd in het eFocus Enquête Managementsysteem (EMS), versie 2, een systeem dat het elektronisch uitzetten van de enquête mogelijk maakt onder de verschillende doelgroepen. In de respondentenmatrix zijn de doelgroepen opgenomen. Bij het elektronisch uitzetten is niet zozeer het aantal enquêtes dat wordt uitgezet bepalend, maar het aantal respondentengroepen en vooral het aantal (gedeeltelijk) open vragen. De begroting van de Bopz-enquête is niet toereikend voor de verwerking van veel open vragen. Daarom zijn de vragen voorzien van een uitputtende opsomming van antwoordcategorieën, aangevuld met weet niet/geen mening en/of niet van toepassing. In een dergelijke semi-gestructureerde enquête zijn de meeste vragen gesloten.

### 3.1.2.3 *Voorstructureren van antwoordcategorieën*

Het voorstructureren van de antwoordcategorieën doet een beroep op de inhoudelijke deskundigheid van de onderzoekers. Bijvoorbeeld, na een limitatieve opsomming van antwoordmogelijkheden is er onder het kopje “anders” gelegenheid tot het kort en bondig formuleren van een eigen antwoord. Inzichten vanuit de literatuur, als ook de interviews hebben een belangrijke rol gespeeld bij het voorstructureren van de antwoordcategorieën en het formuleren van stellingen. De interviews, die gelijktijdig dan wel later in de tijd worden uitgevoerd, bieden meer mogelijkheden ter verdieping van de eventuele knelpunten en het doen van verbetervoorstellen dan de Bopz-enquête.

### 3.1.3 *De ontwikkeling van de enquête*

Voor de enquête hebben de onderzoekers de input geleverd vanuit andere deelonderzoeken (zie delen 2 tot en met 6). Prismant heeft het aantal aangeleverde vragen gereduceerd door de vragen over de deelonderzoeken en/of antwoordcategorieën te integreren in één enquête. Deze integratieslag heeft aan het eind van de ‘pijplijn’ plaats gevonden. Aansluitend is de enquête getest.

Tijdens de try-out hebben de onderzoekers vertegenwoordigers van respondentengroepen benaderd om de conceptenquête te testen. Ook de leden van de evaluatiecommissie hebben de conceptenquête ‘online’ kunnen beoordelen op de inhoud, de omvang en de techniek. Na de technische try-out in de eerste week van juni, vond de inhoudelijk try-out plaats in de periode van 13 juni t/m 23 juni 2006.

1. *Toets op de inhoud.* De inhoud van de enquête is beoordeeld op relevantie en herkenbaarheid van de vragen. Bij de antwoordmogelijkheden lag meer de nadruk op juistheid, interne consistentie, uitsluiting en volledigheid. Daarbij is gelet op de formulering en de toonzetting van zowel de vragen als de antwoordmogelijkheden.
2. *Toets op de omvang.* Van doorslaggevend belang werd de duur van de enquête geacht, omdat er een grote wissel werd getrokken op de bereidheid van de deelnemers aan de try-out. In eerste instantie zijn de voor de onderzoekers interessante vragen geschrapt, zodat de vragen noodzakelijk voor het beantwoorden van de onderzoeksvragen overbleven. Daarna is de opbouw van de enquête gewijzigd, zodanig dat het aantal vragen per respondentgroep (met name voor advocaten en behandelaars) is teruggebracht tot een aanvaardbare omvang. Het invullen van de enquête duurt dan minimaal 25 minuten, doch meestal één uur. Het aantal minuten is afhankelijk van de respondentengroep en de tijd die de respondent neemt om na te denken over de gestelde vragen.
3. *Toets op de techniek.* Bij de toets op de techniek is erop gelet of de verschillende soorten respondenten de voor hen bestemde vragen met antwoordmogelijkheden kregen voorgelegd in de goede volgorde. Ook op deze toets volgde een

aantal technische aanpassingen. Een tweede try-out vond plaats in de week dat de uitnodigingen om de Bopz-enquête in te vullen door Prismant werden verstuurd. De uiterste datum van verzending van de uitnodiging om deel te nemen aan het onderzoek was 1 juli 2006. Vanaf dat moment was de enquête actief te benaderen via internet.

De definitieve enquête was 'online' op 1 juli 2006 en sindsdien toegankelijk voor de respondenten. In de enquête staat expliciet aangegeven wie welke vraag wel en welke vraag niet heeft gehad. Deze aantallen weerspiegelen (per vraag) de omvang van de steekproef per respondentgroep, die met elkaar de gehele onderzoekspopulatie vormen.

## 4. De steekproef

De steekproef is getrapt uitgevoerd: eerst naar functie en daarna naar regio. De uitgangspunten hierbij staan beschreven in de paragrafen 4.1 t/m 4.3. De omvang van de steekproef is afhankelijk van het aantal respondentgroepen en de omvang van elke respondentengroep. Om de omvang van de steekproef per respondentgroep te kunnen vaststellen heeft Prismant eerst een klein steekproefonderzoek uitgevoerd. Het resultaat hiervan staat beschreven in paragraaf 4.4. Daarnaast wordt ingegaan op de aanpassingen die voorafgaande aan het onderzoek leidden tot bijstelling van het aantal uitgezette enquêtes. De (nauwkeurigheds)eisen die gesteld worden aan een steekproef op regionaal niveau zijn hoger dan een steekproef op landelijk niveau. Om een kleinere afwijking ten opzichte van het gemiddelde te krijgen, was het regelmatig nodig om per respondentengroep een grotere steekproef te trekken dan landelijk noodzakelijk was. In paragraaf 4.4 staat beschreven welke ophoging van de omvang van de steekproeven hiermee gepaard is gegaan. In paragraaf 4.5. is een totaaloverzicht opgenomen. Voor een uitgebreidere methodologische verantwoording van deze keuzen wordt verwezen naar Bijlage II.

### 4.1 Selectie van respondentgroepen

De keuze van de respondentengroepen is gebaseerd op de aanwezigheid van specifieke kennis over de Wet Bopz uit hoofde van hun functie en praktische ervaring met de Wet Bopz. Met andere woorden, het kenmerk betrokkenheid bij de Wet Bopz wordt gemeten met de basisvariabele 'functie'. Bepalend voor de keuze van de verschillende respondentengroepen is het opleveren van unieke informatie die niet uit andere bronnen is af te tappen. Voor de beantwoording van de onderzoeksvragen op landelijk niveau zijn vooraf 23 respondentgroepen onderscheiden. Bij elk der deelonderzoeken is geïnventariseerd welke respondentengroepen een enquête zouden moeten invullen. De respondentenmatrix is aan de evaluatiecommissie ter beoordeling voorgelegd.

## 4.2 Selectie van de regio's

Uitgangspunt voor analyse van regionale verschillen is de variabele 'regio'. In dit onderzoek hebben de onderzoekers te maken met respondenten die beroepshalve op diverse regio-indelingen georiënteerd zijn. Het gaat daarbij om:

- Gemeentelijke of provinciale indeling (bevolkingsgegevens met betrekking tot het aantal inwoners, naar leeftijd geslacht en etniciteit);
- GGZ-gegevens per instelling (locatie) of WZV-regio;
- GGD-regio's;
- Politieregio's;
- Bopzis-gegevens per arrondissement.

Om de gegevens afkomstig uit verschillende bronnen en met afwijkende regio-indelingen vergelijkbaar te doen zijn, is de respondenten gevraagd naar de werkregio. Het begrip 'regio' is geoperationaliseerd aan de hand van de lijst met arrondissementen, afkomstig van [www.rechtspraak.nl](http://www.rechtspraak.nl). Omdat de Wet Bopz centraal staat in dit evaluatieonderzoek is deze indeling als uitgangspunt voor de analyses genomen.

## 4.3 Benaderingswijze

Op basis van hun functionele betrokkenheid bij de Wet Bopz worden de respondenten benaderd via de vertegenwoordigende organisaties. De keuze voor het bevragen van meningen is als volgt gemaakt:

1. Op microniveau bij de GGZ-instellingen: professionals, cliënten- en familieraden.
2. Op mesoniveau bij arrondissementen (rechters, advocaten en officier van justitie), politiekorpsen (kopschefs) en gemeenten (bijv. vertegenwoordigers van het driehoeksoverleg en gemeenteamtensaren) en GGD's, de LHV-bureau's (huisartsen), en regionale inspecties gezondheidzorg.
3. Op macroniveau bij landelijke organisaties (bijvoorbeeld woordvoerders van patiëntenverenigingen of beroepsverenigingen).

Bij meten op micro-, meso- én macroniveau kan er sprake zijn van overlappende informatie. Dan is er sprake van onderlinge validatie van de gegevensverzamelingen ofwel van triangulatie.

## 4.4 De omvang van de steekproef

In tabel 4.1 wordt een overzicht gegeven van de steekproefomvang per respondentgroep. In de eerste kolom staan de respondenten per cluster vermeld. De steekproefomvang staat vermeld in kolom twee onder het kopje "aantal uitgezette enquêtes". De uitgangspunten bij het vaststellen van de steekproefomvang per respondentgroep is weergegeven in kolom vier. De derde kolom geeft het aantal uitgezette enquêtes na bijstelling weer, omdat er lopende het onderzoek soms

voldoende aanleiding was om de omvang van de respondentgroep neerwaarts bij te stellen. In de laatste kolom staat de reden voor deze bijstelling vermeld.

De beschrijving van de steekproefomvang en -trekking per respondentengroep is uniform van toepassing op alle bij dit onderzoek betrokken instellingen, organisaties en verenigingen. Sommige van deze respondentengroepen zijn nog verder onderverdeeld op basis van een aantal kenmerken. Dit staat hieronder beschreven.

#### 4.4.1 De rechtspraak

Het perspectief van de rechtspraak wordt verkregen door het bevragen van advocaten, rechters en officieren van justitie. Op basis van functionele overwegingen (het behartigen van de belangen van de cliënt), zijn de advocaten bij verdere rapportage ondergebracht in het cluster Rechtshulp.

##### **Advocaten**

Advocaten hebben als vertegenwoordigers van cliënten in de rechtbank een dubbele rol. Zo hebben advocaten kennis van de rechtspraak en bieden zij Bopz-clieñten rechtshulp. Advocaten zijn conform de Advocatenwet verplicht ingeschreven bij de Orde. Op 1 januari 2006 stonden er 13.765 advocaten ingeschreven. Via de Raden van Rechtsbijstand is voor 3 van de 5 hoofdresorts voor de rechtspraak opgave gedaan van het aantal rechtsbijstandverleners die Bopz-zaken doen. Het gaat om personen die op peildatum bekend zijn onder de specificatie "piketsoort P". Naar schatting gaat het om in totaal 550 personen ( $=N_a$ ). Het percentage advocaten met dit kenmerk is met enige zuiverheid te schatten op 4%.

Gemiddeld vallen er onder elk rechtresort 111 advocaten, verdeeld over vier arrondissementen. De aangetroffen variatie in aanwezige aantallen Bopz-advocaten per arrondissement is 7 tot 45 personen. Rekening houdend met de eisen betreffende betrouwbaarheid en nauwkeurigheid is een landelijke steekproef van 55 advocaten nodig. Dit komt neer op gemiddeld 3 advocaten per arrondissement. Daarmee wordt niet voldaan aan de minimumeis om uitspraken over advocaten te mogen doen op regionaal niveau, de minimumeis is tenminste drie advocaten. Rekening houdend met een non-response van 40% zijn 5 advocaten per arrondissement benaderd om een enquête in te vullen. In totaal gaat het om  $5 \cdot 19 = 95$  advocaten ( $=n_a$ ). Het percentage van de populatie is dan 17%.

##### **Rechters**

Rechters beoordelen in beginsel de dwangopneming van Bopz-clieñten. Bij de onderzoekers is niet bekend hoeveel rechters zich met Bopz-zaken bezig houden. Daarom zijn met de advocatuur vergelijkbare aantallen per arrondissement aangehouden.

### **Officiëren van justitie**

Officiëren van justitie zetten de initiële stappen tot dwangopneming en bewaken de rechtgang van Bopz-zaken. Niet bekend is hoeveel officieren van justitie specifiek bij Bopz-zaken zijn betrokken, daarom zijn in eerste instantie evenveel officieren van justitie via het parket benaderd als rechters en advocaten. Gaande het onderzoek is in overleg met de evaluatiecommissie besloten tot het beperken van de steekproef tot de hoofdofficiëren van justitie. Dit betekent een bijstelling van 95 naar 19 uitgezette enquêtes.

