

3. DWANG- TOEPASSING BINNEN DE INSTELLING

**Drs. E.G.M. Landweer
Dr. T.A. Abma
Dr. R.L.P. Berghmans
Prof. mr. J.C.J. Dute
Drs. W.A. Janssen
Prof. dr. G.A.M. Widdershoven**

Maart 2007

Onderzoeksinstituut Caphri, Universiteit Maastricht

	Voorwoord	5
1.	Inleiding	7
1.1	Achtergrond: Dwang in zwang?	8
1.2	Doelstelling en onderzoeksvragen	9
1.3	Opbouw van de deelstudie	10
2.	Onderzoeksaanpak	11
2.1	Kwantitatieve deelstudie	12
2.2	Analyse van jurisprudentie	13
2.3	Kwalitatieve deelstudie	13
2.3.1	Diepte-interviews	13
2.3.2	Focusgroep	15
2.3.3	Analyse gegevens interviews en focusgroepen	16
2.3.4	Validiteit	16
3.	Kwantitatieve ontwikkelingen	17
3.1	Meldingsplicht M&M en dwangbehandeling	18
3.2	Aantal meldingen	18
3.3	Aantal cliënten	19
3.4	Aantal interventies bij de middelen en maatregelen	20
3.5	Aantal interventies tijdens de dwangbehandeling	20
3.6	Gecombineerde interventies	21
3.7	Aantal gedwongen opnamen en dwangtoepassing in de instelling	21
3.8	Bedbezetting, gedwongen opnamen en meldingen M&M en dwangbehandeling	23
3.9	Schatting van percentage werkelijk bekende meldingen bij IGZ	24
3.10	Discussie	25
4.	Analyse van jurisprudentie	29
4.1	Inleiding	30
4.2	Ontbreken van overeenstemming/verzet	30
4.3	Verruiming gevaarscriterium	30
4.3.1	Toepassing van het oude gevaarscriterium	31
4.3.2	Toepassing van het nieuwe gevaarscriterium	32
4.3.3	Latent gevaar	33
4.3.4	Gevaar buiten het ziekenhuis als grond voor dwangbehandeling	34
4.4	Enkele specifieke aspecten van dwangbehandeling	35
4.5	Subsidiariteit, proportionaliteit en doelmatigheid	36
4.6	Dubbele toetsing	38
4.7	Dwangtoepassing in verband met somatische aandoeningen	41
4.8	Wilsbekwaamheid	43

4.9	Procedurele kwesties	43
4.9.1	Bevoegdheid tot beslissen over dwangbehandeling	43
4.9.2	Duur dwangbehandeling	44
4.9.3	Informereren van de patiënt	45
4.9.4	Verslaglegging	45
4.9.5	Melding	45
4.9.6	Rechterlijke toetsing van klacht over dwangbehandeling	46
4.9.7	Schadevergoeding	46
4.10	Middelen en Maatregelen (art. 39 Wet Bopz)	47
4.11	Overige vrijheidsbeperkende maatregelen (art. 40 Wet Bopz)	48
4.11.1	Bezoek	48
4.11.2	Bewegingsvrijheid	48
4.11.3	Huisregels	49
4.12	Goed hulpverlenerschap	50
4.13	Jurisprudentie Europese Hof ter Bescherming van de Rechten van de Mens	50
4.13.1	Inleiding	50
4.13.2	EHRM-jurisprudentie inzake gedwongen behandeling	51
4.13.3	EHRM-jurisprudentie inzake middelen en maatregelen	53
4.13.4	EHRM-jurisprudentie inzake vrijheidsbeperkingen ex artt. 36 en 40 Wet Bopz	54
4.13.5	Slot	55
4.14	Conclusie	55
5.	Knelpunten, ervaringen en meningen	57
5.1	Inleiding	58
5.2	Het gevaarscriterium als kader voor dwang	58
5.2.1	Gevaar en de duiding van gevaar	59
5.2.2	Effecten van de verruiming van het gevaarscriterium bij dwangbehandeling	60
5.2.3	Verdere verruimingen?	61
5.2.4	Samenvattend	62
5.3	Ervaringen met dwang: medicatie versus separatie	62
5.3.1	Dwangtoepassing	63
5.3.2	Separatie versus medicatie	65
5.3.3	Samenvatting	66
5.4	Verzet en geloofwaardigheid	67
5.5	Wilsonbekwaamheid	69
5.6	Somatische problematiek en dwangtoepassing	71
5.7	Goede praktijken	73
5.7.1	Communicatie en bejegening	73
5.7.2	Preventie en nazorg	74
5.7.3	Alternatieven voor dwang	75

5.7.4	Verbreding behandelaanbod	76
5.7.5	Optimalisering van randvoorwaarden	76
5.8	Voorlopige conclusies	76
6.	Beschouwing en discussie	79
6.1	Inleiding	80
6.2	Het gevaarscriterium als kader voor dwang	80
6.2.1	Gevaar en duiding van gevaar	80
6.2.2	Effecten van de verruiming van het gevaarscriterium bij dwangbehandeling	81
6.2.3	Verdere verruimingen	83
6.3	Ervaringen met dwang: medicatie versus separatie	85
6.4	Verzet en geloofwaardigheid	87
6.5	Wilsonbekwaamheid	88
6.6	Somatische problematiek en dwangtoepassing	91
6.7	Goede praktijken	92
7.	Conclusies en aanbevelingen	95
7.1	Inleiding	96
7.2	Kwantitatieve ontwikkelingen	96
7.3	Kwalitatieve ontwikkelingen	97
7.4	Ervaringen met en meningen over dwang en dwangbehandeling	98
7.5	Knelpunten in de wet	99
7.5.1	Duiding van gevaar	99
7.5.2	Zorgverlamming	99
7.5.3	Duiding van verzet	100
7.6	Somatische behandeling	101
7.7	Wilsonbekwaamheid	101
7.8	De hoofdvraag	101
7.9	Aanbevelingen	102
7.9.1	Erkenning van verschillen en noodzaak van zoeken naar gezamenlijkheid	102
7.9.2	Gevaar: ontwikkelen gedeeld kader over doelen en criteria	103
7.9.3	Zorgverlamming: discussie over goede zorg	103
7.9.4	Verzet en geloofwaardigheid: zorgvuldige registratie, verheldering en overleg	104
7.9.5	Onderzoek naar (neven)effecten van dwangmiddelen	105
7.9.6	Somatische problematiek? Voorlichting en onderzoek	105
7.9.7	Wilsonbekwaamheid: heroverweging, verheldering en procedures	106
7.9.8	Goed voorbeeld doet volgen	106
	Literatuurlijst	109
	Bijlage 1: Lijst van geanalyseerde jurisprudentie	113

Voorwoord

De derde evaluatie van de Wet Bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Wet Bopz) vindt plaats op een moment dat er discussie is over de vraag of deze wet nog wel een passend kader biedt voor de regulering van dwangtoepassing en goede zorg binnen instellingen. De wet zou ook na de verruiming nog te weinig mogelijkheden bieden om dwangbehandeling toe te passen en tot 'zorgverlamming' binnen de instellingen leiden. Tegelijk is er een intensieve discussie gaande over de vraag welk dwangmiddel (medicatie of separatie) het minst ingrijpend en het meest effectief is. Tot slot zijn er mede onder invloed van GGZ Nederland en de door het Ministerie van VWS beschikbaar gestelde middelen, allerlei praktijkprojecten gestart om het aantal toepassingen van separatie in Nederlandse instellingen voor geestelijke gezondheidszorg te verminderen. Instellingen zijn in het kader daarvan begonnen met de implementatie van ontwikkelde kwaliteitscriteria voor dwang en drang. In het kielzog daarvan ontwikkelen zich ideeën en werkvormen om dwang te voorkómen. In deel 3 'Dwangtoepassing binnen de instelling' zijn deze discussies en de standpunten die daarin door partijen worden ingenomen, alsmede de ontwikkelingen in het veld, nader bestudeerd.

Voor dit onderzoek is gebruik gemaakt van de expertise van mensen met verschillende disciplinaire achtergronden (beleid- en zorgwetenschappers, verpleegkundigen, psychiaters, juristen, ethici en filosofen) en zijn drie deelstudies verricht. De deelstudie naar kwantitatieve ontwikkelingen rond dwang binnen instellingen is uitgevoerd door Wim Janssen (Kenniscentrum GGNet) onder leiding van Bert Lendemeijer (Verplegingswetenschap, Universiteit Maastricht). De analyse van de rechtspraak werd uitgevoerd door Jos Dute (Gezondheidsrecht, Erasmus MC Rotterdam) in samenwerking met Elleke Landeweer. In de kwalitatieve deelstudie is samengewerkt met Jikke van der Linden, die deel 6 naar ervaringen van allochtone cliënten heeft uitgevoerd. De interviews zijn gezamenlijk uitgevoerd. Tevens is samengewerkt met geneeskundestagiaire Hanneke Raven en gezondheidsjuriste en ervaringsdeskundige Nelly Dijns. Elleke Landeweer, Tineke Abma, Ron Berghmans en Guy Widdershoven waren verantwoordelijk voor de integratie van de bevindingen uit de drie deelstudies en de enquête.

In dit onderzoek is vooral bij de kwalitatieve deelstudie een beroep gedaan op de medewerking van een groot aantal mensen. Onze dank gaat uit naar cliënten en hun organisaties Anoixsis en Pandora, familieleden en hun organisaties Ypsilon en Labyrint-in-Perspectief, psychiaters, verpleegkundigen, patiëntenvertrouwenspersonen, intermediairen die ons toegang verschaften tot respondenten en de deelnemers aan een afsluitende valideringsbijeenkomst. Zij hebben ons een schat aan informatie gegeven en grote betrokkenheid getoond bij het onderwerp.

Hoewel onze bevindingen in eerste instantie bedoeld zijn voor de begeleidingscommissie van de derde evaluatie, spreken wij de wens uit dat ook andere betrokkenen hier informatie en inspiratie uit kunnen putten om de praktijk van dwangtoepassing binnen instellingen verder te optimaliseren. Want als er iets is dat opvalt, dan is het wel de consensus tussen partijen in de psychiatrie dat verbeteringen in de praktijk hard nodig zijn.

De auteurs

1. INLEIDING

In dit hoofdstuk worden de achtergronden van het onderzoek naar dwangtoepassing binnen instellingen voor geestelijke gezondheidszorg toegelicht, de doelstelling en onderzoeksvragen gepresenteerd en de opbouw van het rapport beschreven.

1.1 Achtergrond: Dwang in zwang?

'Dwang in zwang,' was de pakkende titel van een recentelijk door Stichting Pandora en het Wegloophuis in Den Haag (november 2006) georganiseerd symposium. De titel geeft op treffende wijze weer dat de praktijk van dwang en drang in de psychiatrie de laatste jaren weer sterk in de belangstelling en discussie staat. De toenemende belangstelling voor dwang is mede gevoed door sociaal-maatschappelijke en politiek-bestuurlijke ontwikkelingen, waaronder de afnemende tolerantie ten opzichte van afwijkend gedrag en het belang dat wordt gehecht aan openbare orde, veiligheid en overlastbestrijding. Zorgverlenende en andere instanties slagen er maar moeilijk in om cliënten met complexe zorgvragen de hulp te geven die zij nodig hebben (Gezondheidsraad, 2004). De gemeente Rotterdam organiseerde bijvoorbeeld in dezelfde maand als Pandora een bijeenkomst over de opvang van 'ernstige zorgmijders' met dubbele psychiatrische problematiek. Ook daar gingen partijen in discussie over dwang. De dialoog en discussie over dwang zijn in zwang, maar hoe wordt die discussie gevoerd, is dwang nu inderdaad ook in zwang in die zin dat er meer dwang wordt toegepast, en hoe ervaren betrokkenen dat?

Al wat langer is er vooral van de zijde van psychiaters en familieorganisaties de roep om eerder dwangbehandeling toe te passen bij ernstig zieke cliënten die gedwongen zijn opgenomen in de kliniek. De wettelijke mogelijkheden daartoe zijn in 2004 verruimd door het woord 'ernstig' te schrappen bij het gevaarscriterium voor dwangbehandeling. Onlangs heeft de Tweede Kamer ingestemd met een wetsvoorstel dat de mogelijkheden tot dwangbehandeling verder uitbreidt. Hierin wordt dwangbehandeling mogelijk gemaakt indien voldoende vaststaat dat zonder die behandeling de betrokken cliënt onaanvaardbaar lang opgenomen moet blijven omdat het gevaar dat de stoornis van de cliënt doet veroorzaken niet wordt weggenomen (Berghmans, 2006).

Enerzijds bestaat er bezorgdheid over de rechtspositie van cliënten en het recht op zelfbeschikking, met name bij cliënten en hun organisaties. Anderzijds zijn er ontwikkelingen gaande die te maken hebben met het verbeteren van de kwaliteit van dwang en het terugdringen van dwang (Berghmans, Elfahmi, Goldsteen & Widdershoven, 2001; Abma, Widdershoven & Lendemeijer, 2006). Denk aan het werken met crisissignaleringsplannen en evaluatiechecklisten van separatie-incidenten. Het is onduidelijk hoe deze ontwikkelingen hebben doorgewerkt in de praktijk, in kwalitatief en kwantitatief opzicht, hoe relevante partijen (zorgverleners, cliënten en familie) dwangtoepassing ervaren, en welke meningen partijen hebben over dwang in het algemeen en dwangbehandeling in het bijzonder. Mogelijk ervaren partijen nog andere knelpunten in de wet. Zo bezien is er behoefte aan meer inzicht in de vraag of de Wet Bijzondere opnemingen in psychiatrische instellingen

(Wet Bopz) na de wetwijziging en verbeterprojecten een adequaat kader biedt voor de regulering van dwangtoepassing in GGZ-instellingen.

Deze deelstudie naar dwang binnen de instelling in het kader van de derde evaluatie van de Wet Bopz heeft tot doel om inzicht te verwerven in de vraag of de Wet Bopz een adequaat kader biedt voor de regulering van dwangtoepassing. Het onderzoek moet inzicht geven in kwantitatieve en kwalitatieve ontwikkelingen rond dwang- (behandeling), knelpunten in de wet, ervaringen en meningen van relevante partijen en meer specifieke vragen die betrekking hebben op de behandeling van somatische klachten en de rol van wilsonbekwaamheid in de praktijk. Om deze vragen te beantwoorden zijn drie studies verricht: een kwantitatief onderzoek, een analyse van de jurisprudentie en een kwalitatief onderzoek onder zorgverleners, cliënten en familie. Daarnaast is door de onderzoekers betrokken bij deel 8 Ervaringen & Meninge, een enquête afgenomen, waarvan de resultaten voor zover deze betrekking hebben op dit onderzoeksthema meegenomen zijn in deze deelstudie.

1.2 Doelstelling en onderzoeksvragen

De hoofdvraag is als volgt geformuleerd:

- Biedt de Wet Bopz na de verruiming van de mogelijkheid van dwangbehandeling en de praktijkverbeterprojecten op het gebied van dwang en drang, een adequaat kader voor de regulering van dwangtoepassing?

In dit rapport wordt op basis van de deelstudies een antwoord op deze hoofdvraag gegeven. Daarbij worden de volgende subvragen meegenomen:

1. Wat zijn kwantitatieve ontwikkelingen in de toepassing van dwang en dwangbehandeling in het bijzonder?
2. Wat zijn kwalitatieve ontwikkelingen in de toepassing van dwang en dwangbehandeling in het bijzonder? Welke best practices zijn er?
3. Wat zijn de ervaringen en meningen van relevante partijen (zorgverleners, cliënten, familie) met dwang, in het bijzonder met de toepassing van dwangbehandeling (waaronder separatie)?
4. Wat zijn mogelijke knelpunten van de wet?
5. Wat moet en kan als een cliënt een somatische behandeling weigert onder invloed van zijn stoornis?
6. Wat is het mogelijke belang van wilsonbekwaamheid voor de toepassing van dwang?
7. Op welke wijze speelt wilsonbekwaamheid een rol in de praktijk?

1.3 Opbouw van de deelstudie

Deze deelstudie is opgebouwd langs de lijnen van de meerdere onderzoeken (kwantitatief onderzoek, analyse jurisprudentie en kwalitatief onderzoek). In hoofdstuk 2 wordt een toelichting gegeven op de onderzoeksmethodologie en de aanpak van de drie deelstudies. In hoofdstuk 3 worden de bevindingen gepresenteerd uit het kwantitatieve onderzoek. In hoofdstuk 4 staan de bevindingen uit de analyse van de rechtspraak centraal. Hoofdstuk 5 bevat de resultaten van het kwalitatieve onderzoek naar de ervaringen en meningen van relevante partijen. In hoofdstuk 6 worden de bevindingen uit de verschillende deelstudies en literatuur geïntegreerd. Tot slot worden de onderzoeksvragen beantwoord en conclusies en aanbevelingen gepresenteerd in hoofdstuk 7.

In dit rapport wordt gesproken van cliënten indien het gaat om mensen met psychiatrische aandoeningen. Met zorgverleners worden alle betrokkenen bedoeld die in dienst van de instelling zorg verlenen aan cliënten, dus: verpleegkundigen, teamleiders, artsen, psychiaters en geneesheer-directeuren en andere hulpverleners.