Bij de rechtspraak zijn in totaal 114 enquêtes uitgezet na bijstelling onder rechters (95) en hoofdofficiëren van justitie (19).

#### **4.4.2 De rechtshulp**

Cliënten die onder het regiem van de Wet Bopz (wensen te) komen, kunnen rechtshulp ontvangen. Rechtshulp wordt in de regel verleend door advocaten (zie paragraaf 4.4.1). Cliënten kunnen ook worden bijgestaan door (de Stichting van) patiëntenvertrouwenspersoon (zie 4.4.3).

Bij de rechtshulp zijn in totaal 147 enquêtes uitgezet onder advocaten (95) en patiëntenvertrouwenspersonen (52) na bijstelling.

#### **4.4.3 De zorg**

Het perspectief van professionals in de zorg wordt weergegeven door personen die in dienst zijn bij een GGZ-instelling. Op basis van een verdeelsleutel en een gewicht per instelling zijn oorspronkelijk 2108 enquêtes uitgezet onder 116 GGZ-instellingen met Bopz-erkenning en 18 instellingen zonder Bopz-erkenning. Hiervan zijn 1710 enquêtes uitgezet onder behandelaars en verzorgenden werkzaam bij Bopz-erkende zorginstellingen. De instellingen die geen erkenning hebben in het kader van de Wet Bopz, doch hier wel mee van doen kunnen hebben, zijn benaderd met het oog op het onderzoek naar de grensvlakken van de Wet Bopz. De response bij zelfstandige RIAGG's, RIBW's, instellingen voor maatschappelijke opvang en niet nader gespecificeerde woonvormen is te beperkt voor aparte vermelding en is opgenomen in het cluster Overig. Hetzelfde geldt voor de enquêtes die zijn uitgezet onder landelijke en regionale vertegenwoordigers van behandelaars in de eerste lijn en de openbare gezondheidszorg.

### **GGZ-instellingen**

Per 1 januari 2006 zijn er 116 psychiatrische instellingen in Nederland (bron: Staatscourant, november 2003 tot heden; bewerking Prismant) met een Bopz-erkenning. De lijst met instellingen is tot stand gekomen na koppeling van deze gegevens met een aantal gegevens van het College Tarieven Gezondheidszorg, de Inspectie voor de Gezondheidszorg en GGZ Nederland over het type erkenning,



aantal lbs-en<sup>6</sup> en aantal erkende bedden en adresgegevens. Het resultaat is een lijst erkende Bopz-instellingen, waarop elke psychiatrische locatie is ingedeeld naar hoofdlocatie. Gegeven de mate van concentratie van psychiatrische instellingen onder één overkoepelende organisatie en het onderzoeksdoel om regionale verschillen vast te stellen, zijn alle 116 GGZ-instellingen verzocht om mee te doen aan dit onderzoek.

Voor de functies in de zorg geldt dat het aantal uitgezette enquêtes is gebaseerd op (een veelvoud van) het aantal Bopz-instellingen in Nederland per 1 januari 2006. Het aantal enquêtes per functie is afhankelijk van de omvang van de GGZ-instelling en de omvang van de functie in de GGZ-instelling.

Om een representatief beeld te krijgen, onafhankelijk van de omvang van de instelling, is een gewicht per instelling vastgesteld per 100 inbewaringstellingen (lbs-en). Daarbij is rekening gehouden met het aantal erkende bedden. Het gewicht is als volgt tot stand gekomen:

#### Gewicht per instelling

Stap 1	Aantal lbs	Gewicht	Stap 2	Indien geldt	Gewicht
				lbs : bedden	
	0-99	1		$\geq 0,2$ en $\leq 0,5$	+1
	100-199	2			idem
	200-299	3			idem
	etc.				

De meeste professionals in de geestelijke gezondheidszorg zijn op enigerlei verbonden aan een psychiatrische instelling in Nederland<sup>7</sup>. Dit geldt ook voor veel vrijgevestigden. Om dubbeltellingen te voorkomen blijven de vrijgevestigden buiten beschouwing. Binnen de GGZ-instelling beslist de geneesheer-directeur onder meer over verlof en ontslag van cliënten. Naast de behandelend psychiater zijn er (sociaal-) psychiatrisch verpleegkundigen, psychiatrisch verzorgenden, psychologen en maatschappelijk werkenden bij de zorgverlening aan Bopz-cliënten betrokken. Bij deze functies in de zorg zijn in totaal 1710 enquêtes uitgezet. Overige betrokkenen werkzaam bij een GGZ-instelling zijn na bijstelling in het cluster Overig (raden van bestuur, leden van de klachtencommissies) ingedeeld. Tenslotte zijn in de raad van bestuur diverse functies vertegenwoordigd, en kunnen ook de klachtencommissies

6 Het aantal rechterlijke machtigingen( RM) is niet gebruikt omdat de registratie ervan minder betrouwbaar is, zo blijkt uit een interview met IGZ.

7 Aanname is dat de professionals werkzaam in deze instellingen zo'n 90% van alle BIG-geregistreerde professionals betreffen. Daarmee is het percentage in de populatie vastgesteld op 90%

heel divers zijn samengesteld. Zoals eerder gezegd zijn patiëntenvertrouwenspersonen ingedeeld bij het cluster Rechtshulp.

Op landelijk niveau is de verdeling van werkzame personen naar functie binnen GGZ-instellingen niet bekend. Op basis van een aantal jaarverslagen van GGZ-instellingen is enigszins arbitrair (o.a op basis van de kostenverhouding behandeling: begeleiding: verpleging) gekozen voor de volgende verdeelsleutel per instelling:

<b>Personeel werkzaam bij een GGZ-instelling</b>	<b>Aantal respondenten</b>
<b>In de functie van</b>	
Geneesheer-directeur/ eerst verantwoordelijk geneeskundige	1
Behandelend psychiater (al dan niet in opleiding)	≥ 5
(Sociaal) psychiatrisch verpleegkundige	3
Psychiatrisch verzorgende	1
Psycholoog	1
Maatschappelijk werker	3
Raad van bestuur	2
Lid van de klachtencommissie	1
Patiëntenvertrouwenspersoon	1

Lopende het onderzoek wordt duidelijk dat in de geestelijke gezondheidszorg 52 patiëntenvertrouwenspersonen lid zijn van de landelijke "Stichting Patiëntenvertrouwenspersoon Geestelijke Gezondheidszorg" (Stichting PVP, 2006). Het aantal uitgezette enquêtes is hierop bijgesteld.

### **Psychiaters**

Psychiaters beslissen over de behandeling van Bopz-cliënten. Het aantal psychiaters in Nederland bedraagt 2.164 fte in 2005 (Capaciteitsorgaan 2005). Gemiddeld zijn dit er 18,7 fte per instelling. Gegeven de mate van concentratie van psychiatrische instellingen onder één overkoepelende organisatie wordt rond het gemiddelde van 18,7 fte per instelling relatief grote spreiding verwacht. Rekening houdend met de eisen betreffende betrouwbaarheid en nauwkeurigheid, is een landelijke steekproef van 135 psychiaters nodig. Dit komt neer op gemiddeld 1 psychiater per instelling. Daarmee wordt niet voldaan aan de minimumeis om uitspraken te mogen doen op regionaal niveau. Om te kunnen rapporteren over regionale verschillen dienen tenminste 3 psychiaters en maximaal 7 psychiaters in intramurale en extramurale setting, respectievelijk de crisisdienst bevestigd te worden. In totaal dienen er 348 (3\*116) tot 812 (7\*116) psychiaters (=n<sub>p</sub>) benaderd te worden. Rekening houdend met een non-response van 40% wordt het aantal minimaal te bevragen psychiaters respectievelijk 5 en 9 per instelling. In totaal zijn er bijgevolg 666 enquêtes uitgezet.

### **Niet-erkende Bopz-instellingen**

De instellingen die geen erkenning hebben in het kader van de Wet Bopz, doch hier wel mee van doen kunnen hebben, zijn benaderd met het oog op het onderzoek naar grensvlakken van de Wet Bopz. Deze niet-erkende Bopz-instellingen zijn in beperkte mate bij het onderzoek betrokken. Door koppeling van de CTG-bestanden met die van de Staatscourant is een lijst tot stand gekomen van instellingen die geen erkenning hebben in het kader van de Wet Bopz, doch hiermee wel van doen kunnen hebben. Het gaat hier bijvoorbeeld om zelfstandige RIAGG's, RIBW's, instellingen voor maatschappelijke opvang en niet nader gespecificeerde woonvormen. Uit hoofde van het onderzoek naar de grensvlakken ontvangen instellingen met de term maatschappelijke opvang in de naamgeving en instellingen van het Leger des Heils 1 tot 3 enquêtes. In totaal zijn 50 enquêtes uitgezet bij hulpverleners en managers van niet-erkende Bopz-instellingen. De niet-erkende Bopz-instellingen (18) zijn na bijstelling ingedeeld bij het cluster Overig.

### **Eerstelijns- en openbare gezondheidszorg**

Behandelaars in de eerste lijn en de openbare gezondheidszorg zijn vaak bij de Wet Bopz betrokken als initiatiefnemer dan wel verrichten zij een onafhankelijk onderzoek. Dit evaluatieonderzoek beperkt zich tot huisartsen en GGD-artsen. Zij zijn benaderd via de landelijke organisaties en regionale bureau's. In totaal zijn er 35 GGD-regio's en 7 regionale huisartsenbureau's. Per GGD zijn maximaal drie personen benaderd, namelijk een directielid en twee artsen (jeugd en volwassenen). Bij de landelijke en regionale huisartsenbureau's is volstaan met het bevragen van één woordvoerder. In totaal zijn er 116 enquêtes uitgezet. De openbare gezondheidszorg is na bijstelling ingedeeld bij het cluster Aanpalende sectoren.

#### **4.4.4 Cliënten en familie**

Het cliëntenperspectief wordt op indirecte wijze in beeld gebracht door middel van het bevragen van cliënten- en familieraden, landelijke patiënten- en/of familieverenigingen en de (vereniging van) tolken. Omdat de cliënten niet direct benaderd worden, liep de gegevensverzameling via de woordvoerders van landelijke organisaties. De enquête is uitgezet onder 15 patiëntenverenigingen en familieverenigingen. Het gaat daarbij om bijvoorbeeld Anoksis, Nederlandse Vereniging voor Autisme, Stichting Anorexia en Boulimia Nervosa, Stichting Labyrint-inperspectief, Stichting Pandora, Vereniging Manisch Depressieven en betrokkenen, Ypsilon en verenigingen voor: Cliënten met stoornis in het kader van drugsgebruik/misbruik, Cliënten met persoonlijkheidsstoornis, Cliënten met verslaving, Cliënten met een psychotische stoornis, Cliënten met een psychotische depressie (melancholie) en de Cliëntenbond. In de praktijk zijn acht landelijke verenigingen bereikt. Daarnaast is de enquête op instellingsniveau via de raden van bestuur uitgezet bij 116 cliëntenraden en 116 familieraden. In de praktijk zijn er minder cliëntenraden (wettelijk verplicht per instelling), familieraden (niet wettelijk verplicht per instelling)

en klachtencommissies (wettelijk verplicht per instelling) en minder patiënten-vertrouwenspersonen vanwege instellingsoverstijgende vormen van samenwerking. Ook tolken werken vaak voor meerdere GGZ-instellingen. Niet bekend is hoeveel Bopz-tolken er in Nederland zijn. Daarom wordt uitgegaan van n=30 in verband met de centrale limietstelling bij een normale verdeling van de steekproef (zie bijlage II). Rekening houdend met een non-response van 40% zijn 50 enquêtes voor tolken uitgezet via de Vereniging van Tolken. Ook voor cliëntenraden, familieraden en klachtencommissies leidt bijstelling tot 50 uitgezette enquêtes per respondentengroep.

In totaal komt het aantal enquêtes uitgezet onder cliënten en familie van cliënten op 138 enquêtes na bijstelling.

#### 4.4.5 Aanpalende sectoren op mesoniveau

De aanpalende sectoren worden in beeld gebracht vanuit het perspectief van gemeenten en de regionale politie.