2. ONDERZOEKSAANPAK

Om de doelstelling te realiseren en onderzoeksvragen te beantwoorden zijn drie studies uitgevoerd. Er is een kwantitatief onderzoek uitgevoerd om deelvraag 2 te kunnen beantwoorden. Een analyse van de jurisprudentie vond plaats om inzicht te krijgen in kwalitatieve ontwikkelingen rond klinische dwangtoepassing, mogelijke knelpunten en specifieke vragen betrekking hebbende op somatische dwangbehandeling en de rol van wilsonbekwaamheid. De kwalitatieve studie naar ervaringen en meningen van relevante partijen moest inzichten leveren rond kwalitatieve ontwikkelingen en knelpunten in de wet en de praktijk. Deze combinatie van studies is aantrekkelijk uit een oogpunt van triangulatie; de verschillende methoden en bronnen maken het mogelijk om een breed scala aan gegevens te verzamelen en te vergelijken. Hieronder doen we verslag van de onderzoeksmethodologie per deelstudie en van de uitgevoerde onderzoeksactiviteiten. In de volgende paragrafen volgt respectievelijk de onderzoeksaanpak van de kwantitatieve deelstudie (§ 2.1), de analyse van rechtspraak (§ 2.2) en de kwalitatieve deelstudie (§ 2.3).

2.1 Kwantitatieve deelstudie

De kwantitatieve ontwikkelingen rond dwangtoepassing en dwangbehandeling binnen instellingen zijn in kaart gebracht middels een kwantitatief onderzoek. Ter beantwoording van onderzoeksvraag 2 is gebruik gemaakt van de geregistreerde gegevens uit Bopzis-2, -3, en -4, de opeenvolgende databestanden van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ). Hierin zijn alle gemelde middelen en maatregelen (M&M) geregistreerd conform Wet Bopz artikel 39 en de gemelde dwangbehandelingen conform Wet Bopz artikel 38. Onder de M&M vallen de volgende vrijheidsbeperkende interventies: afzondering, separatie, fixatie, gedwongen medicatie, en toediening van vocht of voeding. Dwangbehandeling omvat de eerder genoemde vrijheidsbeperkende interventies alsmede andere vormen van behandeling onder dwang. Voor de beoordeling van de betrouwbaarheid van de Bopzis-gegevens is gebruik gemaakt van het landelijk project *Dwang & drang 2002 – 2004* (Abma, Widdershoven & Lendemeijer, 2006).

De data zijn geleverd door de IGZ in 2003 (over de periode 1996–2002) en in 2006 (periode 2003–2005) of zijn ontleend aan de gepubliceerde jaarrapportages van de IGZ. De productiecijfers en cijfers inzake bedbezetting werden geleverd door GGZ Nederland.

De data werden ingevoerd in SPSS 14.0. De analyses zijn uitgevoerd over de jaren 2000–2005. In de analyses zijn alleen frequenties berekend (aantallen, gemiddelden, betrouwbaarheidsintervallen (CI 95%) rondom de gemiddelden en de range). De hier berekende betrouwbaarheidsintervallen zijn de statistische significantie toetsingen. Deze zijn bedoeld om vast te stellen of de gevonden waarden afwijkend zijn van het berekende interval rondom het gemiddelde. In het onderzoek bij het landelijke

project *Dwang en drang* (Abma & Widdershoven, 2005) leverden 12 GGZ-instellingen in Nederland de door hun zelf geregistreeerde meldingen van toegepaste vrijheidsbeperkende interventies in het kader van M&M of dwangbehandeling, of M&M met akkoord.

2.2 Analyse van jurisprudentie

In de analyse van jurisprudentie wordt nagegaan hoe in de periode 2001–2006 door rechters en klachtencommissies invulling is gegeven aan een aantal elementen van de Bopz-regeling inzake dwangtoepassing binnen de instelling. De nadruk ligt daarbij op de door rechters gedane uitspraken. In deze analyse zijn 48 rechterlijke beslissingen en 3 uitspraken van klachtencommissie betrokken. De uitspraken zijn verzameld via het kwartaalblad *Bopz Jurisprudentie* en de *PVP-krant*. Daarnaast wordt de jurisprudentie van het Europese Hof voor de Rechten van de Mens met betrekking tot dwang en drang binnen de instelling besproken. Dit overzicht, dat zich overigens niet beperkt tot de periode 2001–2006, omvat 15 arresten. In bijlage 1 is de lijst van geanalyseerde jurisprudentie opgenomen.

2.3 Kwalitatieve deelstudie

Voor het kwalitatieve onderzoek zijn zowel individuele diepte-interviews afgenomen met belanghebbenden als gesprekken gevoerd in de vorm van focusgroepen met betrokkenen. De respondenten zijn onderverdeeld in verschillende onderzoeksgroepen, respectievelijk de zorgverlener, de cliënt en de familie/ naastbetrokkenen. Daarnaast zijn patiëntenvertrouwenspersonen als experts betrokken bij het onderzoek als respondent. Rechters en advocaten zijn niet expliciet in dit onderzoek betrokken aangezien zij niet vooraf als onderzoeksgroep waren gespecificeerd. Bij het verzamelen van de data is samengewerkt met deel 6: 'Toepassing van de Wet Bopz bij allochtone cliënten'.

Het doel van de interviews en focusgroepen was het in kaart brengen van ervaringen met en meningen over dwang van relevante partijen, in het bijzonder in verband met de toepassing van dwangbehandeling.

2.3.1 Diepte-interviews

Er zijn diepte-interviews afgenomen met 12 cliënten, 15 zorgverleners (verpleegkundigen, psychiaters en geneesheer-directeuren), 10 familieleden/ naastbetrokkenen en 2 patiëntenvertrouwenspersonen.

Werving en selectie

De respondenten zijn op verschillende manieren gezocht en geselecteerd. Cliënten zijn geselecteerd op basis van het feit dat zij dwangbehandeling dan wel middelen

en maatregelen hebben ondergaan. Van enkele respondenten waren deze ervaringen tussen de vijf en tien jaar geleden, maar zijn toch geselecteerd vanwege hun betrokkenheid en contacten met mensen die wel recent met dwang te maken hebben gehad. Bij het merendeel van de cliënten vielen de ervaringen binnen de evaluatieperiode. Werving vond plaats via de zogenoemde sneeuwbalmethode (Meadows & Morse, 2001) alsmede via de patiëntenvereniging Anoiksis. Cliënten zijn niet specifiek geselecteerd op basis van de psychiatrische stoornis, desondanks lijken de geselecteerde respondenten een goede afspiegeling te zijn voor de psychiatrische praktijk. De problematiek loopt uiteen en betreft zowel psychotische stoornissen, als stemmingstoornissen en persoonlijkheidsstoornissen. De groep cliënten die te maken heeft met langdurige dwangopname als gevolg van chronische psychosen hebben we niet kunnen benaderen. Het verkrijgen van toestemming van ethische commissies om cliënten binnen instellingen te mogen benaderen, zou te veel tijd in beslag genomen hebben. Een groot deel van de respondenten had echter wel te maken gehad met meerdere (soms langdurige) dwangopnames. Opgemerkt moet worden dat onze cliëntrespondenten niet volledig representatief geacht kunnen worden voor de gehele populatie van cliënten die te maken hebben met dwangtoepassing. Met name de groep cliënten voor wie langdurige dwang*behandeling* geïndiceerd kan zijn, hebben wij zoals gezegd niet kunnen bereiken. Een andere beperking is dat soms de eigen ervaring van cliënten met dwang niet al te recent was, waardoor deze in bepaalde opzichten minder relevant kan zijn. Dit betekent dat onze resultaten met enige reserve moeten worden geïnterpreteerd. Ze zijn eerder indicatief dan definitief.

De zorgverleners werden geselecteerd op basis van hun betrokkenheid bij dwangtoepassingen. Zij werkten allen ofwel op afdelingen waar cliënten opgenomen zijn met een rechterlijke machtiging, dan wel waren ze als geneesheer-directeur betrokken bij dwangtoepassingen binnen de instellingen. Werving vond ook hier plaats volgens de zogenoemde sneeuwbalmethode (Meadows & Morse, 2001). Via verschillende geneesheer-directeuren is gezocht naar respondenten die aan de criteria voldeden, waarbij gevraagd werd naar respondenten die niet gelijkgezind waren. Vervolgens is aan deze respondenten gevraagd om nieuwe namen. In totaal is gesproken met 6 verpleegkundigen (inclusief teamleiders), 6 psychiaters en 3 geneesheer-directeuren. Deze waren verdeeld over acht verschillende GGZ-instellingen en PAAZ-afdelingen.

Familieleden zijn geselecteerd op basis van de ervaringen van hun betreffende familielid met dwangtoepassingen binnen de instelling. Zij zijn geworven via de familieverenigingen Ypsilon en Labyrint-in-Perspectief. Beide verenigingen hebben een oproep gedaan aan hun leden om mee te werken, waarna respondenten zich vrijwillig hebben aangemeld voor deelname.

Stijl

De diepte-interviews werden afgenomen aan de hand van semi-gestructureerde vragenlijsten. Dat wil zeggen dat vooraf de thema's waren bepaald, maar binnen de thema's respondenten vrij waren in het aandragen van eigen onderwerpen.

Thema's

Thema's zijn geselecteerd op basis van de onderzoeksvragen alsmede op basis van literatuur. Per onderzoeksgroep bestonden er accentverschillen in de thema's. Bij de zorgverleners werden aanvullende vragen gesteld in het kader van de thema's van deel 6 (dwang bij allochtone cliënten).

Verloop gesprekken

De interviews duurden gemiddeld een uur. Cliënten ontvingen een kleine vergoeding voor deelname. Het aantal interviews werd bepaald door het bereiken van het saturatiepunt (Meadows & Morse, 2001). Dat wil zeggen dat de verzameling van gegevens stopte op het moment dat er herhaling optrad en geen nieuwe informatie meer werd verkregen. Hierdoor zijn de aantallen interviews per onderzoeksgroep verschillend. Dat bij zorgverleners het grootste aantal interviews is afgenomen is hieruit te verklaren. Zij vormden de meest diverse groep doordat zij bestond uit verschillende professies binnen de zorg en zich kenmerkte door een grotere diversiteit in visies.

2.3.2 Focusgroep

In totaal vonden er drie focusgroep-bijeenkomsten plaats. Twee keer kwam een groep van 7 cliënten bij elkaar en één keer een groep van 10 familieleden.

Opzet en draaiboek focusgroep

Het voordeel van de focusgroep als onderzoeksmethodiek is dat door gesprekken te voeren in een homogene groep, respondenten elkaar aanmoedigen om te praten. Dit vormt een goede aanvulling op de diepte-interviews doordat respondenten elkaar vragen stellen vanuit hun eigen perspectief en verhalen uitwisselen. Het helpt respondenten hun visies te onderzoeken en te verhelderen (Kitzinger, 1995).

De focusgroep met cliënten vond tweemaal plaats met dezelfde groep deelnemers. Bij de eerste bijeenkomst stond het kennismaken en uitwisselen van ervaringen met dwangtoepassing centraal. De tweede bijeenkomst was gewijd aan de regelgeving inzake dwangtoepassing (Wet Bopz) en aan goede praktijken.

De focusgroep met familieleden kwam eenmaal bij elkaar. Bij deze bijeenkomst werden verhalen uitgewisseld, werd een discussie gevoerd over de vraag of de Wet Bopz een adequaat kader biedt voor dwangtoepassing binnen de instellingen en werd besproken wat goede praktijken zijn.

Werving en selectie

De werving en selectie van deelnemers voor de focusgroep-bijeenkomst verliep op dezelfde wijze als bij de diepte-interviews, en leidde tot een gevarieerde groep van deelnemers die allen ervaring hebben met dwang.

2.3.3 Analyse gegevens interviews en focusgroepen

De interviews en focusgroepen zijn op taperecorder opgenomen en volledig uitgewerkt in transcripten. De transcripten zijn inhoudelijk geanalyseerd door tekstdelen te coderen. De verkregen thema's en subthema's werden vervolgens met elkaar in verband gebracht. Om de betrouwbaarheid van de analyses te bewaken, hebben meerdere projectleden dezelfde interviewtranscripten geanalyseerd en onderling besproken en vergeleken (Meadows & Morse, 2001). Deze besprekingen vonden regelmatig plaats en leidden tot een gedeeld analysekader.

2.3.4 Validiteit

Ter validering van de analyse van de onderzoeksgegevens werden aan de deelnemers van de focusgroepen de bevindingen toegestuurd met de vraag of zij zichzelf konden herkennen in het materiaal. In de methodologische literatuur staat dit bekend als 'member checks' (Meadows & Morse, 2001). Daarnaast zijn de bevindingen voorgelegd aan en besproken met een gevarieerde groep van experts in een groepsbijeenkomst in samenwerking met deel 2 (Dwang en drang buiten de instelling). Door systematisch verschillende partijen en perspectieven op elkaar te betrekken in het onderzoek, zogenoemde hermeneutisch-dialektische cirkels, werd de kans op bias verkleind en de validiteit vergroot (Guba & Lincoln, 1989). Het werken met verschillende methoden en het vergelijken van daaruit verkregen data, bekend als triangulatie, heeft ook bijgedragen aan de validiteit van de gegevens.

3. KWANTITATIEVE ONTWIKKELINGEN

Dit hoofdstuk betreft het antwoord op onderzoeksvraag 2: *Wat zijn de kwantitatieve ontwikkelingen in de toepassing van dwang in het algemeen, en dwangbehandeling in het bijzonder?* Achtereenvolgens komen aan de orde: de meldingsplicht aan de inspectie voor de gezondheidszorg (IGZ), vervolgens zijn over de jaren 2000 – 2005 uitgewerkt de aantallen meldingen van toepassingen van middelen en maatregelen (M&M) en dwangbehandelingen, aantallen cliënten die hiermee geconfronteerd werden, de interventies die zijn toegepast bij de M&M of dwangbehandeling, de gecombineerde toepassing van interventies en het aantal dwangopnemingen in relatie tot de aantallen gemelde M&M en dwangbehandelingen en in relatie tot de bedbezetting. De gepresenteerde data zijn descriptief. Ze geven inzicht in cijfermatige trends. Als laatste worden de presenteerde cijfers vergeleken met de uitkomsten uit onderzoeken die zijn uitgevoerd in het project *Dwang en drang* (Abma et al., 2005). In de discussie wordt ingegaan op de betekenis van de cijfers en worden mogelijke verklaringen gegeven voor de gevonden trends.

3.1 Meldingsplicht M&M en dwangbehandeling

Sinds de invoering in 1994 van de Wet Bopz geldt voor alle Bopz-aangemerkte instellingen een meldingsplicht aan de IGZ met betrekking tot een aantal aspecten betreffende gedwongen opnemingen, de toepassing van dwangbehandeling, de toepassing van middelen en maatregelen (M&M) in noodsituaties, de klachtenbehandeling, en verlof en ontslag (IGZ, 2002). Naast de beschrijving van wat gemeld dient te worden aan de IGZ, worden expliciet een aantal Bopz-gegevens genoemd die niet aan de IGZ moeten worden gemeld. Hieronder vallen ook de M&M met akkoord (IGZ, 2002). Dit laatste leidt er toe dat onbekend blijft hoeveel vrijheidsbeperkende interventies met instemming van cliënten worden toegepast. In twee studies die zijn uitgevoerd in het kader van het project *Kwaliteit van dwang en drang* (Abma & Widdershoven, 2005) wordt de omvang van de toepassingen van M&M met akkoord geschat.

3.2 Aantal meldingen

In de zes onderzochte jaren is sprake van een toename van het aantal meldingen van middelen en maatregelen (Wet Bopz art. 39) met 36% en van dwangbehandelingen (Wet Bopz art. 38) met 13%. In absolute cijfers uitgedrukt neemt in de meeste jaren het aantal meldingen van M&M en van dwangbehandelingen niet significant toe. Alleen in 2002 vonden er significant minder dwangbehandelingen plaats ten opzichte van het jaar ervoor. In 2005 werden significant meer M&M toegepast dan het jaar daarvoor.

Tabel 1: Aantal meldingen middelen en maatregelen en dwangbehandeling (2000–2005)

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	+/-	Gem	CI 95%
Art. 39	4283	4465	4305	4957	5312	5818	+36%	4857	4205 – 5508
Art. 38	1788	1962	1739	1968	2057	2027	+13%	1924	1787 – 2060

3.3 Aantal cliënten

Het aantal cliënten dat te maken kreeg met M&M was in 2005 aanmerkelijk hoger dan in 2000. Gerekend over de gehele onderzoeksperiode kreeg 31% meer cliënten te maken met M&M. De stijging van het aantal cliënten was alleen in 2005 significant ten opzichte van het jaar daarvoor. In de onderzochte periode nam het aantal cliënten dat geconfronteerd werd met dwangbehandeling toe met 25%. De stijging van het aantal cliënten was alleen in 2004 significant ten opzichte van het jaar ervoor. In 2002 kregen juist significant minder cliënten dwangbehandeling dan het jaar ervoor. Dit was ook in 2005 het geval.

Tabel 2: Aantal cliënten met middelen en maatregelen en dwangbehandeling (2000–2005)

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	+/-	Gem	CI95%
Aantal cliënten art. 39	2773	2906	2862	3180	3393	3644	+31%	3126	2767 – 3485
Gemiddeld aantal meldingen per cliënt		1,54	1,50	1,56	1,57	1,60		1,55	1,52 – 1,59
Range meldingen per cliënt	1 – 50	1 – 70	1 – 21	1 – 82	1 – 52	1 – 84			
Aantal cliënten art. 38	1259	1332	1215	1431	1607	1566	+25%	1402	1232 – 1572
Gemiddeld aantal meldingen per cliënt	1,42	1,47	1,43	1,38	1,28	1,29		1,38	1,30 – 1,46
Range meldingen per cliënt	1 – 45	1 – 33	1 – 18	1 – 26	1 – 13	1 – 27			

3.4 Aantal interventies bij de middelen en maatregelen

In de periode 2000–2005 nam jaarlijks het aantal toegepaste interventies conform Wet Bopz art. 39 (M&M) toe. Het aantal toepassingen van separaties steeg met 37%. Het aantal toepassingen van afzonderingen, fixaties en toediening van noodmedicatie verdubbelde tussen 2000 en 2005. Vanaf 2004 is een significante toename te zien van het aantal fixaties en toegediende noodmedicaties. In 2005 nam het aantal separaties en afzonderingen eveneens significant toe.