##### **Gemeenten**

De burgemeesters zijn verantwoordelijk voor de openbare orde en daarmee ook voor politieactiviteiten op dat vlak. De burgemeester beslist over de inbewaringstelling. Het aantal burgemeesters in Nederland is bekend (N= 476). De landelijke steekproef zou 111 burgemeesters moeten omvatten. Om recht te doen aan de regionale verschillen zijn per driehoeksoverleg (27) zes burgemeesters benaderd, waaronder de voorzitter van het driehoeksoverleg en vijf burgemeesters afkomstig uit een zeer grote, grote, middelgrote, kleine en zeer kleine gemeente. Daarbij is uitgegaan van de volgende indeling:

Gemeenteomvang	zeer groot	250.00 inwoners en meer
	Groot	100.000 tot 250.000 inwoners
	matig groot	50.000 tot 100.000 inwoners
	Klein	20.000 tot 50.000 inwoners
	zeer klein	minder dan 20.000 inwoners

*Noot: Onder gemeenten zijn op deze wijze 162 enquêtes uitgezet.*

##### **Regionale politie**

In Nederland leveren 25 politiekorpsen een bijdrage aan veiligheid, leefbaarheid en de bestrijding van criminaliteit in hun eigen politieregio. Vanuit deze verantwoordelijkheid komt de politie met de Wet Bopz in aanraking als het gaat om de beoordeling of interventies nodig zijn (het gevaarscriterium: gevaar voor zichzelf of gevaar voor anderen). Ieder politiekorps staat onder de verantwoordelijkheid van

een korpsbeheerder en een korpschef. Omdat de functie van korpsbeheerder samenvalt met die van burgemeester, die als verantwoordelijke voor de openbare orde al via de gemeenten wordt benaderd, zijn de korpschefs aangeschreven om de enquête in te vullen. In de verwachting dat de Bopz-ervaringen kunnen variëren met de mate van stedelijkheid van het werkgebied werd de korpschef gevraagd de enquête tevens uit te zetten onder de politiechefs van zeer sterk, sterk, matig, weinig en niet-stedelijke gebieden. Elke politieregio is namelijk weer onderverdeeld in een aantal districten, basiseenheden, afdelingen of wijkteams. Dit resulteerde in 150 uit te zetten enquêtes.

Bij aanpalende sectoren zijn na bijstelling in totaal 428 enquêtes uitgezet onder gemeenten (162), politie (150) en de eerstelijns- en openbare gezondheidszorg (116).

#### 4.4.6 Overig op landelijk niveau

Op macroniveau zijn 34 koepel- of brancheorganisaties organisaties en 8 landelijke patiënten- of familieorganisaties onderscheiden in de GGZ. Bijstelling van de verzonden enquêtes is nodig in die gevallen van fusie of nadat door landelijke organisaties is besloten, niet via de regionale afdelingen maar met één gezicht naar buiten te treden. Per landelijke organisatie is de woordvoerder gevraagd de enquête in te vullen. Dit liet onverlet de mogelijkheid om de enquête in gezamenlijkheid online in te vullen. Omwille van de anonimiteit worden deze organisaties niet met naam en toenaam genoemd.

De meeste van de betrokken professionals zijn landelijk georganiseerd. Om de bestuurlijke ervaring van deze organisaties met de Wet Bopz te inventariseren, is de enquête ook uitgezet bij de woordvoerders van de volgende landelijke organisaties:

Landelijke vertegenwoordiging	Aantal respondenten
GGZ Nederland	1
Zorgverzekeraars Nederland (ZN)	1
Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VGN)	1
Nationaal Politie Instituut (NPI)	1
GGD Nederland	1
Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP)	1
Nederlandse Vereniging van Vrijgevestigde Psychotherapeuten (NVVP)	1
Landelijke Vereniging verpleegkundigen en verzorgenden (LVVV)	1 (+3)
Nederlands Instituut van Psychologen (NIP)	1
Nederlandse Orde van Advocaten	1
Vereniging van Tolken	1
Stichting Patiëntenvertrouwenspersoon	1
Centrum Criminaliteitspreventie Veiligheid	1
Medisch expertise centrum, Landelijk Pakket Rotterdam, Openbaar Ministerie	1
Inspectie voor de Volksgezondheid (regionale bureaus)	15
NVZ-ziekenhuizen (Psychiatrische Afdeling Algemene Ziekenhuizen)	1
NFU (Psychiatrische Afdeling Academische Ziekenhuizen)	1

*Noot: Het gaat om in totaal 19 uitgezette enquêtes.*

Na bijstelling zijn er in het cluster Overig in totaal 352 enquêtes uitgezet.

## 4.5 Tot slot

Op macroniveau is per organisatie in principe één woordvoerder benaderd. Dit liet onverlet de mogelijkheid om de enquête in gezamenlijkheid in te vullen. Op meso-niveau zijn alle 19 arrondissementsrechtbanken, 25 regionale politiekorpsen en het driehoeksoverleg (27) benaderd. Op microniveau ging het om alle 116 GGZ-instellingen (met Bopz-erkenning), maar ook niet-erkende Bopz-instellingen, zoals bijvoorbeeld zelfstandige RIBW-en.

Gegeven de beperkte tijd dat de enquête kon worden ingevuld en de getrapte trekking is bij het vaststellen van de steekproefomvang rekening gehouden met een non-response van 40%. Na bijstelling zijn in totaal 2.889 enquêtes uitgezet (zie tabel 4.1).

**Tabel 4.1:** Steekproefomvang per respondentgroep

Cluster	Doelgroepen	Aantal enquêtes	
		Uitgezet	Na bijstelling
<b>Rechtspraak</b>	Rechter 1)	95	95
	Officier van justitie (OvJ)	95	19
	<b>Subtotaal</b>	<b>190</b>	<b>114</b>
<b>Rechtshulp</b>	Advocaat 2)	95	95
	Patiëntenvertrouwenspersoon 3) en 7)	116	52
	<b>Subtotaal</b>	<b>221</b>	<b>147</b>
<b>Zorg 4) en 5)</b>	Geneesheer-directeur/ eerstverantwoordelijke geneeskundige	116	116
	Behandelend psychiater (al dan niet aio) in een GGZ-instelling	666	666
	(Sociaal-)psychiatrisch verpleegkundige in een GGZ-instelling	348	348
	Psychiatrisch verzorgende van een GGZ-instelling	116	116
	Psycholoog van een GGZ-instelling	116	116
	Maatschappelijk werker van een GGZ-instelling	348	348
<b>Subtotaal</b>	<b>1710</b>	<b>1710</b>	
<b>Cliënten en Familie</b>	Lid van de Cliëntenraad 6) en 7)	116 4)	50
	Lid van een landelijke patiënten-/ familievereniging	15	8
<b>Familie</b>	Lid van de Familieraad 8) en 7)	116 4)	30
	Tolk	50 7)	50
	<b>Subtotaal</b>	<b>297</b>	<b>138</b>
<b>Aanpalende sectoren</b>	(Korpschef) regiopolitie	150	150
	Burgemeester	162	162
	Gemeenteambtenaar, niet werkzaam bij politie of GGD	81	0
	Onafhankelijk (GGD) arts, niet in dienst van een GGZ-instelling	116	116
<b>Subtotaal</b>	<b>509</b>	<b>428</b>	
<b>Overig</b>	Raad van bestuur van een GGZ-instelling )4	232	232
	Lid van de klachtencommissie )4 en )7	116	50
	Regionale inspectie GGZ	15	1
	Vertegenwoordiger landelijke branche- of koepelorganisaties	19	19
	Manager niet-erkende Bopz-instellingen )9	18	18
	Hulpverlener niet-erkende Bopz-instellingen )9	32	32
	Anders	0	0
<b>Subtotaal</b>	<b>433</b>	<b>352</b>	
<b>Totaal</b>		<b>3349</b>	<b>2889</b>

1) Bron: Raad voor de Rechtspraak, *Rapportage Personele Informatievoorziening 2004*.

2) Bron: Raden voor Rechtsbijstand (3); *schatting Prismant (2006)*.

3) Bron: Landelijke Stichting Patiëntenvertrouwenspersoon *Geestelijke Gezondheidszorg (2006)*.

4) Bron: *Staatscourant; bewerking Prismant (2006)*.

5) Bron: *GGZ Nederland 2005; bewerking Prismant*.

- 6) Bron: LPR belangenorganisatie Cliënten GGZ (2006). Op peildatum zijn in de GGZ zo'n 400 centrale cliëntenraden voor volwassenen, ouderen en jeugd. Dit aantal is exclusief TBS-inrichtingen en de instellingen voor de maatschappelijke opvang en de tbs-klinieken.
- 7) In de praktijk zijn minder cliëntenraden (wettelijk verplicht per instelling), familieraden (niet wettelijk verplicht per instelling) en klachtencommissies (wettelijk verplicht per instelling) en minder patiëntenvertrouwenspersonen vanwege instellingsoverstijgende vormen van samenwerking.
- 8) Bron: SLK. Bij de stichting Landelijke Koepel Familieraden in de GGZ zijn op peildatum 21 centrale familieraden aangesloten. Daarnaast zijn er nog enkele niet aangesloten cliëntenraden bekend. Het totale aantal familieraden in de GGZ wordt geschat op zo'n 30 familieraden (inclusief deelraden).
- 9) Bron: CTG/Staatscourant; bewerking Prismant (2006).

## 5. De uitvoering van het kwantitatieve onderzoek

Alle geselecteerde organisaties en respondenten zijn schriftelijk verzocht tot deelname aan dit evaluatieonderzoek. Dit verzoek werd ondersteund door een aanbevelingsbrief van de ministers van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en van Justitie.

### 5.1 De getrapte trekking

In overleg met de derde evaluatiecommissie Wet Bopz is besloten tot trekking uit een getrapte steekproef bij de aan het onderzoek deelnemende instellingen, organisaties en verenigingen. Dat wil zeggen dat de respondenten eerst worden geselecteerd op basis van het type organisatie en vervolgens op basis van de functie. In een brief aan de contactpersoon van de organisatie is de operationele kant van de trekking, of liever de gewenste wijze van uitzetten van de enquête, beschreven. Voorbeeld: de raden van bestuur van alle psychiatrische ziekenhuizen zijn benaderd met het verzoek de enquêtes onder psychiaters, evenredig verdeeld over de locaties en werkveld, doch aselectief uit te zetten. Indien geselecteerde respondenten onverhoopt niet aan het onderzoek willen meewerken, dan wordt verzocht de eerstvolgende respondent, die aan de gevraagde kenmerken voldoet, te benaderen. Ook aan de Raden van Rechtsbijstand is gevraagd om 19 enquêtes, evenredig verdeeld over de arrondissementen, doch aselectief uit te zetten onder advocaten "Piketsoort P". Een voorbeeld van het aselectief uitzetten van de enquête: elke 10<sup>e</sup> advocaat op de lijst te starten bij advocaat nummer 3 (de lijst mag meerdere keren doorlopen worden om het totaal benodigd aantal advocaten te kunnen benaderen). Vanwege de linking pin- of doorgeefluikconstructie kan de trekking zelf, en de afwijking van deze trekking, niet door Prismant worden gedocumenteerd.



## 5.2 Benadering van respondenten

De respondenten zijn hetzij direct, hetzij indirect (via de aangeschreven organisatie) door Prismant benaderd om deel te nemen aan het onderzoek. Het belang om deel te nemen aan dit onderdeel van het evaluatieonderzoek is verwoord in een begeleidende brief, waarin ook een toelichting op het gebruik van de enquête was opgenomen, en indien van toepassing een verzoek tot het uitzetten van de enquête. De ervaring leert dat versturen op mailadres (naam<sup>8</sup>) responseverhogend werkt. Omdat het geven van ervaringen en meningen over het functioneren van de Wet Bopz een privacygevoelig onderwerp betreft, is hiervan afgezien. De enquête is in fasen uitgezet. Afhankelijk van de respondentengroep is eind juni een eerste mailing uitgegaan naar de respondenten. De uiterste datum van verzending van de uitnodiging om deel te nemen aan het onderzoek was 1 juli 2006. Vanaf dat moment was de enquête actief. In de maanden juli en augustus konden de respondenten de ingevulde enquêtes elektronisch aanleveren. De respondenten werden op uitnodiging verzocht in te loggen en 'online' de Bopz-enquête in te vullen. Een respondent kon maar één enquête invullen, maar zo lang de enquête actief was, was het mogelijk na afronding van de enquête met behulp van de verstrekte codes opnieuw in te loggen en de antwoorden eventueel aan te passen. Om vertegenwoordigende organisaties in staat te stellen de enquête in gezamenlijk overleg in te vullen, bestond er een printmogelijkheid.

### 5.2.1 Inloggen

Unieke codes zijn toegekend in de uitnodigingsbrief aan de respondent of aan de organisatie die de codes doorgeleidde naar de desbetreffende respondent. De unieke code is opgebouwd uit een code voor het soort organisatie, type instelling, functie en een willekeurig volgnummer. Een voorbeeld van de unieke code die gebruikt zal gaan worden als inlogcode voor de 'enquête evaluatie Wet Bopz' is: 01-0100-21-01.

### 5.2.2 Identificatie

Identificatie van de respondenten vond plaats op basis van de eerste vraag naar de (mate van) betrokkenheid met de Wet Bopz. Persoonlijke kenmerken zijn in de algemene module opgenomen om de juiste enquête te kunnen koppelen aan de juiste respondenten. Omwille van de privacy legt de unieke code, die de respondenten gebruiken om in te loggen, geen relatie met de persoon, doch wel met een respondentengroep. Andere voor het onderzoek van belang zijnde (persoonlijke) kenmerken van de respondent zijn opgenomen aan het eind van de enquête. Ter

8 Bovendien geldt dat na afronding van het steekproefonderzoek de geselecteerde respondenten niet met naam en toenaam bij de onderzoekers bekend waren.

identificatie van de respondenten zijn de volgende algemene kenmerken van onderzocht: organisatie, werkregio, functie en (werk)ervaring met de Wet Bopz. Daarnaast is gevraagd naar leeftijd, geslacht en herkomst (allochtoon/autochtoon).

### 5.2.3 Anonimiteit

Rapportage van de onderzoeksgegevens zou plaatsvinden aan de derde evaluatiecommissie die het onderzoek begeleidde. Daaraan is een minimumeis gesteld met betrekking tot het aantal personen uit een bepaalde respondentengroep in een bepaalde regio dat de enquête had ingevuld. Wanneer niet voldaan kon worden aan deze minimumeis van ten minste drie personen, dan werden onderzoeksgegevens samengevoegd. Bovendien diende rekening gehouden te worden met de publicatie-eis van tenminste drie instellingen, die de IGZ en GGZ Nederland stelden aan de door hun ter beschikking gestelde gegevens. Omwille van de anonimiteit dient een minimaal aantal personen uit een bepaalde respondentengroep in een bepaalde regio de enquête te hebben ingevuld. Indien niet wordt voldaan aan deze eis (tenminste drie personen), worden bij rapportage de onderzoeksgegevens samengevoegd. Vanwege te kleine aantallen zijn de onderzoeksgegevens regelmatig geclusterd op functie- en op regioniveau.

## 5.3 Eén geïntegreerde enquête

In deze paragraaf is een aantal keuzen beschreven die de structuur, de uitvoering, de vorm van de enquête hebben beïnvloed. Aansluitend wordt ingegaan op de ontwikkeling van de enquête, de ervaringen van de Bopz-helpdesk, één dataset, waaruit de toeleveranties van gegevens aan de onderzoekers door Prismant plaatsvond.

### 5.3.1 Structuur enquête

De structuur van de enquête is doelgroepgericht. De enquête is opgebouwd uit algemene en doelgroepspecifieke onderdelen of modules. Voor alle doelgroepen zijn de volgende onderdelen bestemd: 'Introductie', 'Profiel respondenten', 'Voorlichting', 'Grensvlakken', 'Basisgegevens' en 'Tot slot'.

De module "Dwang en drang" omvat onderwerpen die niet aan alle doelgroepen worden voorgelegd. Dit thema is benaderd vanuit het perspectief van de rechtspraak, rechtshulp, de professionals in de zorg en het perspectief van cliënten en familie. Binnen de module "Dwang en Drang" was het thematische onderscheid 'Dwangtoepassing binnen de instelling' en 'Dwang en drang buiten de instelling' leidend.

### 5.3.2 **Uitvoering elektronische enquête**

De enquête is ingevoerd in het eFocus Enquête Managementsysteem (EMS), versie 2, een systeem dat het elektronisch uitzetten van de enquête mogelijk maakt onder de verschillende respondentgroepen. Zo is bijvoorbeeld de module “Dwang en drang” afhankelijk gemaakt van de respondentengroepen vallend onder de clusters Rechtspraak, Rechtshulp, Zorg, Cliënten, Familie en Overig. In de respondentenmatrix zijn de doelgroepen opgenomen. Bij het elektronisch uitzetten is niet zozeer het aantal enquêtes dat zou worden uitgezet bepalend, maar het aantal op te stellen enquêtes (aantal doelgroepen) en vooral het aantal (gedeeltelijk) open vragen.

### 5.3.3 **Vorm enquête**

Om praktische redenen (budget en planning) is gekozen voor een semi-gestructureerde (elektronische) enquête. Dat wil zeggen dat de vragen worden voorzien van een uitputtende opsomming van antwoordcategorieën, aangevuld met weet niet/geen mening en/of niet van toepassing. In een dergelijke semi-gestructureerde enquête zijn vrijwel alle vragen gesloten. Het voorstructureren van de antwoordcategorieën heeft een beroep gedaan op de inhoudelijke deskundigheid van de onderzoekers. Na een limitatieve opsomming van mogelijke (bekende) knelpunten in de antwoordcategorieën was er desgewenst een beperkte mogelijkheid om onder het kopje “overige knelpunten, te weten...” nog een paar knelpunten kort te beschrijven. De keuze van software (EMS) houdt een aantal technische beperkingen in. De interviews, die gelijktijdig dan wel later in de tijd worden uitgevoerd, bieden mogelijkheden dieper in te gaan op de genoemde knelpunten en verbetervoorstellen. De begroting van de enquête is niet toereikend voor de verwerking van veel open vragen.

### 5.3.4 **Ontwikkeling en try-out**

Voor de enquête hebben de onderzoekers van het consortium de input geleverd vanuit de andere deelonderzoeken (zie delen 2 t/m 6 van deze evaluatiereeks). Ten tijde van de eerste conceptenquête was de literatuurstudie nog niet afgerond. In deze onderzoeksfase waren de antwoordcategorieën derhalve nog (zeer) voorlopig of zelfs nog helemaal niet ingevuld. De try-out speelde een belangrijke rol bij het voorstructureren van de antwoordcategorieën. Op basis van de try-out kon de enquête nog worden aangepast. Bij de try-out speelden de volgende aandachtspunten een rol:

1. *Relevantie*. Is de vraag relevant voor het beantwoorden van de onderzoeksvragen? Zijn de vragen en antwoorden duidelijk geformuleerd? Zijn de antwoordmogelijkheden juist, consistent en uitputtend? Het onderscheid ‘noodzakelijke vraag’ en ‘interessante vraag’ was bepalend voor het al dan niet opnemen in de enquête.

2. *Herkenbaarheid.* Welke vragen zijn gesteld aan welke respondenten? Is de toonzetting correct? Dezelfde onderwerpen waren soms in een andere toonzetting bevestigd.
3. *Techniek.* Loopt de enquête volgens bedoeling? Krijgen de respondenten de voor hen bestemde vragen voorgelegd in de goede volgorde?
4. *Omvang van de enquête.* Het aantal vragen diende beperkt te blijven in verband met de bereidheid van respondenten om de vragen te beantwoorden. Uitgaande van twintig vragen per deelonderzoek (x 5 en algemene vragen) is dit al gauw 120 vragen! Voor professionals geldt dat na 100 -120 vragen enquêtemoeieid begint op te treden. Het aantal vragen is door integratie van vragen over de deelonderzoeken en/of antwoordcategorieën en/of door te werken met stellingen gereduceerd. Deze integratieslag heeft periodiek aan het eind van de ‘pijplijn’ plaats gevonden. Het invullen van de enquête duurde tenminste 25 minuten, doch meestal één uur en soms langer. Het tijdsbeslag was afhankelijk van de respondentgroep en de tijd die de respondent nam om na te denken over de gestelde vragen.

Na de technische try-out in de eerste week van juni, vond de inhoudelijk try-out plaats in de periode van 13 juni t/m 23 juni. Uiterlijk 1 juli was conform de onderzoeksopzet de enquête actief en toegankelijk voor de onderzoekspopulatie.

### 5.3.5 De Bopz-helpdesk

Voor praktische vragen over de mailing, de wijze van verspreiding van de toegangs-codes, of hulp bij het invullen van de enquête is een Bopz-helpdesk ingericht. Daartoe waren een apart telefoonnummer en e-mail adres beschikbaar gesteld (Bopz@Prismant.nl). Via deze helpdesk kon contact worden opgenomen met het Bopz-onderzoeksteam bij Prismant voor inhoudelijke vragen.

De vragen aan de helpdesk hadden een uiteenlopend karakter. Veelal werd verzocht om een toelichting op de volgende onderwerpen:

1. Adressering op naam (bij directe mailing) of op adres en naam of functie (bij indirecte mailing). Zo was bijvoorbeeld de mailing aan de officieren van justitie via een omweg bij de parketten terecht gekomen. In een beperkt aantal situaties ontbrak de motivatie voor het verspreiden van de enquêtes en de codes en leidde dit tot non-response.
2. Functie. Het betreft vragen over de functie-indeling, van bijvoorbeeld een PiT (Psychiatrisch intensieve thuiszorg) of over de mate van betrokkenheid van de respondenten bij het onderwerp van onderzoek. Als argumenten voor het niet meedoen aan het onderzoek werden genoemd: te kleine instelling, te weinig medewerkers in functies die met de Wet Bopz te maken hebben en te weinig ervaring van de aangeschreven functionaris met de Wet Bopz.

3. Elektronisch invullen van de enquête: waar te vinden, hoe te benaderen, en hoe in te vullen. Alle relevante informatie, die de respondent nodig had om de enquête in te vullen, stond op [www.prismant.nl/Bopz-enquête](http://www.prismant.nl/Bopz-enquête). Men trof hier ook de enquête aan, die men 'online' kon invullen. Vragen richtten zich op het activeren van de unieke code. Om te kunnen inloggen had de respondent een unieke code nodig die door Prismant direct of indirect aan de respondenten is verstekt. Deze code is opgebouwd uit een code voor het soort organisatie, type instelling, functie en een willekeurig volgnummer. Een voorbeeld van de unieke code die gebruikt zal gaan worden als inlogcode voor de 'enquête evaluatie Wet Bopz' is: 01-0100-21-01.
4. Onvermijdelijk deden zich ook enkele technische onvolkomenheden voor, zoals:
  - het inloggen (geen code, code al in gebruik, verkeerde code);
  - het vastlopen van het systeem, het ontbreken van antwoordcategorie(ën) bij een vraag of van de vraag bij de antwoordcategorieën;
  - het afsluiten van de enquête;
  - het bladeren: heen en terug;
  - het haperen van de printfunctie.