Tabel 3: Toegepaste interventies bij middelen en maatregelen (Wet Bopz art. 39)

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	+/-	Gem	CI95%
Separatie	3727	3902	3832	4448	4750	5105	+37%	4294	3704 – 4884
Afzondering	275	312	269	404	463	593	+116%	386	253 – 519
Fixatie	150	190	171	247	331	327	+118%	236	153 – 318
Medicatie	593	657	775	1104	1275	1226	+107%	938	624 – 1253
Vocht/Voeding	12	6	15	16	23	20	+67%	15	9 – 22
Anders	0	0	0	0	0	0	0	0	0

3.5 Aantal interventies tijdens de dwangbehandeling

Bij dwangbehandelingen nam het aantal toegepaste interventies in de onderzochte jaren toe. Daarbij is opvallend dat in 2004 het aantal fixaties en gedwongen medicatie toedieningen significant toenam.

Tabel 4: Toegepaste interventies bij dwangbehandeling (Wet Bopz art. 38)

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	+/-	Gem	CI95%
Separatie	1293	1436	1334	1380	1437	1429	+11%	1385	1321 – 1448
Afzondering	148	144	110	224	212	236	+59%	179	125 – 233
Fixatie	80	111	82	104	119	99	+24%	99	83 – 116
Medicatie	585	677	570	793	1004	919	+57%	758	571 – 945
Vocht/Voeding	25	26	25	30	37	27	+8%	28	23 – 33
Anders	43	50	20	32	57	45	+5%	41	27 – 55

3.6 Gecombineerde interventies

Van de toegepaste interventies werden de meeste enkelvoudig toegepast. Van de combinaties van interventies werden separatie/medicatie het meest toegepast. Procentueel neemt deze gecombineerde toepassing over de onderzochte jaren ook toe, met uitzondering van 2002 wat betreft Wet Bopz art. 38. Op geruime afstand volgen andere combinaties, zoals separatie/fixatie en separatie/fixatie/medicatie.

Tabel 5: Tegelijkertijd toegepaste interventies (periode 2000–2002)

	2000		2001		2002	
Percentages.	Art. 39	Art. 38	Art. 39	Art. 38	Art. 39	Art. 38
Enkel	88,6%	80,1%	85,5%	77,1%	83,3%	79,3%
Separatie/medicatie	8,3%	12,7%	10%	15,8%	12,3%	14,5%
Andere combinaties	3,1%	7,2%	4,5%	7,1%	4,4%	6,2%

3.7 Aantal gedwongen opnamen en dwangtoepassing in de instelling

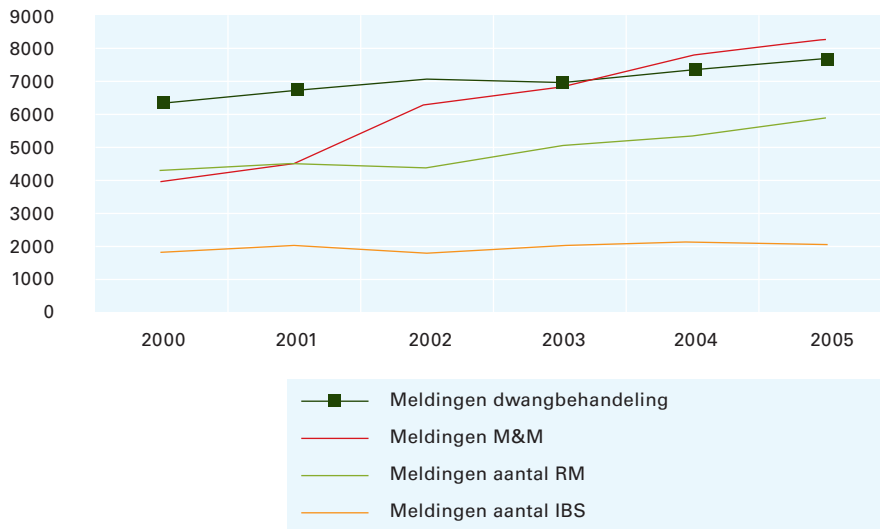
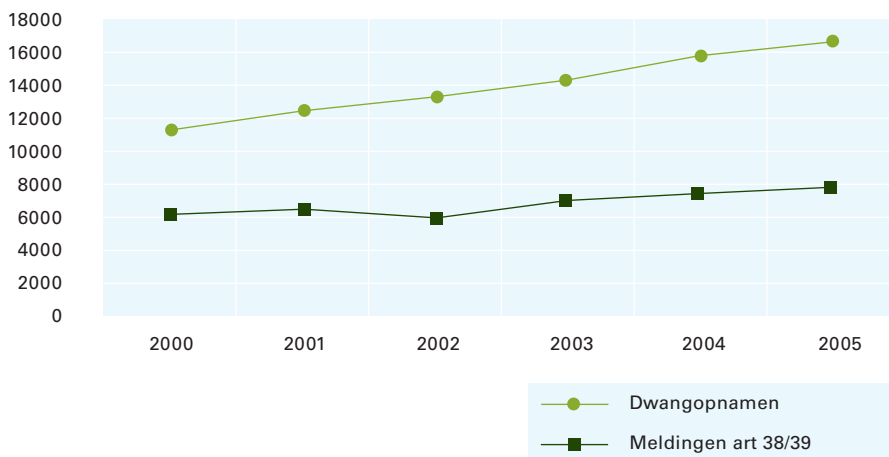
Het aantal gedwongen opnamen in de geestelijke gezondheidszorg nam in de onderzochte jaren sterk toe. In 2005 werden 16.511 gedwongen opnames gemeld, een toename van 46% ten opzichte van 2000. Zichtbaar is meer dan een verdubbeling van het aantal rechterlijke machtigingen (RM) in een periode van 6 jaar; in dezelfde periode nam het aantal inbewaringstellingen (lbs) toe met 21%.

Tabel 6: Aantal dwangopnamen, RM, lbs en meldingen M&M en dwangbehandeling (bron: IGZ jaarrapportages 2000 – 2005)

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	+/-
Dwangopnamen	11.326	12.431	13.196	14.153	15.660	16.511	+ 46%
RM	3909	4491	6228	6740	7754	8167	+ 110%
lbs	6268	6720	6968	6884	7283	7578	+ 21%
Meldingen art. 38	1788	1962	1739	1968	2057	2027	+ 13%
Meldingen art. 39	4283	4465	4305	4957	5312	5818	+ 36%
Totaal	6071	6427	6044	6925	7369	7845	+ 29%

De gegevens uit tabel 6 samengevoegd met het aantal meldingen M&M en dwangbehandelingen laat in figuur 1 zien dat het aantal gedwongen opnamen sterker toenam dan het aantal meldingen van vrijheidsbeperkende interventies (M & M en dwangbehandelingen samen).

Figuur 1 en 2



Figuur 2 maakt het mogelijk een vergelijking te maken tussen rechterlijke machtigingen en toepassingen van dwangbehandeling en tussen inbewaaringstellingen en meldingen van middelen en maatregelen. In de laatste vijf jaren is meer dan een verdubbeling te zien van het aantal cliënten dat gedwongen met een

RM werd opgenomen in een psychiatrisch ziekenhuis (rode lijn). Daarentegen stijgt het aantal gemelde dwangbehandelingen licht vanaf 2000 en na 2004 is weer een lichte daling te zien (oranje lijn). De aantallen rechterlijke machtigingen en dwangbehandelingen lopen steeds verder uiteen. Het aantal inbewaringstellingen steeg geleidelijk. In vergelijking met het jaar 2000 werden er in 2005 20% meer uitgeschreven. Het aantal meldingen van M&M nam iets meer toe. Uit beide vergelijkingen (figuur 1 en 2) is te zien dat bij ongeveer de helft van de gedwongen opnamen M&M en/of dwangbehandeling worden toegepast.

3.8 Bedbezetting, gedwongen opnamen en meldingen M&M en dwangbehandeling

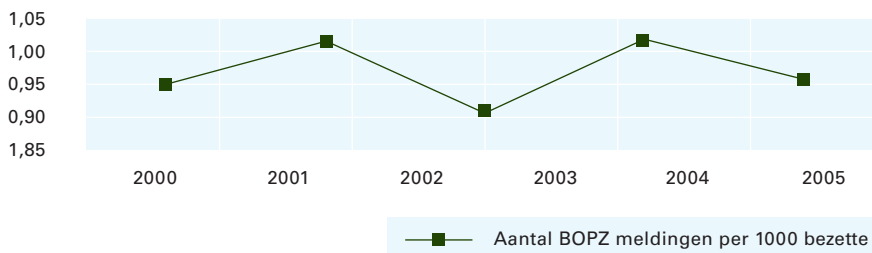
Het gemiddeld aantal dagelijks bezette bedden in de geestelijke gezondheidszorg is berekend vanuit de productiecijfers zoals door GGZ Nederland zijn verstrekt. Hieruit blijkt dat dit aantal de afgelopen jaren toenam.

Tabel 7: Aantal bezette bedden in Nederland (bron: GGZ Nederland)

	2000	2001	2002	2003	2004
Gemiddelde dagelijkse bedbezetting	17502	17354	18226	18630	21060

In figuur 3 zijn de gegevens uit tabel 9 gecombineerd met de Bopz-meldingen uit tabel 8 en omgerekend naar aantal meldingen per 1000 bezette bedden.

Figuur 3: Ratio Bopz-meldingen en bezette bedden



3.9 Schatting van percentage werkelijk bekende meldingen bij IGZ

Van de 12 GGZ-instellingen in het project *Dwang en drang* registreerden 10 instellingen ook toepassingen van vrijheidsbeperkende interventies met akkoord. Qua zorgproductie namen deze instellingen 34% van het landelijk totaal aantal verpleegdagen voor hun rekening (GGZ Nederland, 2005). Zij weken niet significant af van de overige GGZ-instellingen qua gemiddeld aantal meldingen per patiënt ($t = -0.228$ df 3230 $p = 0.820$, mean difference = -0.012 (95%CI = $-0.111 - 0.088$) (Janssen, Noorthoorn et al., 2006) Deze instellingen vormen hiermee een goede afspiegeling voor de Nederlandse geestelijke gezondheidszorg.

Tabel 8: Overzicht vrijheidsbeperkende interventies naar Akkoord, Wet Bopz artt. 39 en 38.

	2002			2003					
10 GGZ-instellingen in Nederland.									
	Aantal verpleegdagen (2002)	Aantal meldingen	Akkoord	Nood Art. 39	Dwang Art. 38	Aantal meldingen	Akkoord	Nood art. 39	Dwang art. 38
Totaal	1.949.200	8488	5182	1924	1380	7341	3986	2111	1223
Uitgedrukt in %	34%		61%	23%	16%		54%	29%	17%

Uit de registraties blijkt dat van de toegepaste vrijheidsbeperkende interventies er 39% in 2002 en 46% in 2003 werden gemeld als M&M en dwangbehandeling. De overige vrijheidsbeperkende interventies werden geregistreerd als “akkoord” (61% in 2002 en 54% in 2003) (Janssen, Hutschemaekers & Lendemeijer, 2005). Daarvoor bestaat geen meldingsplicht.

In dezelfde database werden de juridische opnamecondities en vrijheidsbeperkende maatregelen naar akkoord, nood en dwang met elkaar in verband gebracht. Bij een beperkt aantal meldingen in de database waren de juridische gegevens bekend. In 2002 konden bij 1974 meldingen en in 2003 bij 2456 meldingen naar akkoord, nood en dwang en de juridische opname status bestudeerd worden. Deze gegevens zijn tabel 9 opgenomen.

Tabel 9: Overzicht juridische opname status en vrijwillige of gedwongen toepassingen vrijheidsbeperkende interventies.

Jaar meldingen	2002				2003			
	Akkoord	Nood	Dwang	Totaal	Akkoord	Nood	Dwang	Totaal
Vrijwillig	396	48	13		174	164	23	
lbs	589	253	239		374	269	372	
RM	277	69	90		732	193	75	
Voorwaardelijke RM					27	20	33	
Totaal	1262	370	342	1974	1307	646	503	2456
	= 63%				= 53%			

In 2002 werden van de 1974 geregistreerde vrijheidsbeperkingen er 1262 (63%) met akkoord gemeld. In 2003 werden van 2456 registraties er 1307 (53%) met akkoord gemeld. Deze vrijheidsbeperkende interventies vonden plaats bij vrijwillig en gedwongen (lbs en RM) opgenomen cliënten. Daarnaast kwamen er meldingen van M&M en dwangbehandeling voor bij vrijwillig opgenomen cliënten (61 meldingen (3%) in 2002 en 187 meldingen (7,6%) in 2003). De vraag is of de meldingen met akkoord bij lbs en RM opgenomen cliënten, en de dwangbehandelingen en M&M bij vrijwillig opgenomen cliënten, ook bekend zijn bij de IGZ.

Als laatste werden de geregistreerde M&M en dwangbehandelingen van de 12 instellingen vergeleken met de registraties van deze zelfde instellingen in Bopzis. Daartoe werden de instellingsdatabases en Bopzis gekoppeld. Hieruit bleek dat 27% van de registraties uit beide databases niet met elkaar in overstemming waren. Een belangrijk aantal meldingen van de instellingen kwam niet voor in het Bopzis-register. Andersom kwam een kleiner aantal meldingen in Bopzis niet voor in de instellingsdatabases (Janssen et al., 2006).

Geschat kan worden dat tussen 30% en 40% van alle toegepaste vrijheidsbeperkende interventies in Nederland ook daadwerkelijk bekend zijn bij de IGZ.

3.10 Discussie

Uit de cijfers blijkt dat in absolute zin in de jaren 2000–2005 het aantal meldingen van M&M en dwangbehandelingen is toegenomen.

Daarbinnen wordt separatie als interventie veruit het meest toegepast, gevolgd door gedwongen medicatietoediening. In relatieve zin houdt de toename van de gedwongen vrijheidsbeperkende interventies gelijke tred met de toename van de psychiatrische zorgverlening. Vanuit het onderzoek bij het project *Kwaliteit van dwang en drang* (Janssen et al, 2005; Janssen et al., 2006) werd aangetoond dat de bespreking van de ontwikkelingen gebaseerd is op 40% van de totale omvang van de

toegepaste vrijheidsbeperkende interventies. Van de overige 60% wordt verondersteld dat deze toegepast zijn met 'akkoord', waarvan de Wet Bopz niet vereist dat deze gemeld dienen te worden, of onbekend zijn. Dit maakt dat de gepresenteerde cijfers een beperkte werkelijkheid representeren en dat deze gegevens met de nodige voorzichtigheid gehanteerd moeten worden.

Het concept 'akkoord' en de gedwongen toepassing van vrijheidsbeperkende interventies

Of een patiënt vrijwillig dan wel gedwongen een vrijheidsbeperkende interventie ondergaat, is een interpretatie die degene die registreert (veelal een verpleegkundige, of arts) maakt. Bij die interpretatie kunnen vraagtekens geplaatst worden. Onduidelijk is of de patiënt daadwerkelijk instemt. Onduidelijk is ook of en hoe de patiënt zich verzet. Is passiviteit van de patiënt verzet? Onduidelijk is bovendien hoeveel drang is toegepast om de patiënt ertoe te brengen om in te stemmen met de voorgestelde vrijheidsbeperkingen. Uit gesprekken met de mensen uit de praktijk wordt bevestigd dat het begrip 'akkoord' rekbaar wordt gehanteerd. Bevestigd wordt ook dat vrijwillig opgenomen cliënten meer dan incidenteel – weliswaar kortdurend – onvrijwillig worden afgezonderd, gesepareerd of gefixeerd, terwijl dit achteraf als akkoord geregistreerd wordt. Mogelijk zal dit achteraf minder vragen oproepen en ook de bureaucratie rondom het aanvragen van een lbs wordt daarmee omzeild.

Betrouwbaarheid van de IGZ-cijfers

Ook de Bopzis-database bevat onvolkomenheden. De koppeling van de data van 12 instellingen aan het Bopzis-register liet in de geregistreerde meldingen een groot verschil zien. Mogelijke verklaringen hiervoor zijn dat de IGZ meerdere meldingen van dwangbehandeling bij één patiënt in een korte tijdperiode samenvoegt tot één melding. Mogelijk is ook dat niet alle registratieformulieren van M&M en dwangbehandeling de IGZ hebben bereikt, kwijtgeraakt zijn of dat in de verwerking van de handgeschreven formulieren fouten gemaakt zijn. Hiermee wordt het geconstateerde verschil gedeeltelijk verklaard.

Presentatie van cijfers

Met de presentatie van absolute cijfers over M&M en dwangbehandeling moet voorzichtigheid in acht genomen worden. De hier gepresenteerde cijfers suggereren dat er voortdurend sprake is van een (significante) toename van M&M en dwangbehandelingen. Deze suggestie moet echter kritisch worden gezien. Bowers (2000) zegt over het presenteren van absolute cijfers: (1) het is onduidelijk; absolute cijfers verschaffen niet de noodzakelijke informatie om de informatie te begrijpen, en (2) vergelijkingen zijn niet mogelijk. Andere samenhangende ontwikkelingen dienen in deze meegenomen te worden. Daarbij zijn meerdere presentatievormen mogelijk: aantal incidenten per ziekenhuis, per afdeling, per opname of bezet bed. Bowers (2000) meent dat presentatie van het aantal incidenten of meldingen per bezet bed of per opname de meest heldere informatie geeft. De presentatie van de ratio's

tussen aantal Bopz-meldingen en bezette bedden nuanceert het beeld van een absolute en voortdurende toename van het toepassen van middelen en maatregelen en dwangbehandelingen.

Bedbezetting gerelateerd aan M&M en dwangbehandeling

De gemiddelde dagelijkse bedbezetting steeg in de afgelopen periode. Deze ontwikkeling kan gelezen worden als dat er meer cliënten gebruik maken van een bed in de kliniek, of dat een qua omvang gelijk blijvende groep cliënten langer gebruik maakt van de klinische zorg, mogelijk veroorzaakt door de verzwarende van de problematiek. De toename van het gemiddelde aantal toepassingen van M&M per patiënt zou de laatste bewering onderschrijven. Echter, kijkend naar het gemiddelde aantal dwangbehandelingen per patiënt, is er in de loop van vijf jaren een duidelijke afname te zien. Het is aannemelijk dat de toename van het absolute aantal meldingen M&M en dwangbehandeling gerelateerd is aan een grotere toestroom van mensen naar de geestelijke gezondheidszorg is. Zoals getoond houdt de toename van het aantal meldingen M&M en dwangbehandeling gelijke trend met de toename van het gemiddeld aantal bezette bedden.

Type toegepaste vrijheidsbeperkende interventie(s)

Uit de gepresenteerde cijfers blijkt ten slotte duidelijk dat gevaar dat veroorzaakt wordt door cliënten het vaakst leidt tot separatie. Medicatietoediening volgt op een ruime afstand. Als combinatie is separeren met gedwongen medicatietoediening het meest toegepast. Dit is een tendens die door de onderzochte jaren heen ongeveer hetzelfde blijft ondanks de toegenomen aandacht hiervoor.

Samenvattend wordt duidelijk dat nog veel inspanningen nodig zijn op het gebied van eenduidige interpretatie van instemming/verzet, overtuigen, drang of dwang, en op het gebied van verbeteringen van registratie van vrijheidsbeperkende interventies. Dergelijke verbeteringen zijn gewenst om in de toekomst betrouwbaarder gegevens te kunnen genereren en om ontwikkelingen daarin te kunnen vaststellen en bespreken. Hier moet verwezen worden naar een initiatief van een aantal GGZ-instellingen (GGNet/Spatie, De Gelderse Roos, GGZ Dijk en Duin, GGZ Noord-Holland-Noord en Parnassia) die in samenwerking met GGZ Nederland en de IGZ werken aan een nieuw registratiesysteem genaamd Argus. Uitgangspunt hierin is nauwkeurige registratie van alle vrijheidsbeperkende interventies naar frequentie en tijdsduur. Een pilot van Argus is gestart in december 2006.

4. ANALYSE VAN JURISPRUDENTIE

4.1 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt nagegaan hoe in de periode 2001–2006 door rechters en klachtencommissies invulling is gegeven aan een aantal elementen van de Bopz-regeling inzake dwangtoepassing binnen de instelling. De nadruk ligt daarbij op de door rechters gedane uitspraken. In deze analyse zijn 48 rechterlijke beslissingen en 3 uitspraken van klachtencommissie betrokken. De uitspraken zijn verzameld via het kwartaalblad *Bopz Jurisprudentie* en de *PVP-krant*. Nadeel van deze laatste bron is dat uitspraken worden geparafraseerd, zodat niet steeds goed inzicht kan worden verkregen in de precieze afwegingen die zijn gemaakt. Voorts wordt niet aangegeven welke klachtencommissie de uitspraak heeft gedaan. In dit overzicht zijn 6 van dergelijke ‘anonieme’ uitspraken meegenomen.

Voor de indeling van dit hoofdstuk is waar mogelijk aansluiting gezocht bij de indelingen die in de eerste twee evaluaties zijn aangehouden, hetgeen de vergelijking met eerder gesignaleerde tendensen vergemakkelijkt. Enkele elementen komen niet terug, zoals bijvoorbeeld de verdere uitsplitsing van de gevaars-categorieën, omdat de jurisprudentie hiervoor onvoldoende aanknopingspunten bood. Andere elementen zijn toegevoegd, zoals de verruiming van het gevaars-criterium, dwangtoepassing in verband met somatische aandoeningen en een aantal procedurele kwesties.

Aan het slot van dit hoofdstuk wordt de jurisprudentie van het Europese Hof voor de Rechten van de Mens met betrekking tot dwang en drang binnen de instelling besproken. Dit overzicht, dat zich overigens niet beperkt tot de periode 2001–2006, omvat 15 arresten.

4.2 Ontbreken van overeenstemming/verzet

Van overeenstemming over toepassing van het behandelingsplan is geen sprake als orale medicatie alleen wordt gebruikt onder dreiging van gedwongen toediening van depotmedicatie. Feitelijk is er dan sprake van dwangbehandeling, aldus Rb. ‘s-Hertogenbosch 18 november 2003, *BJ* 2004/32. Deze uitspraak bevestigt de eerder in beide evaluaties gebleken lijn dat overeenstemming niet snel mag worden aangenomen en dat uit feiten en omstandigheden duidelijk moet blijken dat de wil van de betrokkene op de overeenstemming is gericht. Met betrekking tot het thema verzet bevestigt een (niet nader aangeduide) klachtencommissie nog eens dat volgens de Wet Bopz ook wilsonbekwaam verzet als verzet moet worden aangemerkt (*PVP-krant* 2004, nr. 1, p. 8).

4.3 Verruiming gevaarscriterium

Op grond van artikel 38 lid 5 Wet Bopz mag, indien over (een deel van) het behandelingsplan geen overeenstemming wordt bereikt met de cliënt of – bij wilsonbekwaamheid – diens vertegenwoordiger dan wel de patiënt zich tegen

toepassing ervan verzet, (dat deel van) het behandelingsplan slechts worden toegepast, voor zover dat volstrekt noodzakelijk is om gevaar voor de cliënt of anderen af te wenden. Per 1 januari 2004 is niet langer meer vereist dat het gevaar 'ernstig' is (Wet Bopz van 13 juli 2002, Stb. 431). Deze aanpassing van de wet was bedoeld om de mogelijkheden tot dwangbehandeling te verruimen. De vraag is in hoeverre een verruimde toepassing in de jurisprudentie zichtbaar is geworden en welke andere tendensen kunnen worden gesignaleerd.

Het gevaar dient wel zijn grondslag te vinden in de gedragingen van betrokkene, en niet de reactie zijn op de mededeling van het besluit tot, in casu, separatie, zo blijkt uit Rb. Dordrecht 10 november 2004, *BJ* 2005/8, m.nt. De Roode. Vergelijkbaar is Rb. Zutphen 6 juli 2006, *BJ* 2006/58, waar betrokkene onmiddellijk bij binnenkomst in het ziekenhuis werd gesepareerd, ofschoon van enige fysieke of verbale dreiging geen sprake was en de agressieve reacties van betrokkene nadien telkens samenhangen met diens toenemende verzet tegen de separatie.

4.3.1 Toepassing van het oude gevaarscriterium

Met betrekking tot de toepassing van het 'oude' gevaarscriterium werd in de tweede evaluatie geconstateerd dat de criteria voor dwangbehandeling in de periode 1997–2000 wat enger leken te worden geïnterpreteerd dan in de periode daarvoor. De jurisprudentie die in de periode 2001–2003 is geweest laat strenge en minder strenge benaderingen zien, daarmee het casuïstische karakter ervan nog eens onderstrepend. Opvallend is de strenge maatstaf die de Rechtbank Assen in 2002 hanteert. Verder blijkt latent gevaar in een aantal gevallen nog steeds dwangbehandeling te rechtvaardigen, zij het dat de betreffende uitspraken allemaal door de dezelfde rechtbank zijn gedaan (zie verder onder kopje Latent gevaar).

Scheldpartijen en onheuse bejegening zijn onvoldoende reden voor dwangmedicatie, aldus Rb. Assen 26 februari 2002, *BJ* 2002/28. Principieel wordt overwogen dat aan het gevaarscriterium bij dwangbehandeling zwaardere eisen moeten worden gesteld dan aan het gevaarscriterium bij gedwongen opname. Er moet sprake zijn van een onmiddellijk gevaar voor eigen of andermans leven, dan wel ernstige verminking, of het voorkómen van achteruitgang van de patiënt *“als deze aan een progressieve ziekte lijdt, die volgens objectieve medische maatstaven leidt tot de dood of ernstige invaliditeit en de patiënt er blijk van geeft op grond van zijn psychopathologische toestand niet in staat te zijn de ernst van de situatie in te zien.”* Aldus wordt teruggegrepen op de criteria van de Commissie Van Dijk, waarbij de wetgever zich destijds had aangesloten (TK 1980–81, 11 270, nr. 17, p. 22). Ernstig gevaar werd wel aanwezig geacht in Rb. Leeuwarden 17 januari 2001, *BJ* 2001/30, m.nt. red., een uitspraak in kort geding. Het ging hier om, met concrete voorbeelden onderbouwd, agressief en provocerend gedrag binnen en buiten de instelling, dat op onvoorspelbare momenten tot uiting kwam. In Rb. Utrecht 18 september 2000, *BJ* 2001/32,

m.nt. Widdershoven, rechtvaardigde ernstig gevaar voor suicide de toepassing van dwangmedicatie. De aandacht trekt dat het risico van maatschappelijke teloorgang, de hoge lijdensdruk en het ontbreken van behandelingsperspectief in casu geen rechtvaardiging vormden voor dwangbehandeling.

Een veel minder strenge benadering laat Rb. Middelburg 30 augustus 2001, *BJ* 2001/61, m.nt. Legemaate, zien. Volgens de rechtbank heeft het criterium van ernstig gevaar niet alleen betrekking op fysieke schade of levensbedreiging. Bij de patiënte was als gevolg van haar geestesstoornis zodanig verval opgetreden, ontaardend in een onethische en inhumane toestand, dat sprake was van ernstig gevaar voor betrokkene. Volgens de annotator is het met deze formuleringen *“oppassen geblazen”*. Volgens Rb. Middelburg 9 december 2002, *BJ* 2003/14 was dwangbehandeling, in de vorm van afzondering op de eigen kamer, noodzakelijk ter afwending van ernstig gevaar voor behandelend personeel en medepatiënten. Dat zich al geruime tijd geen concrete situatie van ernstig gevaar had voorgedaan kwam volgens de rechtbank, naast de medicatie, vooral door de afzondering en het strakke programma waaraan betrokkene was onderworpen.

Gebrek aan middelen rechtvaardigt geen dwangbehandeling.

Zie Rb. 's-Hertogenbosch 6 maart 2001, *BJ* 2001/27, waar onvoldoende was gebleken van zodanig gevaar dat dwangbehandeling (afzondering en separatie) gerechtvaardigd was. In een overweging ten overvloede stelde de rechtbank weliswaar begrip te hebben voor het feit dat een gebrek aan middelen de instelling steeds vaker geen andere keuze liet dan af te wijken van de Wet Bopz, *“maar dat zij dit feit in haar besluitvorming buiten beschouwing dient te laten.”* Een (niet nader aangeduide) klachtencommissie oordeelde dat separatie niet om een organisatorische reden (plaatsgebrek op een andere afdeling) mag plaatsvinden, alleen op behandelinhoudelijke gronden (PVP-krant 2005, nr. 4, p. 8).

Ook de wijze waarop de dwangbehandeling wordt toegepast, kan niet worden gerechtvaardigd door gebrek aan middelen.

Een (niet nader aangeduide) klachtencommissie achtte een klacht gegrond die was gericht tegen het om de drie maanden overplaatsen van een (gesepareerde) cliënt naar een andere locatie om de belasting van het behandelteam te verlagen (PVP-krant 2001, nr. 1, p. 15). Volgens de commissie was werkdruk van het personele team geen goed argument voor het gevoerde carrouselbeleid.

4.3.2 Toepassing van het nieuwe gevaarscriterium

Met betrekking tot de uitspraken die sinds 1 januari 2004 zijn geweest onder het nieuwe, ruimere gevaarscriterium valt op dat in een aantal gevallen maatschappelijke teloorgang als voldoende grond voor dwangbehandeling wordt gezien. In

feite gaat het hier om een omstandigheid buiten het ziekenhuis. Ook anderszins is een aantal malen gevaar buiten het ziekenhuis als grond voor dwangbehandeling geaccepteerd (zie verder § 4.3.4). Deze verruiming was niet bedoeld met het schrappen van het woord "ernstig". Enkele keren wordt in een uitspraak, waarin gevaar buiten het ziekenhuis werd geaccepteerd als grond voor dwangbehandeling, hiermee echter wel een koppeling gelegd, bijvoorbeeld Rb. Assen 13 april 2004, *BJ* 2004/44, m.nt. Widdershoven.

Voorbeelden van uitspraken waarin vrees voor maatschappelijke teloorgang voldoende grond voor dwangbehandeling opleverde zijn Klachtencommissie GGZ Noord-Holland-Noord/ P.Z. Duin en Bosch 27 oktober 2003, *BJ* 2004/37, m.nt. A. Blok (waarin op de wetwijziging werd geanticipeerd) en Rb. Utrecht 18 april 2005, *BJ* 2005/32, m.nt. red.

Een wel erg ruime toepassing tekent zich af in Rb. 's-Gravenhage 2 mei 2005, *BJ* 2005/29, m.nt. red., waarin dwangbehandeling met antipsychotica werd toegestaan, niet alleen vanwege gevaar voor maatschappelijke teloorgang (toename maatschappelijk isolement), maar ook vanwege dreigende verergering van de ziekte/psychose (ziekte wordt moeilijker te behandelen naarmate psychose langer duurt). Een te ruime benadering laat Rb. Assen 13 april 2004, *BJ* 2004/44, m.nt. Widdershoven, zien. In deze uitspraak wordt het gevaarscriterium in feite verlaten en dwangbehandeling op bestwil gefundeerd.

"Nu door toediening van dwangmedicatie onnodige of onnodig lange separatie kan worden voorkómen, dient de dwangmedicatie naar het oordeel van de rechtbank te worden gehandhaafd aangezien dat niet alleen volstrekt noodzakelijk is om gevaar af te wenden, maar ook het meest in het belang is van de adequate behandeling van klager." (curs. auteur)

Van verruiming blijkt weer niets in Rb. Dordrecht 10 november 2004, *BJ* 2005/8, m.nt. De Roode:

"Niet tot rust kunnen komen, verbale agressie en ongericht met glazen gooien levert geen gevaar op, wel het dreigend steken met een mes en de deur hard tegen een verpleegkundige aantrappen."

4.3.3 Latent gevaar

In de tweede evaluatie van de Wet Bopz is aandacht gevraagd voor wat werd genoemd "de opmars van het latente gevaar" (deel 4, § 2.2.5). Met het concept latent gevaar kan het gevaarscriterium behoorlijk worden opgerekt. Ook in de onderzoeksperiode zijn enkele uitspraken gedaan waarbij in latent gevaar voldoende rechtvaardiging werd gezien voor dwangtoepassing. Daarbij valt op dat al deze

uitspraken zijn geweest onder het oude (strengere) gevaarscriterium. Voorts trekt de aandacht dat alle uitspraken zijn gedaan door dezelfde rechtbank, te weten de Rechtbank 's-Hertogenbosch.

Zo stond Rb. 's-Hertogenbosch 28 juni 2002, *BJ* 2002/39, m.nt. red., dwangmedicatie toe, nu klager door zijn gedrag bij anderen agressie oproept, wat eerder reeds had geleid tot fysiek geweld, terwijl voorts aannemelijk was dat sprake was van latent gevaar voor ernstig fysiek geweld van de zijde van de klager zelf, waarvan anderen het slachtoffer konden worden. Rb. 's-Hertogenbosch 26 juli 2002, *BJ* 2002/40, m.nt. Widdershoven, oordeelde dat, ofschoon afzondering op de eigen kamer als dwangbehandeling niet toelaatbaar was omdat het behandelingsplan daarin niet tijdig had voorzien, de maatregel wel was toegestaan als middel en maatregel ex art. 39 Wet Bopz, nu sprake was van ernstig latent gevaar voor klager en anderen. En Rb. 's-Hertogenbosch 1 november 2000, *BJ* 2001/11, m.nt. Pols, besliste dat latent gevaar voor fysiek geweld dwangbehandeling (separatie) rechtvaardigde. Volgens Rb. 's-Hertogenbosch 18 november 2003, *BJ* 2004/32 rechtvaardigde ernstig latent gevaar voor anderen, met name voor verpleegkundigen en medepatiënten, dwangmedicatie.

4.3.4 Gevaar buiten het ziekenhuis als grond voor dwangbehandeling

Uit de parlementaire behandeling van de wetwijziging met betrekking tot het gevaarscriterium bij dwangbehandeling blijkt dat niet beoogd is wijziging te brengen in de eis dat het moet gaan om gevaar dat zich *binnen* het ziekenhuis manifesteert.¹ Op dit punt laat de jurisprudentie een wisselend beeld zien: sommige klachtencommissies en rechters accepteren gevaar buiten het ziekenhuis als grond voor dwangbehandeling, andere niet.

Gevaar buiten het ziekenhuis als grond voor dwangbehandeling wordt geaccepteerd, impliciet althans,² door Klachtencommissie GGZ Noord-Holland-Noord / P.Z. Duin en Bosch 27 oktober 2003, *BJ* 2004/37, m.nt. A. Blok, en eveneens impliciet door Rb. Utrecht 18 april 2005, *BJ* 2005/32, m.nt. red.; expliciet door Rb. Assen 13 april 2004, *BJ* 2004/44, m.nt. Widdershoven. Afwijzend zijn Klachtencommissie Meerkanten 14

1 Kamerstukken I, vergaderjaar 2001–2002, 27 289, nr. 239b, p. 8. In wetsvoorstel 30 492 wordt het gevaarscriterium aangevuld met de grond: "voor zover aannemelijk is dat zonder die behandeling het gevaar dat betrokkene door een stoornis van de geestvermogens doet veroorzaken, niet binnen een redelijke termijn kan worden weggenomen." Daarmee kan ook gevaar *buiten* het ziekenhuis een grond voor dwangbehandeling opleveren.