Deze technische onvolkomenheden hebben in een beperkt aantal gevallen er toe geleid dat de respondent is gestopt met het verder invullen van de enquête.
5. Routing. Om respondenten op de juiste manier door de vragenlijst te leiden, zijn sommige vragen verplicht gesteld. Vragen ter identificatie van de respondenten waren verplicht. Dit gold ook voor alle andere vragen die de routing door de vragenlijst bepaalden. De overige vragen waren facultatief. De techniek in de enquête inzake de routing door de enquête heeft niet altijd conform verwachting gewerkt. Het zijn vooral de rechters en officieren van justitie die – naar blijkt terecht - kanttekeningen plaatsten bij de opzet van de enquête: teveel vragen, te weinig (ruimte bij) open vragen en het tijdsbeslag van de enquête. Gelukkig stonden de voor hen bedoelde vragen aan het begin van de enquête, zodat vertekening van resultaten kon worden voorkomen door de resultaten per deelonderzoek te filteren voor de relevant geachte doelgroepen (zie bijlage II)
6. "Bias" en controle. Het opnemen van tegenstrijdige vragen is soms nodig om vooringenomenheid/(Bias) met betrekking tot de vraagstelling in het onderzoek te voorkomen. In een incidenteel geval blijkt een vraag verkeerd gelezen te zijn. Dubbele vragen zijn vragen die ervaren worden als dubbel gesteld en soms bedoeld zijn als controlevragen. Gezien het aantal keren dat dit item werd genoemd, moet sprake zijn geweest van onbedoelde dubbel gestelde vragen. Bij controle van de database blijkt dat met name rechters, officieren van justitie en aanpalende sectoren hier last van hebben gehad. Dit was vervelend voor de betrokkene. In sommige gevallen heeft dit de motivatie om de enquête af te maken negatief beïnvloed.
7. De inhoud van de enquête. Er is ook een aantal kritiekpunten geformuleerd met betrekking tot de inhoud van de enquête:

verkeerde formulering. Incidenteel is een voor de respondent niet passende formulering aangetroffen. Deze vragen zijn in de analyse buiten beschouwing gelaten,

- niet-relevante vragen: “veel vragen zijn niet voor mij bedoeld want ik moet te vaak de antwoordcategorie 'weet niet' invullen”;
  - onduidelijke formulering van vragen. De definitie van termen als de reguliere voorwaardelijke machtiging en herkomst ontbreekt bijvoorbeeld,
  - niet vragen naar ingediende wetsvoorstellen bijvoorbeeld inzake verruiming gevaarscriterium en de voorwaardelijke machtiging.
8. Responsetermijn. Het uitzetten in de vakantietijd oogste zowel kritiek als lof. In verband met de vakantieperiode is de oorspronkelijke responsetermijn verlengd met vier weken. In de maanden juli t/m medio september konden de respondenten de ingevulde enquête elektronisch aanleveren. De Bopz-enquête actief van 1 juli t/m 15 september 2006. Enkele instellingen hebben op het laatste moment aangegeven dat de medewerkers ondanks de verlenging van de responsetermijn de enquête toch niet op tijd konden invullen.
9. Herinneringsbrieven. Als gevolg van de indirecte mailing en in verband met de vakanties zijn regelmatig nazendingen gedaan, meestal nadat de herinneringsbrief was ontvangen en omdat de post niet altijd meteen op de juiste plek is terechtgekomen. Verlenging van de responsetermijn stelde de onderzoekers in staat om een tweede herinneringsbrief te versturen aan de betrokken instellingen en respondenten, hetgeen aantoonbaar heeft geleid tot een hogere response (zie Hoofdstuk 6).

### 5.3.6 **Eén enquête en één dataset.**

Bij het ontwikkelen van de enquête was er rekening mee gehouden dat alle onderzoeksgegevens binnen één dataset zouden worden ondergebracht. Prismant heeft deze dataset geëxporteerd uit EMS en geïmporteerd in SPSS (versie 12.0.1). Vervolgens is deze SPSS-database door Prismant gecontroleerd op juistheid, interne consistentie en volledigheid. Zo is bijvoorbeeld gecontroleerd op vragen van deelonderzoeken die respondenten uit de rechtspraak per ongeluk onder ogen hebben gekregen (vanwege de technische problemen). Het databestand is hiervoor gefilterd en opgeschoond. Deze ten onrechte verkregen onderzoeksgegevens zijn buiten beschouwing gelaten. Omwille van de uitlevering en interpretatie van de gegevens zijn door Prismant een aantal statistische bewerkingen uitgevoerd. (zie paragraaf 5.3.7. en 6.9.3)

### 5.3.7 **Gegevenstoelevering aan de onderzoekers**

Uiteindelijk zijn per deelonderzoek aan de coördinatoren in tabelvorm de relevante onderzoeksgegevens verstrekt door Prismant, alsmede de responseoverzichten per functie(-cluster) en per vraag. Dit geldt ook voor de open vragen en de antwoorden

op de antwoordcategorie 'anders', die door de inbrenger van de vraag nader zijn geanalyseerd. Bij de uitlevering van de tabellen is gefilterd voor respondenten die ten onrechte een vraag hebben voorgelegd gekregen.

Voor de interpretatie van de onderzoeksgegevens is ook de response per vraag van belang. Voor vragen waarop de respondent slechts één antwoord kon geven, is de response per vraag, dat wil zeggen het percentage respondenten dat de vraag heeft ingevuld, direct uit deze tabellen af te lezen. Deze response (n=10) is minimaal noodzakelijk om überhaupt iets te kunnen zeggen over de horizontale verdeling van de uitkomsten per variabele (in tabellen). De minimum celvulling daarbij is  $n \geq 3$ . Voor de interpretatie van de response op meerkeuzevragen, waarbij de respondent meer dan één antwoord kon geven, zijn frequentietabellen met de aantallen respondenten nageleverd. Deze nalevering ging gepaard met een toelichting op de interpretatie van de response van meerkeuzevragen. Op deze wijze heeft Prismant de onderzoeksgegevens aan de projectleiders van de deelonderzoeken aangeleverd.

## 5.5. Redenen voor non-response

In deze paragraaf zijn de belangrijkste redenen voor non-response op een rij gezet:

1. "Ik heb reeds medewerking verleend aan een ander deelonderzoek". Ter aanvulling op de enquête vindt middels interviews ook kwalitatief onderzoek plaats.
2. "Ik stel andere prioriteiten wegens tijdgebrek". Dit argument geldt met name voor de rechtspraak.
3. "Het invullen van de enquête vormt een te grote aanslag op mijn tijd". Het invullen van de enquête kost tenminste een half uur en kan afhankelijk van de functie oplopen tot één uur of meer. Voor respondenten die veel open vragen wilden beantwoorden (invultijd) en/of verder afstaan van de Bopz-praktijk (denktijd) was het tijdsbeslag groter.
4. "Ik houd ermee op". In het geval van het dubbel bevragen bij technische onvolkomenheden is de motivatie tanende. Uit de responseoverzichten per vraag (zie § 5.7) wordt duidelijk welke invloed dit heeft gehad op de onderzoeksresultaten.
5. Logistieke redenen (indirecte mailing, zomervakantie, problemen met inloggen, instabiliteit van het enquête managementsysteem etc.). Om dergelijke problemen voor te zijn heeft het Bopz-onderzoeksteam een helpdesk ingericht. Regelmatig is bijvoorbeeld bij het zoekraken van de post - zo blijkt uit het rappelleren - de enquête via de e-mail nagezonden.
6. Te geringe betrokkenheid bij de uitvoering van de Wet Bopz. Dit argument geldt met name voor de kleinere zorginstellingen.

Het instellen van de helpdesk en het geven van een toelichting op vragen over het doel van het onderzoek, de onderzoeksopzet, de inhoud van de enquête en ondersteuning bij het elektronisch invullen van de enquête, hebben de response in

positieve zin beïnvloed. Alle betrokken landelijk vertegenwoordigende organisaties zijn nagebeld met het verzoek alsnog te responderen. Een positieve invloed op de response bood de mogelijkheid om de enquête gezamenlijk in te vullen. Ook het versturen van herinneringsbrieven heeft responseverhogend gewerkt. De oproep tot invullen van de enquête die de leden van de derde evaluatiecommissie hebben gedaan aan hun achterban heeft eveneens geholpen.

## 6. Profiel van de respondenten

### 6.1 De onderzoekspopulatie

Voor dit evaluatieonderzoek geldt dat de keuze van de respondentengroepen is gebaseerd op de aanwezigheid van specifieke kennis over de Wet Bopz uit hoofde van hun functie en praktische ervaring met de Wet Bopz. Dit kenmerk, betrokkenheid bij de Wet Bopz, bepaalt of een respondent wel/niet tot de onderzoekspopulatie behoort. Zo zijn voor de beantwoording van de onderzoeksvragen op landelijk niveau vooraf 23 respondentengroepen onderscheiden. Binnen deze respondentengroepen zijn de Bopz-enquêtes evenredig verdeeld over 19 arrondissementen, en aselectief uitgezet. In totaal zijn in eerste instantie 3349 respondenten geselecteerd om een enquête in te vullen, waarvan 2889 respondenten zijn aangeschreven. De Bopz-enquête is ingevuld door 643 respondenten.

De indeling van functies in functiegroepen is hierna weergegeven in de response-tabellen per functiecluster. Het betreft de rechtspraak (rechters en officieren van justitie), de rechtshulp (advocaten en patiëntenvertrouwenspersonen) de zorg (zorgprofessionals), cliënten, familie, aanpalende sectoren (eerste lijn, openbare gezondheidszorg, gemeenten en politie) en overigen (alle niet bij de directe patiëntenzorg betrokken professionals en de overige landelijke vertegenwoordigende organisaties). Waar mogelijk worden de onderzoeksgegevens op functie- en/of arrondissementniveau gebruikt ter onderbouwing van de aangetroffen clusterverschillen.

### 6.2 De rechtspraak

Binnen de rechtspraak varieert de response op de verstuurdde enquêtes van 40% voor rechters tot 84% voor hoofdofficieren van justitie. Dit cluster heeft 47% van de uitgezette enquêtes ingevuld. In totaal hebben 38 van de 95 rechters de enquête ingevuld (n=38). Dit komt neer op gemiddeld twee rechters per arrondissement. Bij de parketten hebben 16 van de 19 hoofdofficieren van justitie de Bopz-enquête ingevuld. De response onder hoofdofficieren van justitie (n=16) is nagenoeg volledig indien rekening gehouden wordt met de non-response vanwege medewerking aan de interviews. In totaal hebben 54 respondenten (n=54) in het cluster rechtspraak (N=114) de enquête ingevuld, zo blijkt uit tabel 6.1.



**Tabel 6.1** Responseoverzicht cluster Rechtspraak

Functies per functiecluster	Enquêtes		Response (n=54)	
	Aantal uitgezette enquêtes na bijstelling	Aantal Respondenten n	Uitgezette enquêtes %	Gemiddeld aantal respondenten per arrondissement
Cluster Rechtspraak				
Rechter	95	38	40	2,0
Officier van justitie	19	16	84	0,8
Totaal Rechtspraak	114	54	47	2,8

### 6.3 De rechtshulp

Binnen de rechtshulp varieert de response op de verstuurde enquêtes van 27% voor advocaten tot 54% voor patiëntenvertrouwenspersonen. Het gaat om 54 respondenten (n=54) van de in totaal 147 in dit cluster uitgezette enquêtes (N=147). De gemiddelde response in dit cluster is 37%. Via de vijf Raden voor de Rechtsbijstand zijn 95 advocaten (N=95) benaderd, waarvan 26 advocaten de Bopz-enquête heeft ingevuld. Dit komt neer op gemiddeld 1,4 advocaten per arrondissement. Bij de patiëntenvertrouwenspersonen (N=52) gaat het om 28 respondenten (n=28). In totaal hebben 54 respondenten (n=54) in het cluster rechtshulp (N=147) de enquête ingevuld, zo blijkt uit tabel 6.2.

**Tabel 6.2** Responseoverzicht cluster Rechtshulp

Functies per functiecluster	Enquêtes		Response (n=54)	
	Aantal uitgezette enquêtes na bijstelling	Aantal Respondenten n	Uitgezette enquêtes %	Gemiddeld aantal respondenten per arrondissement*)
Cluster Rechtshulp				
Advocaat	95	26	27	1,4
Patiëntenvertrouwenspersoon	52	28	54	1,5
Totaal Rechtshulp	147	54	37	2,8

Noot: \*) In verband met afronding is het totaal niet gelijk aan de som van de afzonderlijke gemiddelden.

### 6.4 De zorg

De zorg wordt weergegeven vanuit het perspectief van de zorgaanbieders. Centraal staan daarbij de professionals in de zorg, die in dienst zijn bij een GGZ-instelling. Het aantal professionals in de zorg met Bopz-ervaring is op landelijk niveau niet bekend. Omdat de meeste professionals in de geestelijke gezondheidszorg op enigerlei

verbonden<sup>9</sup> zijn aan een psychiatrische instelling in Nederland, zijn de Raden van Bestuur van alle GGZ-instellingen aangeschreven met het verzoek om per functie en per locatie een aselectief aantal respondenten te selecteren en hen te verzoeken om de Bopz-enquête elektronisch in te vullen. Op deze wijze zijn binnen de GGZ-instellingen 1710 enquêtes uitgezet onder behandelaars en andere zorgverleners en hebben 337 respondenten (n=337) gehoor gegeven aan de oproep om de Bopz-enquête in te vullen. Dit komt neer op bijna 18 respondenten per arrondissement, zie tabel 6.3.

**Tabel 6.3:** Responseoverzicht cluster Zorg I

Functies per functiecluster	Enquêtes		Response (n=337)	
	Aantal uitgezette Enquêtes na bijstelling	Aantal Respondenten n	Uitgezette enquêtes %	Gemiddeld aantal respondenten per arrondissement*)
Cluster Zorg I				
Geneesheer-directeur/ eerstverantwoordelijk geneeskundige	116	57	49	3
Behandelend psychiater (al dan niet in opleiding) (Sociaal)psychiatrisch verpleegkundige/ psychiatrisch verzorgende	666	129	19	6,8
Psycholoog	116	17	15	0,9
Maatschappelijk werker	348	41	12	2,2
Totaal Zorg I	1710	337	20	17,7

Noot: \*) In verband met afronding is het totaal niet gelijk aan de som van de afzonderlijke gemiddelden.

In deze rapportage zijn de functies (sociaal-)psychiatrisch verplegenden en verzorgenden samengevoegd tot één nieuwe functie vanwege te kleine aantallen. Op basis van de nieuwe functie-indeling variëren de responsepercentages van minimaal 12% tot 49% per functie. De gemiddelde response op het aantal uitgezette enquêtes in dit cluster is na bijstelling 20% (N=1.710).

## 6.5 De cliënten

Het cliëntenperspectief wordt verwoord door leden van de cliëntenraden, landelijke patiëntenverenigingen en in geval van allochtone cliënten, de tolken. Middels de

9 Om dubbeltellingen te voorkomen blijven de vrijgevestigden buiten beschouwing.

raden van bestuur van de GGZ-instelling zijn uiteindelijk 50 enquêtes uitgezet onder cliëntenraden. In totaal hebben 18 cliëntenraden (al dan niet in gezamenlijkheid) de Bopz-enquête ingevuld. Gemiddeld heeft per arrondissement dus bijna één lid van de cliëntenraad de Bopz-enquête ingevuld. Opmerkelijk is dat geen enkele tolk de Bopz-enquête heeft ingevuld, ondanks diverse pogingen om deze respondentgroep te bereiken. In deze rapportage blijft deze functie derhalve verder buiten beschouwing. De response bij de landelijke patiëntenverenigingen is beperkt (n=5), doch representeert een relatief grote achterban van circa 65.000 leden. De responsegegevens van de landelijke patiëntenvereniging worden om die reden apart vermeld in de responsetabel, maar worden bij rapportage samengevoegd met response van de (instellingsoverstijgende) cliëntenraden. In totaal hebben 23 cliëntenvertegenwoordigende organisaties (n=23) de Bopz-enquête ingevuld. De gemiddelde response in dit cluster is 40%. Zie tabel 6.4.

**Tabel 6.4:** Responseoverzicht cluster Cliënten

Functies per functiecluster	Enquêtes		Response (n=54)	
	Aantal uitgezette enquêtes na bijstelling	Aantal respondenten n	Uitgezette enquêtes %	Gemiddeld aantal respondenten per arrondissement
Cluster Cliënten				
Lid van Cliëntenraad	50	18	36	0,9
Lid van landelijke patiëntenvereniging	7	5	71	-
Tolk	-	0	0	-
Totaal Cliënten	57	23	40	-

## 6.6 De familie

Het perspectief van de familie is verwoord door leden van familieraden en de landelijk vertegenwoordigende organisaties van familie. Middels de raden van bestuur van de GGZ-instelling hebben 30 enquêtes hun weg naar de familieraden gevonden. In totaal hebben 10 familieraden de Bopz-enquête (al dan niet in gezamenlijkheid) ingevuld. De gemiddelde response in het cluster familie is 32%. Zie tabel 6.5.

**Tabel 6.5:** Responseoverzicht cluster Familie

Functies per functiecluster	Enquêtes		Response (n=10)	
	Aantal enquêtes na bijstelling	Aantal respondenten n	Uitgezette enquêtes %	Gemiddeld aantal respondenten per arrondissement
Cluster Familie				
Lid van de Familieraad	31	10	32	0,5
Totaal Familie	31	10	32	-

## 6.7 Aanpalende sectoren

Op mesoniveau zijn 25 regionale politiekorpsen en tenminste 27 gemeenten (via het driehoeksoverleg), 42 instellingen in de eerste lijn of openbare gezondheidszorg benaderd voor deelname aan de elektronische enquête. Bij deze instellingen zijn 427 enquêtes uitgezet, waarop 87 ingevulde enquêtes zijn terugontvangen.

De gemiddelde response bij aanpalende sectoren is gemiddeld 23%.

Bij de politie zijn de korpschefs aangeschreven. Aangezien elke politieregio weer is onderverdeeld een aantal districten, basiseenheden, afdelingen of wijkteams, zijn het niet alleen korpschefs die de enquête hebben ingevuld. In totaal zijn er 150 enquêtes uitgezet. De response hierop ligt met 36 respondenten op 24%.

De gemeenten zijn via het driehoeksoverleg benaderd. Als zodanig is de burgemeester als voorzitter van het driehoeksoverleg (N=27) gevraagd om de Bopz-enquête in te (laten) vullen. In totaal zijn 162 enquêtes uitgezet. Van de 33 ingevulde enquêtes zijn er 15 enquêtes door de burgemeesters zelf ingevuld. De overige 18 enquêtes zijn ingevuld door een andere gemeenteambtenaar niet werkzaam zijnde bij GGD, politie of in de functie van burgemeester. Per arrondissement heeft gemiddeld 1,7 gemeente de enquête ingevuld. De response bij gemeenten ligt op gemiddeld 20%.

Het onderzoek in de eerstelijns- en openbare gezondheidszorg beperkt zich tot huisartsen en GGD-artsen. Hiertoe zijn 7 regionale huisartsenbureaus en de landelijke huisartsenvereniging (LHV) gevraagd om één Bopz-enquête in te vullen. Ook alle 35 GGD's is gevraagd om de enquête te verspreiden onder een manager, beleidsmedewerker en een arts. Van alle 116 uitgezette enquêtes is 18% ingevuld door artsen. Gemiddeld is dit meer dan één respondent per arrondissement. Zie tabel 6.6.

**Tabel 6.6:** Responseoverzicht cluster Aanpalende sectoren

Functies per functiecluster	Enquêtes		Response (=87)	
	Aantal enquêtes na bijstelling	Aantal respondenten n	Uitgezette enquêtes %	Gemiddeld aantal respondenten per Arrondissement*)
Cluster Aanpalende sectoren				
Korpschef regiopolitie	150	33	22	1,7
Burgemeester/ gemeenteambtenaar	162	15 + 18	20	1,7
Onafhankelijk (GGD-)arts, niet zijnde in dienst van een GGZ-instelling	116	21	18	1,1
Totaal Aanpalende sectoren	428	87	20	4,6

Noot: \*) In verband met afronding is het totaal niet gelijk aan de som van de afzonderlijke gemiddelden.

## 6.8 Zorg II

In het cluster Zorg II zijn in totaal 68 (n=68) van de 352 enquêtes (N=352) geretourneerd aan de onderzoekers. De response varieert van 12% onder raden van bestuur tot 44% onder klachtencommissies. Zie tabel 6.7.

Op macroniveau zijn 20 landelijk werkende koepel- of brancheorganisaties benaderd om de enquête in te vullen. De response hierop is zeer beperkt, mogelijk omdat een aantal van deze organisaties al zitting hebben in de evaluatiecommissie, dan wel via andere onderzoeksmethoden bij het evaluatieonderzoek zijn betrokken. Omwille van de privacy worden deze organisaties niet met naam en toenaam genoemd.

Ook de response bij zelfstandige RIAGG's, RIBW's, instellingen voor maatschappelijke opvang en niet nader gespecificeerde woonvormen is te beperkt voor aparte vermelding en is samengevoegd met de overige respondenten in de categorie anders/ niet-erkende Bopz-instelling.

De gemiddelde response van 22% is lastig te interpreteren, omdat dit cluster een relatief grote differentiatie aan functies omvat.

**Tabel 6.7:** Responseoverzicht cluster Zorg II

Functies per functiecluster	Enquêtes		Response (=78)	
	Aantal Enquêtes na bijstelling	Aantal Respondenten n	Uitgezette enquêtes %	Gemiddeld aantal respondenten per Arrondissement*)
Raad van bestuur van een GGZ-instelling	232	27	12	1,4
Lid van de klachtencommissie	50	22	44	1,2
Landelijke branche- of koepelorganisaties, incl. IGZ	20)*	3	15	0,2
Anders / niet Bopz erkende instelling	50	26	-	1,4
<b>Totaal Zorg II</b>	<b>352</b>	<b>78</b>	<b>22</b>	<b>4,1</b>

Noot: \*) In verband met afronding is het totaal niet gelijk aan de som van de afzonderlijke gemiddelden.

## 6.9 Betrouwbaarheid van de onderzoeksresultaten

Rekening houdend met de eisen betreffende betrouwbaarheid en nauwkeurigheid is bij consumentenonderzoek landelijk een response van 10% gebruikelijk. Dit geldt voor de response op functieniveau. Voor dit evaluatieonderzoek geldt dat de keuze van de respondentengroepen is gebaseerd op de gerichte steekproefmethode, waarbij het respondentenkenmerk ‘betrokkenheid bij de Wet Bopz’ bepaalde of een respondent wel/niet tot de onderzoekspopulatie behoorde, en zo ja, bij welk functiecluster de respondent werd ingedeeld. Uit analyse van de non-response blijkt dat met het uitzetten van 2889 (voor correctie 3349) enquêtes zoveel Bopz-betrokken respondenten (n=643) zijn bereikt, dat een zeker verzadigingsniveau was bereikt. Dit gold zeker voor de rechtspraak, waar het aantal mogelijke respondenten beperkt was. De response lag daar relatief het hoogst (47%). In de zorg is de onderzoekspopulatie groter, en zijn er verhoudingsgewijs meer respondenten (in absolute zin). De response bij clusters Rechtshulp en Cliënten ligt rond de 40%. Voor de andere clusters ligt de response op 20% of hoger. Het overzicht van de response per functiecluster is opgenomen in tabel 6.8.

**Tabel 6.8:** Responseoverzicht per functiecluster

Functiecluster	Enquêtes		Response (n=643)		
	Aantal uitgezette enquêtes	Aantal enquêtes na bijstelling	Aantal respondenten n	Uitgezette enquêtes %	Gemiddeld aantal respondenten per arrondissement
Rechtspraak		114	54	47	2,8
Rechtshulp		147	54	37	2,8
Zorg		1710	337	20	17,7
Cliënten		57	23	40	-
Familie		32	10	31	-
Aanpalende sectoren		427	87	20	4,6
Zorg II		352	78	22	-
Totaal	3449	2889	643	22	-

### 6.9.1 Maximale haalbare response

De maximaal haalbare response per thema en functiecluster is weergegeven in het volgende overzicht:

Deelonderzoek (genummerd)		Maximale response per functiecluster						
Nr.	Opbouw enquête	Recht- spraak	Rechts- hulp	Zorg I	Cliënten	Familie	Aanpalende sectoren	Zorg II
	Profiel respondenten (n=643)	x	x	x	x	x	x	x
8	Voorlichting (n=643)	x	x	x	x	x	x	x
4	Grensvlakken (n=532)	x	x	x	x	x	x	x
2	Dwang en drang Rechtspraak (n=80)	x	x					
2	Dwang en drang buiten de instelling (n=405)	x	x	x	x	x		x
3	Dwangtoepassing binnen de instelling (n=541)		x	x	x	x		x
3	Cliënten (n=75)		x	x	x	x		x
8	Discussie (n=643)	x	x	x	x	x	x	x
	Totaal (n=643)	n=54	n=54	n=337	n= 23	n=10	n=87	n=78

### 6.9.2 Response per vraag

De response per vraag wisselt om een aantal redenen:

1. niet elke vraag is gesteld aan dezelfde functiegroepen;
2. niet elke respondent heeft op het betreffende vraag geantwoord;
3. niet elke respondent heeft evenveel antwoorden gegeven op een meerkeuzevraag.

Daarom zijn per variabele responseoverzichten (n-counts) opgesteld en meegeleverd met de tabellen. Bij de uitlevering van de tabellen is gefilterd voor respondenten die ten onrechte een vraag hebben voorgelegd gekregen. Deze response (n=10) is minimaal noodzakelijk om überhaupt iets te kunnen zeggen over de horizontale verdeling van de uitkomsten per variabele (in tabellen). De minimum celvulling daarbij is  $n \geq 3$ .