2 Impliciet, omdat gevreesd werd voor maatschappelijke teloorgang, hetgeen ziet op de situatie buiten het ziekenhuis.

juni 2004, *BJ* 2004/53³ en Rb. Dordrecht 22 september 2004, *BJ* 2004/57, m.nt. red., met een beroep op het uitzonderingskarakter van dwangbehandeling en de daarmee samenhangende noodzaak van restrictieve wetsuitleg. In Rb. 's-Hertogenbosch 25 maart 2005, *BJ* 2005/21 overweegt de rechter uitdrukkelijk dat met het gevaarscriterium van art. 38 lid 5 Wet Bopz, *“onder meer gelet op de geschiedenis van de totstandkoming van dit wetsartikel en de plaats daarvan in de wet, een intern gevaarscriterium is bedoeld. Dat wil zeggen dat te deze niet van belang is het gevaar dat de stoornis de betrokkene buiten de inrichting deed veroorzaken, maar bepalend is of betrokkene na opnemning in een psychiatrisch ziekenhuis binnen het ziekenhuis gevaar veroorzaakt voor zichzelf of anderen, voortvloeiend uit de stoornis van de geestvermogens.”*

Alles bijeengenomen is het moeilijk om vast te stellen of de wetswijziging inderdaad heeft geleid tot een verruimde uitleg van het gevaarscriterium. Uitspraken over latent gevaar werden ook al gedaan onder het oude gevaarscriterium. Opvallend is wel de tendens om ook gevaar buiten het ziekenhuis als grond voor dwangtoepassing binnen de instelling te aanvaarden. Dit was weliswaar met de wetswijziging niet beoogd, maar kan er wel mee samenhangen. Door de komende wetswijziging, waardoor dwangbehandeling ook mogelijk wordt als het gevaar niet binnen redelijke termijn kan worden weggenomen,⁴ zal dit punt echter aan relevantie verliezen.

4.4 Enkele specifieke aspecten van dwangbehandeling

Anders dan ten aanzien van de regeling van middelen en maatregelen kent de wet geen voorschriften of beperkingen ten aanzien van de aard van de behandeling die onder dwang mag worden toegepast. Zo kan dwangbehandeling ook bestaan uit electroconvulsiotherapie (ECT). In Rb. Groningen 23 september 2005 en 1 november 2005, *BJ* 2006/14, m.nt. Widdershoven, achtte de rechter, na het inwinnen van een deskundigenbericht, ECT als dwangbehandeling *“in casu een behandelmiddel waarvan nut en noodzaak voldoende zijn geadstrueerd, een middel dat bovendien past binnen het geheel van aanvaarde methoden.”* In Rb. 's-Gravenhage 25 april 2005, *BJ* 2005/28, m.nt. Zuijderhoudt, werd echter de toepassing van ECT onder dwang, die in casu wel voldeed aan de eisen van doelmatigheid en subsidiariteit, niet proportioneel bevonden.

3 De klachtencommissie overweegt “dat er in de maatschappij (de politiek en de psychiatrische hulpverlening) steeds meer stemmen opgaan om de huidige Wet Bopz te vervangen door een zogenaamde Behandelwet (...) maar er is nog geen sprake van een wetsvoorstel, laat staan van bestaande wetgeving. Dit betekent dat behandelaars zich nog moeten houden aan de kaders, die door de Wet Bopz worden aangegeven.”

4 Zie het nieuw voorgestelde art. 38c lid 1 sub a Wet Bopz in wetsvoorstel 30 492.

Ook urinecontroles (op het gebruik van cannabis) kunnen als dwangbehandeling worden aangemerkt, zo blijkt uit Klachtencommissie Stichting Geestelijke gezondheidszorg Eindhoven (GgzE), Ziekenhuis De Grote Beek Eindhoven 11 februari 2004, *BJ* 2005/13, m.nt. Blok. Daarbij was van belang dat de urinecontroles waren opgenomen in het behandelingsplan en een therapeutisch doel dienden. Bij weigering van medewerking zouden vrijheden worden ingetrokken. Uit deze uitspraak blijkt voorts dat het bij dwangbehandeling niet steeds hoeft te gaan om toepassing van fysieke dwang. Ook (sterke) drang kan tot de kwalificatie dwangbehandeling leiden. Zie nadrukkelijk ook Rb. 's-Hertogenbosch 18 november 2003, *BJ* 2004/32, m.nt. Blok, waarin orale medicatie die uitsluitend werd ingenomen onder dreiging van gedwongen toediening van depotmedicatie, werd aangemerkt als dwangbehandeling.

Gedwongen toediening van voeding en vocht – buiten het kader van anorexia nervosa zelden toegepast in de psychiatrie – was aan de orde in Rb. 's-Gravenhage 2 mei 2005, *BJ* 2005/29, m.nt. red. De klacht werd gegrond verklaard, omdat er nog mogelijkheden waren om de patiënt tot eten en drinken te motiveren.

Ook middelen die op indirecte wijze aan de behandeling bijdragen, waaronder gedwongen separatie, mogen in het behandelingsplan worden opgenomen, zolang maar is voldaan aan de criteria van subsidiariteit, proportionaliteit en doelmatigheid, zo blijkt uit Rb. Dordrecht 9 april 2003, *BJ* 2003/29, m.nt. Zuiderhoudt.

4.5 Subsidiariteit, proportionaliteit en doelmatigheid

Beslissingen tot dwangbehandeling, toepassing van middelen en maatregelen en het opleggen van vrijheidsbeperkingen moeten, behalve aan de wettelijke eisen, ook voldoen aan de criteria van subsidiariteit, proportionaliteit en doelmatigheid. Het bestuursorgaan dat een dergelijke beslissing neemt dient deze criteria steeds in acht te nemen.

In Rb. Dordrecht 9 april 2003, *BJ* 2003/29, m.nt. Zuiderhoudt, was volgens de rechter periodieke toetsing (door de behandelaar) van de noodzaak van gedwongen separatie onvoldoende zeker gesteld, waardoor onvoldoende garantie bestond dat de criteria van subsidiariteit, proportionaliteit en doelmatigheid in de praktijk op juiste wijze zouden worden toegepast.

De toetsende instantie (rechter en klachtencommissie) dient na te gaan of in concreto aan deze eisen is voldaan. Soms wordt nadrukkelijk aan deze eisen getoetst, in die zin dat meer of minder uitvoerig wordt toegelicht op welke wijze bedoelde criteria zijn toegepast.

Een sprekend voorbeeld is Rb. 's-Gravenhage 25 april 2005, *BJ* 2005/28, m.nt. Zijderhoudt, waar de toepassing van elektroconvulsie therapie (ECT) struikelde op het proportionaliteitsvereiste. Een ander voorbeeld is Rb. Middelburg 30 augustus 2001, *BJ* 2001/61, m.nt. Legemaate, waar de dwangmedicatie de toets der kritiek kon doorstaan. Zie voor een beslissing van een (niet nader genoemde) klachtencommissie over separatie met gedwongen toediening van medicatie, waarin expliciet aan de drie criteria werd getoetst: PVP-krant (2004, nr. 3, p. 9).

Een ander sprekend voorbeeld is de uitvoerig gemotiveerde uitspraak Rb. Dordrecht 10 november 2004, *BJ* 2005/8, m.nt. De Roode, waar de rechter overweegt: *“Uit de (...) wettekst vloeit verder voort dat in het betreffende geval de toegepaste dwangbehandeling in de vorm van separatie de toetsen van subsidiariteit (is er een minder ingrijpende maatregel?), proportionaliteit (is de separatie – wat de duur ervan betreft – aangepast aan de omstandigheden?) en doelmatigheid (wordt het gevaar door de separatie afgewend?) te kunnen doorstaan.”* Vervolgens wordt deze toets voor elk van de zeven aangevochten separaties verricht.

Een voorbeeld van uitdrukkelijke toetsing aan het doelmatigheidsbeginsel en het subsidiariteitsbeginsel (zonder overigens de termen als zodanig te gebruiken) geeft Rb. Leeuwarden 17 januari 2001, *BJ* 2001/30, m.nt. red., waar geen beletsel werd gezien voor de toepassing van dwangmedicatie ter afwending van ernstig gevaar. *“Het is immers duidelijk geworden, dat het middel van separatie onvoldoende is. Het is niet gesteld of gebleken, dat een andere – minder zware – behandeling het gewenste (en noodzakelijke) effect zou hebben.”*

Soms overweegt de rechter nadrukkelijk dat aan de drie criteria is voldaan, evenwel zonder toe te lichten hoe de criteria precies zijn toegepast.

Een voorbeeld is Rb. 's-Hertogenbosch 25 maart 2005, *BJ* 2005/21: *“Naar het oordeel van de rechtbank (...) kan de toegepaste dwangbehandeling de toets van proportionaliteit, subsidiariteit en doelmatigheid doorstaan.”*

Soms spitst de toetsing zich toe op een van de drie criteria, met name als blijkt dat de beslissing de toets aan het desbetreffende criterium niet kan doorstaan.

Een voorbeeld hiervan is Klachtencommissie Stichting GgzE, Ziekenhuis De Grote Beek Eindhoven 11 februari 2004, *BJ* 2005/13, m.nt. Blok. De verplichte urinecontrole op het gebruik van cannabis, standaard tweemaal per week, werd niet proportioneel bevonden, nu de patiënt al ruim een half jaar niet meer positief had gescoord. In een uitspraak van een (niet nader genoemde) klachtencommissie, waarin separatie na slechts verbale dreiging ter discussie stond, werd een beroep op het subsidiariteitsbeginsel afgewezen. In hoeverre ook is getoetst aan de andere criteria blijft in het midden (PVP-krant 2005, nr. 1, p. 8). In Rb. Assen 24 december 2003, *BJ* 2004/26 was ter bestrijding van een crisis Valium toegediend. *“De rechtbank heeft geen aanleiding om aan te nemen dat met een minder ingrijpend middel had kunnen worden*

volstaan." In Rb. 's-Hertogenbosch 25 juli 2003, *BJ* 2003/43 werd afzondering op de kamer geen afdoend alternatief bevonden voor separatie. In Rb. Zutphen 6 juli 2006, *BJ* 2006/58 waren geen "*andere middelen of minder verstrekkende middelen*" (dan volledige separatie) beproefd.

Soms wordt impliciet getoetst aan (een van de drie) criteria of is onduidelijk welk criterium de toetsende instantie nu precies op het oog heeft.

In Rb. Zwolle 4 september 2003, *BJ* 2003/60, m.nt. Widdershoven, achtte de rechter de separatie en fixatie onrechtmatig als zij na een bepaalde datum zouden voortduren. Aangenomen moet worden dat de rechter hier impliciet aan het proportionaliteitsvereiste heeft getoetst. Zie verder Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg 14 december 2004, *BJ* 2001/34, m.nt. Legemaate, waar het college oordeelde dat een realistisch alternatief voor naakte separatie ontbrak, aldus toetsend aan het subsidiariteitsvereiste.

Toetsing aan de criteria van subsidiariteit, proportionaliteit en doelmatigheid kan uiteraard achterwege blijven als de beslissing de toets aan de wettelijke criteria niet kan doorstaan. Zo was naar het oordeel van de rechter Rb. 's-Hertogenbosch 1 november 2000, *BJ* 2001/10, m.nt. Pols, ten aanzien van de dwangmedicatie niet voldaan aan het criterium van ernstig gevaar, zodat hij aan de toetsing aan de genoemde criteria niet toekwam.

De voorzichtige conclusie lijkt gewettigd dat de toetsing aan de criteria van subsidiariteit, proportionaliteit en doelmatigheid gaandeweg meer uit de verf komt, al is er op dit punt zeker nog verbetering mogelijk, met name waar het betreft het systematisch langslopen van de beginselen. Het komt immers nog geregeld voor dat niet, althans niet zichtbaar, wordt getoetst aan genoemde criteria. Mogelijk zou deze toetsing kunnen worden gestimuleerd door de beginselen als zodanig in de wet op te nemen. Echter, ook een beslissing van de Hoge Raad zou rechters en klachtencommissies kunnen nopen zich meer nadrukkelijk rekenschap af te leggen van deze criteria.

4.6 Dubbele toetsing

De toepassing van dwang en drang binnen de instelling is, anders dan de gedwongen opneming, niet onderworpen aan preventief rechterlijk toezicht. Pas achteraf, wanneer over vrijheidsbeperking binnen de instelling wordt geklaagd, kan het oordeel van de rechter worden ingeroepen. Soms echter beoordeelt de rechter – in het kader van de dwangopneming – ook de dwangbehandeling vooraf. Dit wordt wel dubbele toetsing genoemd. In de eerdere evaluaties is reeds uitvoerig stilgestaan bij dit fenomeen.

Wanneer is sprake van dubbele toetsing? Het afwijzen van behandeling kan onder omstandigheden worden uitgelegd als het ontbreken van de bereidheid het vrijwillige verblijf in het ziekenhuis te willen voortzetten. In een dergelijke situatie kan een rechterlijke machtiging worden gevraagd om legitiem dwangbehandeling te kunnen toepassen. Dubbele toetsing betekent dan dat de rechter, voordat hij de gevraagde machtiging verleent, niet alleen nagaat of aan de voorwaarden voor gedwongen opneming is voldaan, maar ook toetst aan de criteria voor dwangbehandeling. De Hoge Raad heeft zich over de kwestie van de bereidheid bij afwijzing van behandeling in het verleden al tweemaal uitgelaten,⁵ en ook in de onderzochte periode heeft de Hoge Raad in dit verband twee arresten gewezen. Over de toelaatbaarheid c.q. noodzaak van dubbele toetsing heeft de Hoge Raad echter nog geen uitspraak gedaan.

In HR 2 november 2001, *BJ* 2002, 1, m.nt. Widdershoven, was sprake van een patiënte die iedere vorm van behandeling afwees en het ziekenhuis “slechts als verblijfaccommodatie” gebruikte. Net als eerder werd aan de hoogste rechter de vraag voorgelegd of, nu betrokkene er geen blijk van heeft gegeven het vrijwillige verblijf te willen beëindigen, door de lagere rechter wel een machtiging had mogen worden afgegeven. Doordat de Hoge Raad zich aansluit bij de conclusie van Advocaat-Generaal Langemeijer wordt niet precies duidelijk wat het standpunt van de hoogste rechter is. De conclusie bouwt voort op de eerdere jurisprudentie waarin was uitgemaakt dat de rechter hier een beoordelingsmarge heeft, die onder meer inhoudt dat *“de rechter een geclausuleerde bereidverklaring die zich beperkt tot de hotelfunctie van het ziekenhuis (‘bed, bad en brood’) of andere voorwaarden stelt (‘alleen als ik elk weekend naar huis mag; alleen als ik geen medicijnen hoeft te slikken’ enz.) niet zonder meer behoeft te accepteren als de nodige bereidheid van de patiënt tot vrijwillige opneming en verblijf.”* De eis van nodige bereidheid geldt volgens de Advocaat-Generaal op wetssystematische gronden ook bij omzetting van vrijwillig naar onvrijwillig verblijf, ook al noemt art. 2 lid 4 Wet Bopz haar niet. Voorts, als de patiënt zijn bereidheid afhankelijk maakt van de vraag of een bepaalde behandeling wel of niet wordt toegepast: *“De rechter ontkomt er dan niet aan, in het kader van de beoordeling of de nodige bereidheid aanwezig is, impliciet een oordeel te geven over de voorgenomen behandelwijze.”* De rechter hoefde zich daar echter niet in te verdiepen, aldus de Advocaat-Generaal, omdat de betrokkene elke vorm van behandeling afwees. Annotator Widdershoven concludeert dat de Advocaat-Generaal kennelijk geen ruimte ziet voor een additionele toetsing van de toelaatbaarheid van de voorgenomen dwangbehandeling.

In HR 6 december 2002, *BJ* 2003, 1, m.nt. Zuiderhoudt, had de betrokkene voorwaarden gesteld aan zijn bereidheid, op grond waarvan de rechtbank had

5

HR 7 april 1995, *NJ* 1995, 616, m.nt. JdB, en HR 6 februari 1998, *NJ* 1998, 302, *kBJ* 1998, 2.

geconcludeerd dat van bereidheid geen sprake was. Volgens de Hoge Raad was hiermee tot uitdrukking gebracht dat door de geclausuleerde bereidverklaring het gevaar niet kon worden weggenomen. Dit gaf geen blijk van een onjuiste rechtsopvatting en voor het overige kon dit – in overwegende mate feitelijke – oordeel niet in cassatie worden getoetst.

In deze lijn worden verschillende uitspraken gedaan. Rb. Amsterdam 22 juli 2002, *BJ* 2003/4 verleent een voorlopige machtiging, overwegende: *“De rechtbank twijfelt niet aan de goede bedoelingen van betrokkene om vrijwillig een behandeling te ondergaan maar twijfelt of betrokkene zijn woord gestand zal kunnen houden temeer daar betrokkene zijn eigen wensen ten aanzien van de behandeling heeft.”* Geen voorlopige machtiging werd echter verleend in Rb. Amsterdam 12 augustus 2002, *BJ* 2003/5, nu betrokkene *“geen overwegende bezwaren heeft tegen het verblijf in de kliniek en een verblijf in de separeerruimte in het geval haar behandelars dat noodzakelijk achten (...).”* Een voorlopige machtiging, bedoeld als basis voor gedwongen medicijngebruik, werd evenmin verleend in Rb. Zutphen 27 augustus 2003, *BJ* 2003/58, omdat het gevaar binnen de instelling in de vorm van brandstichting en fysieke agressie *“door de verpleging als professionele begeleiding kan worden afgewend en van deze verpleging verwacht en/of verlangd mag worden dat zij met agressie om kan gaan.”*

In de lagere rechtspraak is de vraag inzake dubbele toetsing diverse malen in het midden gelaten.

In Rb. Arnhem 21 november 2001, *BJ* 2002/16 stelt de rechter – *“indien al uitgegaan zou moeten worden van een ‘dubbele toetsing’”* – vast dat in casu gedwongen behandeling of toepassing van M&M niet gerechtvaardigd is, zodat niet kan worden gezegd dat de nodige bereidheid tot voortzetting van het verblijf ontbreekt. De vraag naar de toelaatbaarheid van dubbele toetsing bleef ook in het midden in Rb. Zutphen 9 december 2004, *BJ* 2005/23, m.nt. Frederiks. In casu werd het gevaar dat voortvloeide uit de agressieve gedragingen van de betrokkene, een verstandelijk gehandicapte man, niet ernstig genoeg bevonden voor een rechterlijke machtiging. Daardoor kwam de rechter niet toe aan de bespreking van het punt dat met de aanvraag mede was beoogd gedwongen behandeling mogelijk te maken.

Een enkele maal is dubbele toetsing wel uitdrukkelijk toegepast.

Rb. Groningen 23 september 2005 en 1 november 2005, *BJ* 2006/14, m.nt. Widdershoven, betrof een vrouw die vrijwillig in het psychiatrische ziekenhuis verbleef, maar geen ECT meer wenste. *“Hoewel strikt genomen de gevraagde machtiging vooral beoordeeld moet worden naar de beide in de Wet Bopz genoemde criteria (stoornis van de geestvermogens en gevaar), acht de rechtbank zich vrij – en acht zij het aangewezen – ook de met dwangopname beoogde doelstelling in ogenschouw te*

nemen.” De machtiging wordt vervolgens verleend; de bezwaren van betrokkene tegen ECT zijn niet los te zien van de ziekte waarvoor zij wordt behandeld.

Al met al betekent volgens de Hoge Raad een geclausuleerde bereidverklaring tot vrijwillige opneming en verblijf niet zonder meer dat de patiënt blijk geeft van de nodige bereidheid daartoe. Ofschoon dit kan betekenen dat de rechter zich impliciet een oordeel vormt over de voorgenomen behandeling, brengt dit op zichzelf nog geen dubbele toetsing mee, in die zin dat de rechter in het kader van de machtigingsprocedure ook zou moeten c.q. mogen toetsen aan de criteria voor dwangbehandeling. Over de toelaatbaarheid van dubbele toetsing heeft de Hoge Raad zich nog niet uitgelaten. De lagere rechter past dubbele toetsing soms toe of laat het in het midden. Door het schrappen van de eis dat voor dwangbehandeling het gevaar ernstig moet zijn heeft de kwestie aan betekenis ingeboet, al is zij niet zonder belang geworden. Immers, dwangbehandeling ziet op gevaar binnen het ziekenhuis. Door de komende wetswijziging, waardoor dwangbehandeling ook mogelijk wordt als het gevaar niet binnen redelijke termijn kan worden weggenomen,⁶ zal ook dit verschil gerelativeerd worden.

4.7 Dwangtoepassing in verband met somatische aandoeningen

Het niet laten behandelen van een somatische aandoening kan samenhangen met een psychiatrische stoornis en aldus termen opleveren voor dwangopneming. Dwangbehandeling op basis van art. 38 lid 5 Wet Bopz kan echter niet rechtstreeks betrekking hebben op de somatische aandoening; deze kan slechts gericht zijn op de onderliggende geestesstoornis. Wel kan de dwangopname ertoe bijdragen dat de betrokkene bereid is om de somatische behandeling te accepteren. Deze lijn wordt gevolgd in Rb. Amsterdam 13 november 2002, *BJ* 2003/49, m.nt. Dute, waarin uitdrukkelijk naar voren komt dat de opname geschiedt om de patiënte te behandelen voor haar psychose. De rechtbank overweegt (in de taalkundig weinig fraaie zin) dat *“in het onderhavige geval geen sprake is dat de opname krachtens de Wet Bopz uitsluitend voor de behandeling van het longcarcinoom wordt gebruikt, maar is bedoeld om gunstige voorwaarden te scheppen waarbinnen een dergelijke behandeling kan plaatsvinden.”*

Zie ook Rb. ‘s-Hertogenbosch 25 maart 2005, *BJ* 2005/21, waarbij in confesso was dat aan de psychotische patiënte niet met dwang de benodigde medicijnen voor de ziekte van Willebrand (gestoorde bloedstolling) konden worden aangeboden.

De rechtspraak laat echter zien dat de Wet Bopz ook wordt gebruikt om meer rechtstreeks dwang uit te oefenen tot het ondergaan van een somatische

behandeling. In Rb. Amsterdam 23 januari 2003, *BJ* 2003/50, m.nt. Dute, wordt aan de eerder geschetste lijn wel lippendienst bewezen, maar in feite een paraplu-machtiging afgegeven om een stok achter de deur te hebben opdat betrokkene zich in verband met haar carcinoom laat onderzoeken. In Rb. Middelburg 18 maart 2003, *BJ* 2003/56, m.nt. Dute, wordt een voorlopige machtiging voor de duur van twee maanden verleend “voor de nodige behandeling van het ontstoken been met open wond.”

In genoemde uitspraken wordt niet ingegaan op de mogelijkheden die art. 7:465 lid 6 BW in dit verband biedt.

Rb. Arnhem 6 november 2001, *BJ* 2002/15, m.nt. red., gaat wel in op de verhouding Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (Wgbo) en Wet Bopz, maar heeft geen betrekking op somatische dwang. Het gaat hier om de omgekeerde situatie, namelijk de bruikbaarheid van de Wgbo voor dwang in verband met een psychiatrische stoornis. In dat verband wordt overwogen: *“Naar het oordeel van de rechtbank vloeit uit de strekking van de Wet Bopz en de Wgbo voort dat in gevallen als de onderhavige dwangbehandeling in beginsel slechts kan worden toegepast als sprake is van een opname krachtens een rechterlijke machtiging of een inbewaringstelling. De Wet Bopz bevat immers, in tegenstelling tot de Wgbo, een op die situatie toegesneden rechtsbescherming. Het zou in strijd met de bedoeling van de wetgever zijn om vrijwillig opgenomen patiënten minder rechtsbescherming te bieden dan de Bopz-patiënten. De artikelen 7:465 lid 6 en 7:466 lid 1 BW zien daarom niet op dit soort dwangbehandelingen.”*

Art. 7:465 lid 6 BW was wel aan de orde in Rb. Amsterdam 26 juni 2006, m.nt. Widdershoven. De patiënt, die met een lbs was opgenomen op de afdeling psychiatrie van een algemeen ziekenhuis, was overgeplaatst naar de afdeling intensive care, waar hij kunstmatig in slaap werd gehouden. Het verzoek om een machtiging tot voortzetting van de lbs werd afgewezen, omdat met toepassing van de “Wgbo” het gevaar werd afgewend. De rechter overwoog dat “een maatregel op basis van de Wgbo en een maatregel op basis van de Wet Bopz niet tegelijkertijd van toepassing kunnen zijn.” Volgens de annotator illustreert deze uitspraak de beperkte blik van de Wet Bopz, waarvan de reikwijdte wordt bepaald door onvrijwillige interventies bij psychiatrische problematiek in een psychiatrische setting. Gewezen wordt nog op Rb. Zutphen 4 juli 2006, *BJ* 2006/44, m.nt. red., waarin een verzoek om een voorlopige machtiging wordt afgewezen vanwege de noodzaak van medische verzorging. Betrokkene was in een ziekenhuis opgenomen voor een operatie die zal leiden tot amputatie van zijn onderbeen. De behandeling werd van levensbelang geacht. Voor zover er al sprake was van gevaar werd dit afgewend door de noodzaak van opname en revalidatie die door betrokkene werd aanvaard.

4.8 Wilsbekwaamheid

De problematiek van de (vaststelling van de) wilsbekwaamheid speelt maar zelden een expliciete rol in de jurisprudentie. Wilsonbekwaamheid ten aanzien van elektroconvulsiotherapie werd aangenomen in Rb. Groningen 23 september 2005 en 1 november 2005, *BJ* 2006/14, m.nt. Widdershoven. In een uitspraak van een (niet nader aangeduide) klachtencommissie (PVP-krant 2004, nr. 1, p. 8) werd tot wilsonbekwaamheid geconcludeerd omdat geen sprake was van ziektebesef en inzicht in de gevolgen van het weigeren van medicatie. In Rb. Arnhem 20 juli 2005, *BJ* 2005/40, m.nt. Welie, bleek de wilsbekwaamheidsbeoordeling beslissend te zijn voor de uitkomst van de klachtenprocedure.

In deze casus had de curator de toestemming voor medicatie, waarmee de patiënt zelf wel instemde, ingetrokken. Of deze intrekking van de toestemming door de curator juridisch relevant was, hing af van de vraag of de patiënt als wilsbekwaam moest worden aangemerkt. De rechter beveelt een deskundigenonderzoek naar de wilsbekwaamheid van betrokkene, waaruit wilsbekwaamheid blijkt ten aanzien van de voorliggende medicatiebeslissing, zodat van dwangbehandeling geen sprake kon zijn.

4.9 Procedurele kwesties

4.9.1 Bevoegdheid tot beslissen over dwangbehandeling

Art. 38 lid 5 Wet Bopz geeft niet aan welke bestuursorgaan bevoegd is te beslissen tot dwangbehandeling. Algemeen wordt aangenomen dat dit de voor de behandeling verantwoordelijke persoon is. Maar moet deze persoon ook een psychiater c.q. arts zijn? De behandelverantwoordelijke hoeft immers niet per se een arts te zijn, zo blijkt uit art. 36 lid 1 Wet Bopz. Volgens Rb. Dordrecht 10 november 2004, *BJ* 2005/8, m.nt. De Roode, is echter de toepassing van vrijheidsbenemende maatregelen ex art. 38 Wet Bopz voorbehouden aan een psychiater dan wel (bij een bekende patiënt) een arts.

De rechter overwoog: *“Waar separatie bij wijze van dwangbehandeling (...) een vrijheidsbenemende maatregel is (...) is in beginsel geen ander dan een (de patiënt behandelend) psychiater tot het nemen van een besluit daartoe bevoegd. Immers, per geval dient te worden vastgesteld of sprake is van gevaar ‘voortvloeiende uit de stoornis van de geestvermogens’ van de patiënt, danwel van anderszins gevaar. Bij een (...) ‘bekende patiënt’ (...) kan die beoordeling binnen het door de behandelend psychiater gestelde kader ook door een (gewone) arts verricht worden.”* Niettemin *“moet het aanvaardbaar worden geacht dat in noodsituaties (...) gedwongen separatie wordt toegepast door een verpleegkundige, mits dadelijk daarna een arts de betreffende beoordeling alsnog komt verrichten.”*

4.9.2 Duur dwangbehandeling

De Wet Bopz regelt niet hoe lang dwangbehandeling mag duren. Rb. Dordrecht 3 maart 2004, *BJ* 2004/27, m.nt. Zuiderhoudt, werd geconfronteerd met een dwangbehandelingsplan dat zich uitstrekte over een periode van meerdere machtigingen. Volgens de rechter eindigt bij verstrijken van de termijn van de machtiging ook de geldigheid van het dwangbehandelingsplan. Bij een nieuwe machtiging dient opnieuw de noodzaak van dwangbehandeling te worden gezien. Ook mag bij (iedere) intrekking van voorwaardelijk ontslag het behandelingsplan niet zomaar herleven. In verband met de waarborgen waarmee dwangtoepassing is omgeven zal telkens opnieuw de noodzaak van dwangbehandeling moeten worden gezien. Daarentegen oordeelt Rb. Assen 24 december 2003, *BJ* 2004/26 *“dat een behandelingsplan, waarin in dwangbehandeling is voorzien, langere tijd kan voortduren indien de concrete omstandigheden van het geval geen aanleiding geven tot wijziging van dat behandelingsplan. Met name kan dit het geval zijn bij een gebleken min of meer vast patroon in het verloop van de ziekte en daaruit voortvloeiende (ernstige) gevaren voor personen.”* Voorts is de rechter van oordeel dat een voorwaardelijk ontslag/proefverlof niet zonder meer betekent dat de mogelijkheid tot dwangbehandeling, voorzien in een behandelingsplan, is vervallen.

De wet schrijft geen periodieke toetsing van de dwangbehandeling voor. Rb. Assen 24 december 2003, *BJ* 2004/26 vond dat in zoverre geen probleem dat voor de patiënt altijd de weg naar de klachtencommissie en vervolgens de rechtbank openstaat. Voor wat betreft separatie als dwangbehandeling was Rb. Dordrecht 14 juli 2006, *BJ* 2006/53 van oordeel dat de behandelend psychiater in ieder geval elke zeven dagen in een persoonlijk onderzoek van betrokkene zich van de noodzaak tot voortzetting dient te vergewissen. Daarbij werd aangeknoopt bij de maximumtermijn voor de toepassing van middelen en maatregelen.

Rb. Dordrecht 3 maart 2004, *BJ* 2004/27, m.nt. Zuiderhoudt, maakt duidelijk dat in het dwangbehandelingsplan moet worden aangegeven welke criteria worden gehanteerd bij de evaluatie van de noodzaak tot dwangtoepassing. Anders is het voor de betrokkene onduidelijk wanneer de dwangbehandeling kan eindigen. De rechtbank zegt overigens niet wat die criteria zouden moeten inhouden. In casu werd in het behandelingsplan gesproken van maandelijks evaluatie, maar de rechtbank laat in het midden of dit als een minimumvereiste moet worden gezien. Rb. Dordrecht 9 april 2003, *BJ* 2003/29, m.nt. Zuiderhoudt, vond de regeling van de beëindiging van het behandelingsplan *“te vaag”*. Door de hoge frequentie van de separaties was feitelijk sprake van een gedwongen behandeling voor onbepaalde duur. *“Ook is niet zeker gesteld dat de (volstreekte) noodzaak van de gedwongen separaties periodiek wordt getoetst. (...) In aanmerking nemend dat het bij gedwongen separatie gaat om een vrijheidsbenemende maatregel, worden de rechten van de betrokkene hierdoor onvoldoende gewaarborgd.”*

4.9.3 Informeren van de patiënt

Uit Rb. Groningen 21 november 2003, *BJ* 2004/58, m.nt. Bröring, blijkt dat de rechter er aan hecht dat met een patiënt, die met medicijnen wordt behandeld voor haar psychose, de noodzaak van die behandeling met haar wordt besproken, maar in casu was het voldoende aannemelijk dat dit was gebeurd. En Rb. Assen 24 december 2003, *BJ* 2004/26 overwoog: *“Het gegeven dat van te voren op basis van ervaring met deze patiënt al aangenomen kan worden dat geen overeenstemming zal worden bereikt of wel bereikte overeenstemming kort daarna weer zal worden aangetast door de patiënt is geen wettelijk geoorloofde reden om de noodzakelijk geachte medicatie in het kader van een behandelplan niet met de patiënt te bespreken.”*

In de PVP-krant (2003, nr. 1, p. 8–9) oordeelde een (niet nader aangeduide) klachtencommissie de klacht dat over de dwangbehandeling en de beroepsmogelijkheden daartegen te weinig informatie was gegeven, ongegrond. Wel zag de commissie ruimte voor verbetering en deed de aanbeveling dat voortaan iedere patiënt bij het eerste contact met de instelling de brochures over rechten en voorzieningen zou moeten krijgen.

4.9.4 Verslaglegging

De Wet Bopz kent geen regels voor de verslaglegging. Goede dossiervoering is echter noodzakelijk en kan worden gefundeerd op de Wgbo. In Rb. Groningen 21 november 2003, *BJ* 2004/58, m.nt. Bröring, wordt geoordeeld dat *“wat meer expliciet had mogen worden vastgelegd”* dat met betrokkene de noodzaak van medicijngebruik was besproken. Rb. 's-Hertogenbosch 25 maart 2005, *BJ* 2005/21 vindt dat *“het gevaar en de volstreekte noodzaak tot afwending daarvan door gedwongen behandeling op zorgvuldige wijze [dient] te worden beschreven.”* Vanwege de uitgebreide toelichting ter terechtzitting 'dekt' de rechter evenwel de tekortschietende verslaglegging.

In Rb. Utrecht 18 september 2000, *BJ* 2001/32, m.nt. Widdershoven, stelt de behandelend psychiater dat vanaf zeker moment geen sprake meer was van dwangbehandeling, omdat de medicatie werd ingenomen op basis van mondelinge overeenstemming. De rechter houdt deze stelling voor juist, omdat de betrokken patiënt haar niet (gemotiveerd) heeft weersproken. De annotator vraagt zich af of de patiënt niet eenvoudigweg had moeten kunnen verwijzen naar het medische dossier. Een dergelijk onderwerp behoort daarin te zijn opgenomen.

4.9.5 Melding

Art. 38 lid 6 Wet Bopz schrijft voor dat de geneesheer-directeur uiterlijk bij het begin van de dwangbehandeling de inspecteur daarvan in kennis stelt. Tegen deze bepaling wordt volgens de annotator bij Rb. Zutphen 13 november 2003, *BJ* 2004/61, m.nt.