Uit de responseoverzichten blijkt het volgende:

- Na de introductie op de enquête zijn de vragen ter identificatie van de respondent goed beantwoord. De response op deze veelal verplichte profielvragen is 95 tot 100%.
- Bij Dwang en drang Rechtspraak (n=80) varieert de response op de meeste vragen (waaronder die over de voorwaardelijke machtiging) van n= 42 tot n=57, met uitzondering van de vraag over de paraplu-machtiging. Daarmee bevindt de response zich rond n=50 grens die als betrouwbaarheidseis wordt gesteld bij het weergeven en interpreteren van procentuele verdelingen. Onder deze betrouwbaarheidsgrens worden de uitspraken over de verdeling van de resultaten (totaal=100%) meer kwalitatief van aard.
- Bij Dwang en drang buiten de instelling (n=405) varieert de response op de gestelde vragen meestal tussen de 61% en de 75%. De absolute aantallen variëren van 303 tot 209, en liggen bij doorvragen ongeveer op 100 respondenten. Een uitzondering betreft open vragen of de antwoorden op antwoordcategorie 'anders': de response ligt hier veelal lager dan 50%. Daarmee bevindt de response zich rond het percentage (60%) dat bij het uitzetten van de enquête werd verwacht.
- Het aantal respondenten bij Dwang en drang binnen de instelling (n=540) liggen gemiddeld 100 respondenten hoger dan bij Dwang en drang buiten de instelling.
- Het responsepercentage bij Dwang en drang cliënten varieert tussen de 50% en de 70%, behalve bij doorvragen. Meestal liggen de absolute aantallen boven de dertig respondenten, die vereist zijn om te mogen aannemen dat er sprake is van een normale verdeling. Bij minder dan 10 respondenten zijn uitspraken over de verdeling van de resultaten niet meer verantwoord. Daarboven zijn de uitspraken tentatief.
- Voor de Discussie ligt de response op de gestelde vragen meistens tussen de 60% en de 80%. Uitzonderingen hierop zijn de vragen over het functioneren van de Wet Bopz (58%) en de behandelwet (51%) en bij het doorvragen.
- De vragen over kwantitatieve gegevens aan het eind van het onderzoek zijn niet aan alle respondenten gesteld. De aantallen respondenten variëren met de mate van betrokkenheid bij het onderwerp. De response per vraag ligt over het algemeen boven de 50%. Alleen de vragen over het aantal overwogen lbs omzettingen (31%) en de voorwaardelijke machtiging en de klachtencommissie, lag de response relatief laag.



- Tot slot. De response op de vragen naar de omvang van gemeenten (12%) en de mate van stedelijkheid (14%) is te laag om hieraan conclusies te verbinden. De persoonlijke vragen die aan het eind van de enquête zijn gesteld zijn, zijn iets minder goed ingevuld. De response per vraag ligt rond de 70%.

### 6.9.3 Significante verschillen

Om vast te stellen of er sprake is van een significante verschil in de gemiddelde tussen de clusters, is getoetst aan de hand van de F-waarde. De F-waarde is de verhouding tussen de gemiddelde binnenvariantie (within groups) en de gemiddelde tussenvarianten (between groups) is uitgedrukt in Sum of Squares. De gevonden verschillen zijn niet significant, als de kans dat de gevonden verschillen op toeval berusten groot is. Dit geldt voor een F-waarde, waarbij de  $p \geq 0,005$ . De one way ANOVA (Analysis Of Variance) is toegepast wanneer sprake was van één factor, bij meerdere factoren was een two way-toets aangewezen. Zo bestaan er wel significante verschillen tussen de clusters met betrekking tot de kennis van de Wet Bopz als het gaat om:

1. de kennisgebieden zoals:
  - a. wetten die een mogelijke overlap met de Wet Bopz hebben: Awb, Wgbo;
  - b. de toepassing van de Wet Bopz: buiten én binnen de instelling;
  - c. werkvelden, waarmee professionals in de zorg uit hoofde van de Wet Bopz functioneel in aanraking komen, te weten: gemeenten en politie; justitiële organisaties.
2. Informatiebehoefte:
  - a. praktijkervaringen/toepassingsmogelijkheden;
  - b. wetswijziging inzake zelfbinding.
3. Toepassingsbereik of cliëntengroepen:
  - a. tot uiting komend in de kindertijd/ adolescentie;
  - b. schizofrenie;
  - c. waanstoornissen.
4. Criteria:
  - a. (met aan zekerheid grenzende waarschijnlijkheid) gevaar;
  - b. causaal verband tussen geestesstoornis en gevaar.
5. Procedure:
  - a. uit te voeren activiteiten; uitvoeringseisen;
  - b. verantwoordelijkheidsverdeling.
6. Voorwaarden:
  - a. geneeskundige verklaring;
  - b. bereidheid tot naleving afspraken binnen het ziekenhuis;
  - c. behandeling conform behandelplan.

De significante verschillen in kennisniveau tussen de clusters (ad 1) vormen een bevestiging voor het terecht uitvoeren van de deelonderzoeken 'Dwang en drang

buiten de instelling' en 'Dwangtoepassing binnen de instelling'. Het toont namelijk aan dat de vragen gesteld zijn aan degenen die deskundig zijn op het betreffende onderwerp én de vragen kunnen beantwoorden én op basis van hun ervaring met de feiten terzake deskundig oordeel hebben. De beeldvorming laat significante verschillen tussen de clusters zien als het gaat om de volgende variabelen:

1. Knelpunten
  - a. Beperkte behandelmogelijkheden.
  - b. Redenen beperking behandelmogelijkheden:
    1. Instemmingsvereiste cliënt met behandelplan;
    2. Toets op actualiteit i.p.v. behandelbaarheid;
    3. Welke indirecte knelpunten.
  - c. Welke indirecte knelpunten:
    1. Er wordt onvoldoende gebruik gemaakt van behandelmogelijkheid.
  
2. Verbeterpunten Wet Bopz:
  - a. Mogelijkheden van dwangbehandeling;
  - b. Zorgaanbod;
  - c. Organisatorische aspecten;
  - d. Zorgmijders die ernstig dreigen te verkommeren;
  - e. Meer interventies.
  
3. Kritiepunten Wet Bopz:
  - a. Complex
  - b. Omslachtig
  - c. Aansluiting
  - d. .Onvoldoende ruimte
  - e. Criteria
  - f. Instemmingsvereiste
  - g. Ziekte-inzicht
  - h. Grenzen gedrag/drugs
  - i. Rol wettelijk vertegenwoordiger
  - j. Klachtencommissie
  - k. Bereidheidscriterium
  - l. Administratieve lasten
  - m. Geen kritiepunten.
  
4. Meninge Wet Bopz:
  - a. Voldoende ruimte voor zorg
  - b. Criteria ruim genoeg
  - c. Inconsistent
  - d. Onduidelijkheid onder hulpverleners
  - e. De Wet Bopz spoort niet meer

- f. Dwangopname en dwangbehandeling
  - g. Altijd een rechterlijke machtiging vereist
  - h. Rechtsgang in Bopz-procedures is niet optimaal.
5. Beoordeling Wet Bopz:
- a. Te repareren
  - b. Onoverzichtelijk: nieuwe wet noodzakelijk
  - c. Niet meer van deze tijd: nieuwe wet noodzakelijk
  - d. Wet Bopz functioneert adequaat
  - e. Welke aspecten in een nieuwe wet:
    - 1. Welke interventies de cliënt moet gedogen;
    - 2. Welke vrijheidsbeperkende maatregelen de cliënt moet gedogen;
    - 3. Wanneer sprake zal zijn van dwang;
    - 4. Welke mate van bemoeizorg en controle van toepassing zijn;
    - 5. Waar de cliënt zelf voor moet zorgen.
  - f. Welke interventies in een nieuwe wet:
    - 1. Bemoeizorg
    - 2. Drang
    - 3. Dwang
    - 4. Dwangbehandeling
    - 5. Dwangopname

## 6.10 Beschrijving van profielkenmerken

Om met enige zekerheid te kunnen vaststellen of de respondenten voldoen aan de criteria die bij de selectie van de steekproef zijn (zie Hoofdstuk 5), worden in deze paragraaf de belangrijkste persoonlijke kenmerken beschreven. Centraal staat het aantal ervaringsjaren, daarnaast wordt kort ingegaan op de kenmerken opleiding, GGZ-werkveld en etniciteit. Tezamen geven deze kenmerken een beeld van het gemiddelde profiel van de respondenten.

### 6.10.1 Betrokkenheid met de Wet Bopz

Van de respondenten heeft 76% het aantal ervaringsjaren opgegeven, zo blijkt uit tabel 6.9. Gegeven het aantal jaren dat de respondenten aangaven ervaring met de Wet Bopz te hebben, blijkt dat circa 55% beschikte over heel veel ervaring (meer dan 10 jaar ervaring), 21% over veel ervaring (3 tot 9 jaar). 18% van de respondenten heeft een beperktere ervaring opgebouwd (minder dan 3 jaar). Op basis van deze ervaring mag aangenomen worden dat de respondenten de Wet Bopz op haar merites kunnen beoordelen.

**Tabel 6.9:** De verdeling van respondenten naar ervaring met de Wet Bopz

Ervaring met de Wet Bopz	Respondenten	
	Aantal	%
Minder dan 1 jaar ervaring	22	5
Tussen de 1 en 3 jaar ervaring	64	13
Tussen de 3 en 6 jaar ervaring	63	13
Tussen de 6 en 9 jaar ervaring	46	9
Tussen de 9 en 12 jaar ervaring	71	15
Meer dan 12 jaar ervaring	197	40
Weet niet	25	5
Totaal	488	100

### Opleiding

Van de behandelaars (n=127) is 9% nog in opleiding.

### Leeftijd en geslacht

De verdeling van de respondenten over de verschillende leeftijdscategorieën is als volgt:

Leeftijd	Respondenten	
	Aantal	%
20 jaar t/m 29 jaar	22	5
30 jaar t/m 39 jaar	76	16
40 jaar t/m 49 jaar	162	33
50 jaar t/m 65 jaar	217	45
65 jaar en ouder	8	2
Totaal	485	100

Van alle respondenten is 64% van het mannelijk geslacht, 36% is vrouw.

### Etniciteit

De respondenten (n=483) rekenen zichzelf in 94% van de gevallen tot de Nederlandse bevolkingsgroep. Van de overige respondenten geeft 3% aan zichzelf tot zowel de Nederlandse bevolkingsgroep als een andere etnische bevolkingsgroep te behoren. Slechts 1% van de respondenten geeft aan tot een andere etnische groep te behoren en 2% heeft hierover geen mening.

### GGZ-werkveld

Voor de zorg is van alle respondenten bekend in welk GGZ-werkveld zij het meest werkzaam zijn. Meer dan de helft van de respondenten is vooral intramuraal

werkzaam (57%). Bijna een kwart van de zorgprofessionals is vooral extramuraal werkzaam (20%). De overige zorgprofessionals (23%) is in gelijke mate intramuraal en extramuraal werkzaam. De psychiaters (129) zijn relatief gezien iets vaker extramuraal werkzaam dan alle zorgprofessionals, namelijk 26%.

### 6.10.2 Regionale invalshoek

Het aantal respondenten per functie wisselt zodanig dat rapportage van de onderzoeksresultaten op het niveau van de arrondissementen niet verantwoord is. De non-response op de vraag "In welke gebied of arrondissement bent u meestal werkzaam" is het hoogst bij de cliënten en familie (>50%), vermoedelijk vanwege de privacy-gevoeligheid van het onderwerp. Daarom is de response per functiecluster en per ressort gepresenteerd (zie tabel 6.10). Vanwege de wisselende response per ressort en de relatief kleine omvang van de meeste functieclusters worden in deze rapportage ook op ressortniveau geen uitspraken gedaan over eventuele regionale verschillen.

**Tabel 6.10:** Responseoverzicht, geclusterd naar ressort en functiecluster

Ressort	Amsterdam	Arnhem	Leeu- warden	's-Graven- hage	's-Hertogen- bosch	niet bekend	Nederland Totaal)*
Functiecluster	(n=104) %	(n=91) %	(n=52)%	(n=58) %	(n=91) %	(n=233) %	(n=643) %
Rechtspraak	4	24	9	6	11	44	100
Rechtshulp	20	7	4	15	15	37	100
Zorg	19	13	10	10	17	30	100
Cliënten	13	0	4	9	9	57	100
Familie	20	10	0	0	0	70	100
Aanpalende sectoren	14	24	8	7	10	35	100
Zorg II	12	13	4	9	12	50	100
Totaal	16	14	8	9	14	36	100

Noot: )\* inclusief respondenten die vooral landelijk werkzaam zijn (n=14).