Zuiderhoudt, *“massaal gezondigd”*. Deze uitspraak, waarin de melding pas een maand later werd gedaan, onderstreept het belang van de naleving van de bepaling, die wordt gezien als *“een belangrijk formeel vereiste tot het besluit van toepassing van dwangbehandeling.”*

Volgens de rechtbank *“ziet de controlerende taak van de inspecteur, gelet op (...) de artikelen 63 en 64 van de Wet Bopz, op een verantwoorde behandeling, verpleging, verzorging en bejegening van personen wier geestvermogens zijn gestoord.”* Tijdige melding was in casu met name ook van belang *“gelet op de verstrekkendheid van de maatregel alsmede gezien de omstandigheid dat betrokkene de gestelde diagnose niet kon onderschrijven en zich verzette tegen dwangbehandeling.”* Zonder verder onderzoek naar de klacht wordt deze terstond gegrond verklaard.

In de PVP-krant (2004, nr. 1, p. 8) stelt een (niet nader aangeduide) klachtencommissie vast dat van de dwangbehandeling geen melding is gemaakt bij de eerste geneeskundige van de instelling, en mede hierom wordt de klacht gegrond verklaard.

4.9.6 **Rechterlijke toetsing van klacht over dwangbehandeling**

Waarover moet de rechter precies een oordeel geven indien wordt geklaagd over dwangbehandeling? Rb. Assen 23 mei 2006, *BJ* 2006/41 m.nt. Bröring, noemt vier mogelijkheden: de beslissing van de behandelaar, de klacht zoals oorspronkelijk bij de klachtencommissie ingediend, de beslissing van de klachtencommissie dan wel de rechtmatigheid van de dwangbehandeling. De rechtbank koos voor het laatste, daarmee aanknopend bij twee arresten van de Hoge Raad waarin deze besloot tot toetsing ex nunc bij de beoordeling van een afwijzing van een ontslagverzoek respectievelijk van een besluit tot dwangopname bij een voorwaardelijke machtiging.

4.9.7 **Schadevergoeding**

Na gegrondverklaring van een klacht kan een schadevergoedingsactie worden ingesteld. Een gegrondverklaring van de klacht door de rechter heeft voor de burgerlijke rechter die over de schadevergoedingsactie heeft te oordelen *“in beginsel”* bindende kracht, *“niet alleen bij zijn oordeel omtrent de onrechtmatigheid maar ook daarbuiten, zoals bij de toerekening van de onrechtmatige daad”*; aldus Rb. 's-Hertogenbosch 2 november 2001, *BJ* 2002/18, m.nt. red.

In casu was de rechter van oordeel dat door de ongeoorloofde dwangmaatregelen (separatie en dwangmedicatie) betrokkene in zijn persoon was aangetast. Verrekening van het eventuele voordeel van de gunstige invloed van de medicatie wordt niet redelijk geacht. Voor de onrechtmatige separatie wordt een schadevergoeding van € 50,- billijk gevonden (waarbij rekening is gehouden met het feit dat een patiënt als gevolg van zijn gedwongen opname al aanzienlijk in zijn

vrijheid is beperkt); voor de onrechtmatige dwangmedicatie wordt een vergoeding van € 100,- per keer toegekend. Rb. Zutphen 6 juli 2006, *BJ* 2006/58 kende voor onrechtmatige separatie € 50,- per dag toe.

Zie verder Rb. Breda 18 juli 2000 en 10 juli 2001, *BJ* 2001/60, m.nt. Blok, waarin, na gegroundverklaring van klachten met betrekking tot naakt separeren, dwangmedicatie en beperkingen van bezoek en telefoonverkeer, immateriële schadevergoeding werd toegekend voor de separatie en dwangmedicatie. Voor het beperken van bezoek en telefoonverkeer werd geen vergoeding gegeven en voor de kosten van rechtsbijstand evenmin.

4.10 Middelen en Maatregelen (art. 39 Wet Bopz)

Op grond van art. 39 Wet Bopz mogen middelen of maatregelen worden toegepast ter overbrugging van tijdelijke noodsituaties welke door de patiënt in het ziekenhuis als gevolg van de stoornis van de geestvermogens worden veroorzaakt. Soms worden de criteria wat verward met die van art. 38 Wet Bopz. Zo was van een "acute" noodsituatie, die separatie rechtvaardigde, sprake in Rb. 's-Hertogenbosch 25 juli 2003, *BJ* 2003/43, waar *"de gegronde vrees bestond dat verzoekster onder invloed van haar stoornis verpleegkundigen en met name een door verzoekster bij naam genoemde verpleegkundige of medepatiënten ernstig zou verwonden met een mesje waarvan werd vermoed dat verzoekster wist waar zich dat bevond. De separatie was derhalve absoluut noodzakelijk om ernstig gevaar voor anderen, voortvloeiend uit de stoornis van de geestvermogens van verzoekster af te wenden."*

Geen tijdelijke noodsituatie werd aangenomen in Rb. Utrecht 18 september 2000, *BJ* 2001/32, m.nt. Widdershoven, waar op een gegeven moment sprake was van het oplopen van spanning bij patiënte, dreiging van sociaal-maatschappelijke teloorgang en zeer problematisch gedrag ten aanzien van medepatiënten. Wel werd separatie direct na de lbs-opname toelaatbaar geacht vanwege het feit dat betrokkene *"als manifest suïcidaal werd ingeschat"*. In zijn noot bestrijdt Widdershoven de gedachte dat de wetgever separatie minder ingrijpend zou vinden dan dwangmedicatie. De wetgever maakt op dit punt geen onderscheid. Wel kan in een concrete casus het ene middel minder verstrekkend zijn dan het andere, omdat dwangtoepassing dient te voldoen aan de vereisten van doelmatigheid, proportionaliteit en subsidiariteit.

De toelaatbare middelen en maatregelen zijn opgesomd in het Besluit middelen en maatregelen Wet Bopz en betreffen: afzondering, separatie, fixatie, medicatie en toediening van vocht of voeding. Volgens Klachtencommissie De Meren, GGZ Buiten-Amstel en Mentrum 15 september 2000, *BJ* 2001/17, m.nt. Zuiderhoudt, is douchen onder dwang met toepassing van de zogenoemde CFb-technieken (= Controle Fysieke beheersing) aan te merken als fixatie. Van een noodsituatie (gevaar voor chronische zelfverwaarlozing en gevaar voor hygiëne op de afdeling) was echter

niets gebleken. Door middel van het behandelplan had in de persoonlijke hygiëne kunnen worden voorzien. De klachtencommissie vraagt voorts, in een overweging ten overvloede, aandacht voor de noodzaak het grievende en vernederende effect van de ingreep zoveel mogelijk te beperken.

Gewezen wordt nog op Rb. Assen 24 december 2003, *BJ* 2004/26: *“Indien wordt voldaan aan de eisen van artikel 39 Wet Bopz mag, als de in het behandelingsplan opgenomen medicatie onvoldoende is ter bestrijding van een crisis, aanvullende medicatie worden toegediend, doch uitsluitend voor de crisisbestrijding, dus met de daaruit voortvloeiende beperkingen wat de werkingsduur betreft. Daarbij past de kanttekening dat indien een middel (...) zowel crisisbestrijding als behandeling kan dienen, het geoorloofd is het middel dat mede als behandeling kan dienen te benutten.”*

4.11 Overige vrijheidsbeperkende maatregelen (art. 40 Wet Bopz)

Naast de regeling van de dwangbehandeling en de toepassing van middelen en maatregelen kunnen op grond van art. 40 Wet Bopz bepaalde vrijheden worden beperkt. Het betreft de controle op poststukken en de beperking van het bezoek, de bewegingsvrijheid en het telefoonverkeer. De beperking van individuele vrijheden, zoals hier aan de orde, moet worden onderscheiden van de beperkingen die voor alle cliënten gelden op grond van de huisregels.

4.11.1 Bezoek

Het bezoekrecht mag op grond van art. 40 lid 2 Wet Bopz worden beperkt als van het bezoek ernstige nadelige gevolgen moeten worden gevreesd voor de gezondheidstoestand van de betrokken patiënt. Een voorbeeld hiervan is Rb. 's-Hertogenbosch 26 juli 2002, *BJ* 2002/40, m.nt. Widdershoven, waar klager tevergeefs opkwam tegen het feit dat bezoek van zijn ouders was geweigerd. In de PVP-krant (2002, nr. 2, p. 10) mocht een moeder haar twee kinderen niet zien, met name vanwege de lange reistijd van de kinderen in relatie tot de korte duur van het bezoek. Het belang van de kinderen is echter geen wettelijke grond om het bezoekrecht te beperken, aldus de (niet nader aangeduide) klachtencommissie.

4.11.2 Bewegingsvrijheid

Huisregels mogen geen andere regels bevatten dan die nodig zijn voor een ordelijke gang van zaken en zij mogen de vrijheid van handelen van de patiënt niet verder beperken dan nodig, aldus het Besluit Rechtspositieregelen Wet Bopz. Wat nodig is voor een ordelijke gang van zaken is echter mede afhankelijk van de categorie patiënten die in het ziekenhuis verblijven, aldus Rb. 's-Hertogenbosch 14 oktober 2003, *BJ* 2004/11, m.nt. Legemaate.

In casu ging het om een patiënt aan wie TBS met dwangverpleging was opgelegd en die, zo bepaalden de huisregels, geen gebruik mocht maken van verleende vrijheden tijdens de vastgestelde uren voor therapie- en activiteitenprogramma's, tenzij anders overeengekomen in het behandelplan. Volgens de rechter mogen dergelijke patiënten via huisregels tot deelname aan therapieën worden gestimuleerd, tenzij vrijheden "onevenredig sterk" zouden worden ingeperkt, maar daarvan was in casu geen sprake.

Volgens Rb. 's-Hertogenbosch 27 maart 2003, *BJ* 2003/31 m.nt. Widdershoven, moet echter worden aangenomen "dat de wetgever er destijds, bij de invoering van de *Wet Bopz*, willens en wetens voor heeft gekozen om nagenoeg dezelfde rechten toe te kennen aan patiënten die zijn opgenomen in een niet-justitiële inrichting met een strafrechtelijke maatregel als aan patiënten die op grond van een *lbs* onvrijwillig in een dergelijke inrichting zijn opgenomen." In de huisregels was bepaald dat er bij opname geen bewegingsvrijheid was (vrijheden konden pas worden verkregen na bespreking van het behandelplan), hetgeen in strijd werd geacht met de *Wet Bopz*.

In Rb. 's-Hertogenbosch 27 september 2002, *BJ* 2002/54 werd de beperking van de bewegingsvrijheid geoorloofd geacht, omdat betrokkene anders waarschijnlijk uit de inrichting zou ontsnappen en zich onder invloed van drugs en alcohol schuldig zou maken aan strafbare feiten.

4.11.3 Huisregels

Zoals gezien mogen huisregels geen andere regels bevatten dan die nodig zijn voor een ordelijke gang van zaken en de vrijheid niet verder beperken dan nodig. In Rb. 's-Hertogenbosch 6 maart 2001, m.nt. Widdershoven, gaat de rechter voorbij aan de vraag naar de rechtmatigheid van de huisregels, waarin was bepaald dat cliënten gedurende de therapietijden (die liepen van 8.30–12.00 uur en van 13.30–16.30 uur) binnen diende te blijven, om te oordelen dat het feit dat voorheen ten aanzien van betrokkene afwijking werd gedoogd niet meebrengt dat de regels op haar niet langer van toepassing zouden zijn. Volgens de annotator kan echter een algemene bepaling dat patiënten gedurende de therapietijden binnen dienen te blijven "domweg niet door de beugel."

Zoals gezien denkt Rb. 's-Hertogenbosch 14 oktober 2003, *BJ* 2004/11, m.nt. Legemaate (zie § 4.11.2) hier anders over, in elk geval ten aanzien van patiënten die in de instelling verblijven op grond van TBS met dwangverpleging.

4.12 Goed hulpverlenerschap

Op grond van art. 7:453 BW (jo. art. 7:464 BW) is de hulpverlener, ook als hij dwang toepast, gehouden zich te gedragen als een goed hulpverlener. Schending van deze norm kan onder meer leiden tot tuchtrechtelijke aansprakelijkheid. Goed hulpverlenerschap kan aan de orde zijn bij het toepassen van dwang, maar ook bij het ten onrechte nalaten van noodzakelijke dwangmaatregelen. Wat dit laatste betreft: in Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg 8 november 2001, *BJ* 2002/32, m.nt. Zuiderhoudt, verweet de vader/mentor van een door suïcide om het leven gekomen vrouw die vrijwillig in een psychiatrisch ziekenhuis verbleef, de eindverantwoordelijke psychiater onvoldoende maatregelen te hebben getroffen ter afwending van het suïcidegevaar. Naar het oordeel van het college was echter *“op verantwoorde wijze een gecalculeerd risico genomen”*, waarbij toepassing van dwangmaatregelen en opsluiting niet pasten. Aan de criteria voor een lbs zou niet zijn voldaan. Ook was het de vraag of dwangmaatregelen de kans op suïcide effectief zouden verkleinen.

In Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg 20 februari 2001, *BJ* 2001/35, m.nt. Legemaate, had ondeugdelijke fixatie tot een fatale afloop geleid. Volgens het college is de geneesheer-directeur verantwoordelijk voor het fixatiebeleid, maar door het ontbreken binnen de beroepsgroep van algemeen aanvaarde richtlijnen kon hem niet worden verweten terzake geen protocollen tot stand te hebben gebracht. Ook anderszins trof hem geen verwijt.

In zijn noot onder Rb. Arnhem 20 juli 2005, *BJ* 2005/40 (zie §4.8) verdedigt Welie het standpunt dat de weigering van toestemming van de curator bij een wilsonbekwame patiënt die zich niet verzet, reeds zou moeten kunnen worden overruled op grond van goed hulpverlenerschap (en dus niet pas bij het bestaan van gevaar).

4.13 Jurisprudentie Europese Hof ter Bescherming van de Rechten van de Mens⁷

4.13.1 Inleiding

In deze paragraaf wordt de jurisprudentie behandeld met betrekking tot dwang en drang binnen de instelling, zoals gewezen door het Europese Hof ter Bescherming van de Rechten van de Mens (EHRM). Dit overzicht is niet beperkt tot de periode 2001–2006, maar omvat alle relevante jurisprudentie op dit punt.

Twee bepalingen uit het Europese Verdrag ter Bescherming van de Rechten van de Mens en de Fundamentele Vrijheden (EVRM) staan centraal. In de eerste plaats is van belang art. 3 EVRM, dat bepaalt dat niemand mag worden onderworpen aan

7 Voor de samenstelling van deze paragraaf is veelvuldig gebruik gemaakt van het recent verschenen overzichtswerk van Bartlett, Lewis, & Thorold (2007).

marteling of onmenselijke of vernederende behandeling of bestraffing. Het gaat hier om een absoluut verbod. In de tweede plaats is belangrijk art. 8 EVRM, dat het recht op respect voor het privé- en gezinsleven bevat. Dit recht mag alleen worden beperkt, in overeenstemming met de wet, wanneer dit noodzakelijk is in het belang van de nationale veiligheid, de openbare veiligheid of het economisch welzijn van het land, voor de preventie van wanordelijkheden of misdaad, voor de bescherming van de gezondheid of de goede zeden of de rechten en vrijheden van anderen. Onder omstandigheden kunnen met betrekking tot het verblijf binnen de instelling ook andere bepalingen van het EVRM van betekenis zijn. Zo kan schending van art. 5 EVRM aan de orde komen als de patiënt in een kennelijk niet-therapeutische omgeving wordt vastgehouden. Ook de godsdienstvrijheid (art. 9 EVRM) en het discriminatieverbod (art. 14) kunnen aan de orde zijn. In deze paragraaf, die zich toespitst op dwang en drang binnen de instelling, zullen deze bepalingen, en de daaraan gerelateerde jurisprudentie, verder buiten beschouwing blijven. Hieronder zal eerst worden ingegaan op de jurisprudentie inzake gedwongen behandeling. Dan komt de jurisprudentie inzake de toepassing van middelen en maatregelen aan de orde. Vervolgens wordt ingegaan op de jurisprudentie inzake vrijheidsbeperkingen als bedoeld in artt. 36 en 40 Wet Bopz. Enkele slotopmerkingen sluiten deze paragraaf af. Volledigheidshalve wordt nog opgemerkt dat de genoemde artt. 3 en 8 EVRM ook anderszins relevant kunnen zijn voor het verblijf binnen een psychiatrisch ziekenhuis. Te denken valt voor wat betreft art. 3 EVRM aan het onder de maat zijn van de leefomstandigheden binnen de instelling en voor wat betreft art. 8 EVRM aan dossiervorming, de toegang tot het medische dossier en de verstrekking van medische gegevens aan derden. Deze aspecten blijven hier verder buiten beschouwing.

De verplichtingen die voortvloeien uit het EVRM richten zich primair tot de overheid. Door gebruik te maken van de Bopz-bevoegdheden handelen (organen van) psychiatrische ziekenhuizen als overheidsorganen, zodat de normen van het EVRM zich rechtstreeks tot hen richten. Overigens kan de overheid ook op handelingen van private instellingen worden aangesproken als daarbij EVRM-rechten in het geding komen, meer in het bijzonder waar het betreft kwetsbare groepen zoals psychiatrische patiënten (EHRM 23 september 1998, 25599/94, A. tegen het Verenigd Koninkrijk; EHRM 16 juni 2005, 61603/00, Storck tegen Duitsland). Op grond van art. 13 EVRM moet de overheid immers instaan voor een effectief rechtsmiddel als iemands rechten of vrijheden, zoals gegarandeerd door het EVRM, worden geschonden.

4.13.2 EHRM-jurisprudentie inzake gedwongen behandeling

Art. 38 Wet Bopz gaat uit van een recht op behandeling van de gedwongen opgenomen psychiatrische patiënt. Gedwongen behandeling is slechts toelaatbaar indien de betrokkene als gevolg van zijn geestesstoornis gevaar oplevert voor zichzelf of voor anderen. Het betreft hier gevaar binnen het ziekenhuis. Op grond van

wetsvoorstel 30492 is een nieuwe grond voor dwangbehandeling aan de wet toegevoegd, te weten als *“zonder die behandeling het gevaar dat betrokkene door een stoornis van de geestvermogens doet veroorzaken, niet binnen een redelijke termijn kan worden weggenomen.”* Daarmee vormt ook mogelijk gevaar buiten het ziekenhuis een grond voor dwangbehandeling.