## Literatuur

- Baarda, D.B. & M.P.M. de Goede (2006). *Basisboek Methoden en Technieken*. 4<sup>de</sup> geheel herziene druk. Groningen/Houten: Wolters-Noordhoff.
- Baarda, D.B., De Goede, M.P.M. & C.J. Van Dijkum (2003). *Basisboek Statistiek met SPSS*. 2<sup>de</sup> geheel herziene druk. Groningen/Houten: Wolters-Noordhoff.
- Deurloo M.C. & H.J. Scholten. *Berekenen van de omvang van steekproeven*. Collegedictaat afdeling methoden en technieken. Amsterdam: VU-Sociale geografie.
- Huizingh, E. (1995). *Inleiding SPSS voor Windows*. Schoonhoven: Academic Service.
- Inspectie voor de Gezondheidszorg (2002). Diverse Bulletins, w.o. Melden in het kader van de Wet Bopz aan de IGZ, zie: [www.igz.nl/dossiers/14861/bulletinswetbopz/96965/](http://www.igz.nl/dossiers/14861/bulletinswetbopz/96965/)
- Ministerie van VWS (2006). Diverse voorlichtingsbrochures over Wet Bopz en specifieke aspecten van de Wet Bopz. zie: <http://www.minvws.nl/dossiers/bopz/brochures-en-internetlinks/>
- Moore, David S. & G. P. McCabe (1994). *Statistiek in de praktijk*. Schoonhoven: Academic Service.
- Seegers, J.H.G. (1977). *Sociologische onderzoeksmethoden*. 2<sup>de</sup> druk. Assen/Amsterdam: Van Gorcum.
- Swanborn, P.G. (1981). *Methoden van sociaal-wetenschappelijk onderzoek. Inleiding in ontwerpstrategieën*. Meppel: Boom.

## Bijlage I: Respondentenmatrix ten behoeve van de enquête

### Legenda:

Vraag gesteld aan: functie = Korpschef / regiopolitie

Vraag niet gesteld aan: ! functie = Korpschef / regiopolitie

N=aantal respondenten

**Categorieën** n = aantal respondenten per categorie

**Profiel respondenten** N = 643

**Voorlichting** N = 643

**Grensvlakken** N = 532

functie = Korpschef / regiopolitie

functie = Burgemeester

functie = Gemeentebestuurder, niet zijnde werkzaam bij politie, GGD of in de functie van burgemeester

functie = (Onafhankelijke) arts, niet zijnde in dienst van een GGZ-instelling

functie = Rechter

functie = Officier van justitie

functie = Geneesheer-directeur/ eerst verantwoordelijk geneeskundige

functie = Behandelend psychiater (al dan niet in opleiding) van een GGZ-instelling

functie = (Sociaal) psychiatrisch verpleegkundige van een GGZ-instelling

functie = Psychiatrisch verzorgende van een GGZ-instelling

functie = Psycholoog van een GGZ-instelling

functie = Maatschappelijk werker van een GGZ-instelling

functie = Raad van bestuur van een GGZ-instelling

functie = Overige medewerker van een GGZ-instelling

functie = Patiëntenvertrouwenspersoon

functie = Advocaat

functie = Regionaal (Bopz) inspecteur gezondheidszorg

functie = Lid van de Familieraad

functie = Lid van een landelijke patiëntenvereniging

functie = Woordvoerder landelijke branche- / koepelorganisatie

functie = Lid van de Cliëntenraad

functie = Lid van de klachtencommissie

**Categorieën** n = aantal respondenten per categorie

**Dwang & drang Rechtspraak** N = 80

functie = Rechter

functie = Officier van Justitie

functie = Advocaat

**Dwang en drang buiten de instelling      N = 405**

GGZ-werkveld != Vooral intramuraal werkzaam

Woordvoerder profiel = GGD Nederland

Woordvoerder profiel = Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie

Woordvoerder profiel = Nederlandse vereniging voor Psychotherapie

Woordvoerder profiel = Algemene Vereniging verpleegkundigen en verzorgenden

Woordvoerder profiel = Landelijke Huisarts Vereniging

Woordvoerder profiel = Nederlandse Instituut voor Psychologen

**Dwangtoepassing binnen de instelling      N = 541**

GGZ-werkveld != Vooral extramuraal werkzaam

Woordvoerder profiel = GGZ Nederland

Woordvoerder profiel = Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie

Woordvoerder profiel = Nederlandse vereniging voor Psychotherapie

Woordvoerder profiel = Algemene Vereniging verpleegkundigen en verzorgenden

Woordvoerder profiel = Nederlandse Instituut voor Psychologen

Woordvoerder profiel = Stichting Patiëntenvertrouwenspersoon Geestelijke

Gezondheidszorg

Woordvoerder profiel = Zorgverzekeraars Nederland

**Cliënten      N = 75**

functie = Lid van de Cliëntenraad

functie = Lid van de Familieraad

functie = Lid van de klachtencommissie

functie = Advocaat

woordvoerder profiel = Landelijke familievereniging

functie = Lid van een landelijke patiëntenvereniging

**Dwang en drang Tolken      N = 0**

functie = Tolk

Woordvoerder profiel = Vereniging van Tolken / Tolken beroepsvereniging

**Discussie      N = 643**

functie != Tolk

Woordvoerder profiel != Vereniging van Tolken / Tolken beroepsvereniging

**Enkele basisgegevens      N=variabel**

**Tot slot      N = 643**



## Bijlage II: Berekenen van de omvang van de steekproeven

De omvang van de totale doelgroep is op landelijk niveau voor de meeste doelgroepen wel bekend. Over de mate van betrokkenheid van de doelgroep bij het functioneren van de Wet Bopz bestaat minder zekerheid.

*Indien de aantallen betrokken respondenten per doelgroep, oftewel de omvang van de respondentengroep ( $N$ =populatie), bekend is:* is de steekproef gebaseerd op het verwachte voorkomen ( $P$ =percentage in de populatie met die een specifieke kenmerk).

*Indien de omvang van de respondentengroep ( $N$ =populatie) niet bekend is,* is de kans om in de steekproef te vallen ( $p$  = percentage in de steekproef) evenmin bekend en is een *selecte* steekproef genomen. Dit betekent dat de steekproef niet gebaseerd is op kansberekening, maar kwalitatief is vastgesteld: het aantal respondenten is min of meer gericht geselecteerd. De kans dat de respondenten per doelgroep ( $n$ ) een afwijkend beeld weergeven t.o.v. de gehele doelgroep ( $N$ ) is beperkt indien de steekproef groter is dan 50 respondenten.

Er zijn een aantal redenen<sup>10</sup> om niet méér respondenten te benaderen dan noodzakelijk. Dit betekent dat de regionale verdeling proportioneel wordt uitgevoerd in plaats van op basis van evenredigheid. De landelijke aantallen per respondentengroep zijn bijgevolg proportioneel (en niet evenredig) verdeeld worden over de regio's. Aldoende is er een quota steekproef genomen, die gebaseerd is op het verwachte voorkomen (aantallen landelijk) en spreiding over de 19 regio's. Indien de grootte van de steekproef per respondentengroep gelijk is, dan verschilt mogelijk de steekproef fractie voor alle respondentengroepen. Om dan uitspraken te kunnen doen met dezelfde mate van zekerheid dienen deze uitspraken gecorrigeerd te worden. Daartoe zijn een aantal statistische toetsen toegepast. De eerste reden om te quoteren is het feit dat ook op regionaal niveau het aantal functionarissen, dat bij Bopz-zaken is betrokken, veelal niet bekend is. De tweede reden is meer van praktisch aard: er gelden andere restricties (tijd en geld) als gevolg van de onderzoeksopzet.

Beslissingen vooraf:

1. Het vaststellen van de mate van precisie van de uitkomsten bij een aselecte steekproef.
  - Er is sprake van een nauwkeurigheid ( $b$ ) van 5%. Het percentage in de steekproef ( $p$ ) vormt een goede benadering voor het percentage in de populatie ( $P$ );

10

Een reden is bijvoorbeeld de (werk)belasting voor de respondenten.

- Er is sprake van een 95% betrouwbaarheid .Dit betekent dat er een kans is van 1 op 20 dat de steekproef geen juist beeld van de populatie geeft. Circa 95% van alle waarnemingen ligt binnen de standaarddeviatie van het gemiddelde;
  - De eisen van betrouwbaarheid en nauwkeurigheid leiden tot de regel dat het steekproefpercentage (p) moet liggen op het interval  $p \pm 5\%$ ;
  - Uitgaande van een normale verdeling verkrijgt men, dat de helft van de lengte van een 95% betrouwbaarheidsinterval 1.96 maal de standaardfout van het steekproefpercentage p is;
  - De standaardfout voor een eindige populatie is gelijk aan  $S_p = \sqrt{(N-n)/(N-1) * \sqrt{(PQ/n)}}$ , waarbij geldt dat P=percentage in de populatie, Q = (1-P), n=steekproefomvang en N=populatieomvang;
  - Voor grote populaties geldt  $n' = 4pq/b^2$  en  $n = (n'/(1-n'/N))$  (Deurloo, n.b.).
2. Het vaststellen van de minimum omvang (quota) bij een selecte steekproef.
- Het steekproefgemiddelde is normaal verdeeld als  $n > 30$  (dit is de centrale limietstelling);
  - De verwachte response is afhankelijk van het onderwerp (privacygevoelig), respondentengroep (steekproef) en zoals eerder opgemerkt de benaderingswijze. De aanbevelingsbrief van de minister Hoogervorst werkt hierin ondersteunend. De non-response werd geschat op 40%.



**Uitgave:**

Ministerie van Volksgezondheid,  
Welzijn en Sport

**Postadres:**

Postbus 20350  
2500 EJ Den Haag

**Bezoekadres:**

Parnassusplein 5  
2511 VX Den Haag  
Telefoon (070) 340 79 11

**Informatie:**

Voor informatie en vragen  
over bestellingen kunt u  
terecht bij de medewerkers  
van Postbus 51.  
Zij zijn op werkdagen  
bereikbaar van 9.00 tot  
21.00 uur onder telefoon-  
nummer 0800-8051 (gratis).

**Internetadres:**

[www.minvws.nl](http://www.minvws.nl)

Maart 2007

Wat vinden partijen in het veld over het functioneren van de Wet Bopz? In dit rapport wordt op deze vraag een antwoord gegeven op basis van een enquête die is ingevuld door bijna 650 mensen die betrokken zijn bij (de toepassing van) de Wet Bopz. Respondenten waren onder meer hulpverleners, vertegenwoordigers van cliënten, patiëntenvertrouwenspersonen, bestuurders, rechters, advocaten en officieren van justitie. Ook deskundigen vanuit onder andere de GGD, de politie en gemeenten hebben deelgenomen aan deze enquête.

Aan de hand van een breed scala aan vragen zijn meningen over en ervaringen met de Wet Bopz gepeild. Daarbij zijn thema's aan de orde gesteld, zoals: de voorlichting over de Wet Bopz, de (on)mogelijkheden van gedwongen behandeling en de vraag of de Wet Bopz nog wel in deze tijd past. Er is gevraagd naar kritiek op de Wet Bopz en naar verbeter suggesties. Uiteindelijk is ook de ultieme vraag gesteld: voldoet de Wet Bopz nog of is nieuwe wetgeving nodig? En als dat laatste het geval is, moet er dan een nieuwe 'opnamewet' komen of wordt het tijd voor een 'behandelwet'? Dit onderzoek laat zien dat over deze vragen, met al hun achterliggende deelvragen, bij de partijen in het veld genuanceerde meningen bestaan.

**Onderzoeksconsortium**

De onderzoeken ten behoeve van de derde evaluatie van de Wet Bopz zijn in opdracht van de ministeries van Justitie en Volksgezondheid, Welzijn en Sport uitgevoerd door een onderzoeksconsortium bestaande uit Prismant, de Vrije Universiteit Amsterdam (VU medisch centrum/EMGO en juridische faculteit) en de Universiteit Maastricht (Faculty of Health, Medicine and Life Sciences, Onderzoeksinstituut Caphri).