Volgens het Europese Hof geldt als algemene regel dat een behandeling die beschouwd kan worden als een *“therapeutic necessity”* – dat wil zeggen die wordt toegepast *“on the basis of the recognisable rules of medical science”* –, niet kan worden gekwalificeerd als onmenselijk of vernederend. Beslissend zijn in beginsel de *“established principles of medicine”*, aldus het Hof. Het ontbreken van toestemming als zodanig doet een toegepaste behandeling dus nog niet binnen de reikwijdte van art. 3 EVRM vallen, althans wanneer het gaat om patiënten *“who are entirely incapable of deciding for themselves”* (EHRM 24 september 1992, 10533/83, Herczegfalvy tegen Oostenrijk). In hoeverre het uitgangspunt ook opgaat ten aanzien van wilsbekwamen is onduidelijk.

Zie ook EHRM 28 februari 2006, 14659/02, Wilkinson tegen het Verenigd Koninkrijk, dat volgens annotator Hendriks onder BJ 2006/21 *“duidt op een minder strikte relatie tussen dwangbehandeling en wilsonbekwaamheid als aangenomen in de zaak Herczegfalvy.”*

Bartlett et al. (2007) wijzen er op dat niet elke behandeling die zonder toestemming wordt uitgevoerd onder art. 3 EVRM kan vallen, aangezien dat artikel vereist dat er sprake moet zijn van een *“minimum level of severity.”* Voor dwangmedicatie sluiten zij dit intussen niet uit.⁸ De beoordeling van de medische noodzaak laat het Hof in beginsel over aan de nationale autoriteiten, die daarbij *“a certain margin of appreciation”* toekomen. Verschil van mening tussen deskundigen betekent op zichzelf nog niet dat er geen medische noodzaak bestaat (EHRM 28 februari 2006, 14659/02, Wilkinson tegen het Verenigd Koninkrijk). Het criterium van medische noodzaak is in elk geval niet beperkt tot levensreddende behandelingen, maar kan ook betrekking hebben op bijvoorbeeld antipsychotische medicatie als onderdeel van een therapeutisch regime (EHRM 25 september 1996, 20348/92, Buckley tegen het Verenigd Koninkrijk). Voor dwangbehandeling is geen voorafgaand rechterlijk verlof vereist en evenmin is vereist dat betrokkene voorafgaand aan de toepassing van de dwangbehandeling het oordeel van de rechter kan invoeren (EHRM 28 februari 2006, 14659/02, Wilkinson tegen het Verenigd Koninkrijk).

Belangrijker dan art. 3 EVRM is waarschijnlijk art. 8 EVRM. Volgens het Hof is een gedwongen medische ingreep, *“even if it is of minor importance”*, een schending van art. 8 EVRM (EHRM 5 juli 1999, 31534/96, Matter tegen Slowakije; EHRM 22 juli 2003, 24209/94, Y.F. tegen Turkije). Wilsbekwaamheid is daarbij niet van belang.

Deze schending zal zijn rechtvaardiging moeten vinden in de gronden genoemd in het tweede lid van dit artikel. Dit betekent in de eerste plaats dat de inbreuk een basis moet vinden in de wet, die toegankelijk is voor de betrokkene, voldoende nauwkeurig is en in procedurele waarborgen voorziet. In de tweede plaats zal de inbreuk moeten worden gelegitimeerd door een van de in lid 2 genoemde belangen. Bartlett et al. vragen zich in dit verband af of dwangbehandeling van wilsbekwame psychiatrische patiënten wel kan worden aangemerkt als noodzakelijk in een democratische samenleving. Volgens hen zijn er democratische samenlevingen “*that survive perfectly well without it.*” Zij wijzen daarbij tevens op de overweging van het Hof in het genoemde arrest Y.F. tegen Turkije (dat overigens betrekking had op gedwongen medisch onderzoek van een gevangene, niet op gedwongen behandeling van een psychiatrische patiënt) dat elke inbreuk op iemands fysieke integriteit diens toestemming behoeft.⁹

4.13.3 EHRM-jurisprudentie inzake middelen en maatregelen

Art. 39 Wet Bopz laat toe dat ter overbrugging van een tijdelijke noodsituatie die door de patiënt in het ziekenhuis als gevolg van de stoornis van de geestvermogens wordt veroorzaakt, een aantal nader aangeduide middelen en maatregelen mogen worden toegepast: afzondering, separatie, fixatie, medicatie en toediening van vocht of voedsel. De toepassing van middelen en maatregelen binnen het psychiatrische ziekenhuis kan door het Europese Hof onder zowel art. 3 EVRM als art. 8 EVRM worden onderzocht. Wanneer art. 3 niet blijkt geschonden, kan nog wel sprake zijn van schending van art. 8 (EHRM 16 december 1997, 20972/92, Raninen tegen Finland). Er is overigens geen EHRM-jurisprudentie die direct betrekking heeft op de toepassing van middelen en maatregelen in psychiatrische ziekenhuizen. De jurisprudentie terzake van bewegings- en vrijheidsbeperkingen binnen gesloten instellingen beperkt zich tot de detentiesituatie. Uit deze jurisprudentie kan worden opgemaakt dat geweldsgebruik alleen gerechtvaardigd kan zijn als dit strikt noodzakelijk is vanwege het gedrag van de betrokkene. Zo niet, dan is sprake van aantasting van de menselijke waardigheid en in beginsel van schending van art. 3 EVRM (zie bijvoorbeeld EHRM 3 oktober 1997, 21592/93, Tekin tegen Turkije). Separatie als zodanig vormt geen schending van art. 3 EVRM. Wel kunnen de redenen waarom separatie is toegepast, de duur alsmede de omstandigheden waaronder de separatie wordt uitgevoerd tot dit oordeel leiden (EHRM 14 mei 1987, 10448/83, Dhoest tegen België). Een goede reden is gevaar voor andere gedetineerden (EHRM 12 december 1983, 9907/82, M. tegen het Verenigd Koninkrijk). Met betrekking tot dwangvoeding heeft het Hof uitgemaakt dat deze maatregel op zichzelf geen schending van art. 3 EVRM oplevert als het leven van de gevangene op het spel staat (EHRM 5 april 2005, 54825/00, Nevmerzhitsky tegen Oekraïne).

Voor de nadere invulling van de verplichtingen die met betrekking tot de toepassing van middelen en maatregelen uit het EVRM voortvloeien, kan onder meer worden aangeknoopt bij de standaarden die zijn uitgebracht door de Europese Commissie voor de Preventie van Marteling en Onmenselijke of Vernederende Behandeling of Bestrafing van de Raad van Europa.¹⁰

4.13.4 EHRM-jurisprudentie inzake vrijheidsbeperkingen ex artt. 36 en 40 Wet Bopz

Art. 36 Wet Bopz bepaalt dat zowel bij opneming als later tijdens het verblijf in het ziekenhuis voorwerpen kunnen worden afgenomen die een gevaar opleveren voor de veiligheid van de patiënt of de goede gang van zaken in het ziekenhuis. Art. 40 Wet Bopz staat toe dat binnen het psychiatrische ziekenhuis onder bepaalde voorwaarden poststukken mogen worden gecontroleerd op meegezonden voorwerpen en dat beperkingen kunnen worden gesteld aan het ontvangen van bezoek, aan de bewegingsvrijheid in en rond het ziekenhuis en aan het recht op vrij telefoonverkeer. De EHRM-jurisprudentie spitst zich in dit verband toe op het stellen van beperkingen aan het onderhouden van contacten met personen buiten de instelling alsmede het doorzoeken en de inbeslagneming van persoonlijke bezittingen. Overigens heeft ook hier de meeste jurisprudentie betrekking op de detentiesituatie en zullen de normen mutatis mutandis op de psychiatrische setting moeten worden toegepast.

Onderzoek en inbeslagneming van voorwerpen is (nagenoeg) steeds een aantasting van het recht op privacy, dat zijn rechtvaardiging zal moeten vinden in het tweede lid van art. 8 (zie onder meer EHRM 16 december 1997, 21353/93, Camerzind tegen Zwitserland). Ook controle van poststukken en beperking van telefoonverkeer en bezoek, raken zonder meer aan art. 8 EVRM (EHRM 27 mei 1997, 20605/92, Halford tegen het Verenigd Koninkrijk). Overigens laat het Hof de lidstaten op dit punt een ruime 'margin of appreciation', zolang de beperkingen hun grondslag vinden in de wet en er geen sprake is van willekeurige toepassing.

Van willekeur was sprake in EHRM 24 september 1992, 10533/83, Herczegfalvy tegen Oostenrijk, waarin het psychiatrische ziekenhuis de uitgaande post van de patiënt (behalve die voor de raadsman en de rechtbank) doorzond naar diens curator, die vervolgens besliste of het betreffende poststuk al dan niet werd doorgestuurd naar de geadresseerde.

Bijzondere waarborgen gelden voor de contacten van de patiënt met diens raadsman. Deze moet vrij kunnen spreken met de betrokkene. Brieven van de raadsman mogen slechts worden gecontroleerd als er een redelijk vermoeden bestaat dat er verboden voorwerpen zijn meegestuurd. Gewaarborgd dient dan te zijn dat de

brieven alleen worden geopend, niet gelezen. Dit laatste mag slechts als er een redelijk vermoeden bestaat dat de relatie tussen de betrokkene en diens raadsman wordt misbruikt (EHRM 25 maart 1992, 13590/88 (Campbell tegen het Verenigd Koninkrijk)).

4.13.5 Slot

Voor de toepassing van dwang en drang binnen de instelling zijn met name de artt. 3 en 8 EVRM van belang. De jurisprudentie over deze artikelen is bescheiden van omvang en heeft voornamelijk betrekking op de detentiesituatie. Er zijn nauwelijks arresten geweest die direct gaan over de positie van de gedwongen opgenomen patiënt. Vooral nog kan uit de jurisprudentie niet worden afgeleid dat de Wet Bopz niet aan de maat van het EVRM zou zijn. Of gedwongen behandeling van wilsbekwame psychiatrische patiënten in overeenstemming is met art. 8 EVRM is nog een open vraag.

4.14 Conclusie

In de onderzochte periode (2001–2006) verviel voor dwangbehandeling de wettelijke eis dat het gevaar ernstig moet zijn. Moeilijk is vast te stellen of dit ook heeft geleid tot een lagere drempel voor dwangbehandeling. De jurisprudentie op dit punt is nogal casuïstisch en liet ook voordien reeds strengere en minder strenge benaderingen zien. De opmars van het latente gevaar, zoals gesignaleerd in de tweede evaluatie, lijkt zich tot één rechtbank te beperken. Wel tekent zich een tendens af om ook gevaar buiten het ziekenhuis als grond voor dwangtoepassing te aanvaarden. Dit was niet de bedoeling van de wetgever bij de versoepeling van het gevaarscriterium. De toetsing aan de criteria van subsidiariteit, proportionaliteit en doelmatigheid lijkt gaandeweg meer uit de verf te komen. Op dit punt is echter zeker nog verbetering mogelijk. De beginselen zouden meer systematisch moeten worden langslopen door de rechter en de klachtencommissies. Dit zou kunnen worden gestimuleerd door de beginselen expliciet in de wet op te nemen of door een uitspraak van de Hoge Raad. Over de toelaatbaarheid c.q. noodzaak van dubbele toetsing heeft de Hoge Raad nog geen uitspraak gedaan. Wel betekent volgens de hoogste rechter een geclausuleerde bereidverklaring tot vrijwillige opname en verblijf niet zonder meer dat de patiënt blijk geeft van de nodige bereidheid daartoe. De lagere rechter past dubbele toetsing soms toe of laat de kwestie in het midden.

Dwangbehandeling op basis van art. 38 lid 5 Wet Bopz kan niet rechtstreeks betrekking hebben op een somatische aandoening. Wel kan de dwangopname ertoe bijdragen dat de betrokkene bereid is om de somatische behandeling te accepteren, maar de jurisprudentie laat ook voorbeelden zien waarin de Wet Bopz wordt gebruikt om de patiënt meer direct tot het ondergaan van een somatische behandeling te dwingen. De verhouding van de Wet Bopz tot art. 7:465 lid 6 BW blijft intussen gecompliceerd.

In de rechtspraak is uitgemaakt dat de toepassing van dwangbehandeling is voorbehouden aan een psychiater dan wel (bij een bekende patiënt) aan een arts. Over de duur van de dwangbehandeling en de noodzaak van periodieke toetsing is de rechtspraak niet eenstemmig. Wat voorwerp van geschil is bij de rechterlijke beoordeling van een klacht over (een beslissing tot) dwangbehandeling is door één rechtbank fundamenteel aan de orde gesteld. Besloten werd tot een ex nunc beoordeling van de rechtmatigheid van de dwangbehandeling.

Met betrekking tot artt. 39 en 40 Wet Bopz tekenen zich geen opvallende ontwikkelingen af. De jurisprudentie van het EVRM, voor zover relevant voor de toepassing van dwang en drang binnen de instelling, is bescheiden van omvang en heeft voornamelijk betrekking op de detentiesituatie. Vooralsnog blijkt daaruit niet dat de Wet Bopz niet aan de maat van het EVRM zou zijn. Of gedwongen behandeling van wilsbekwame psychiatrische patiënten zich verdraagt met art. 8 EVRM staat nog te bezien.

5. KNELPUNTEN, ERVARINGEN EN MENINGEN

5.1 Inleiding

Dwang binnen instellingen raakt meerdere partijen, waaronder cliënten, familieleden en zorgverleners. De wil van een cliënt opzij zetten en diens vrijheden inperken is alleen onder strikte voorwaarden toegestaan. De Wet Bopz wil een kader bieden voor een zorgvuldige toepassing van dwang, maar hoe werkt dit uit in de praktijk? Welke knelpunten signaleren verschillende betrokkenen, welke ervaringen hebben zij met dwang en welke mening hebben zij over kwesties zoals de verruiming van de mogelijkheid tot dwangbehandeling? Dit zijn vragen die centraal stonden in de kwalitatieve deelstudie. In dit hoofdstuk worden de bevindingen daarvan gepresenteerd. Daarbij worden steeds de drie betrokken partijen aan het woord gelaten: cliënten, familie en zorgverleners. Specifieke aandacht besteden we aan de verschillen en overeenkomsten tussen deze partijen.

De paragrafen zijn ingedeeld naar thema. In de eerste paragraaf (5.1) staat het criterium voor dwangtoepassing centraal: het gevaarscriterium. Een belangrijke vraag is of dit criterium zou moeten worden aangevuld met andere criteria. Aan bod komt het vaststellen van gevaar, de effecten van de verruiming van het criterium voor dwangbehandeling en de wenselijkheid van verdere verruiming voor dwangbehandeling. Paragraaf 5.2 gaat over ervaringen en meningen rond dwangtoepassing in het algemeen en rond de verschillende vormen van dwangtoepassing, in het bijzonder dwangmedicatie en separatie. In paragraaf 5.3 staan de onderwerpen verzet en geloofwaardigheid van cliënten centraal. Vervolgens gaat paragraaf 5.4 over het thema wilsonbekwaamheid. Paragraaf 5.5 bespreekt de ervaringen van zorgverleners rond somatische problematiek en dwangtoepassing. Tot slot wordt in paragraaf 5.6 beschreven wat relevante partijen beschouwen als goede praktijken.

5.2 Het gevaarscriterium als kader voor dwang

Betrokkenen bij dwangtoepassing, te weten cliënten, familieleden en zorgverleners, hebben verschillende opvattingen over het doel van dwang. Dit mag volgens het merendeel van de cliënten niet anders zijn dan het afwenden van gevaar voor de cliënt of voor derden. Familieleden menen dat het doel van dwang niet primair of alleen gelegen is in het afwenden van gevaar, maar dat therapeutische effecten ook een rol moeten spelen. Een familielid omschrijft het als volgt: *“Wij zeggen: de vrijheid van die mensen, die moet je maar even voor het goede doel beknotten om te bereiken dat ze weer bij zinnen komen.”* In acute noodsituaties is het doel van dwang volgens zorgverleners om de veiligheid van de cliënt en de afdeling te beschermen. Het doel van dwang in het kader van behandeling (artikel 38) heeft betrekking op gevaar dat men ziet aankomen, zogenoemd ‘voorzien gevaar’. Dan gaat het niet om het afwenden van direct gevaar, maar beoogt men een verbetering van het toestandbeeld van de cliënt om gevaar op de langere termijn af te wenden.

De uiteenlopende ideeën van betrokkenen over het doel van dwang leiden tot

spanningen tussen cliënten enerzijds, en familieleden en hulpverleners anderzijds. Terwijl de eerste groep enkel het afwenden van direct gevaar een legitiem doel acht, menen de andere twee groepen dat daarnaast in het kader van behandeling tevens een ander doel zou moeten worden nagestreefd, namelijk de verbetering van de geestelijke gezondheidstoestand van de cliënt. Daarbij speelt ook nog een rol dat gevaar niet eenvoudig te duiden is.

Hieronder gaan we in op de betekenis van gevaar en de duiding van gevaar. Vervolgens wordt aandacht geschonken aan de effecten van de verruiming van het gevaarscriterium bij dwangbehandeling en op de meningen ten aanzien van eventuele verdere verruiming van de mogelijkheden tot dwangbehandeling.

5.2.1 **Gevaar en de duiding van gevaar**

Een knelpunt dat alle partijen ervaren is dat gevaar in acute noodsituaties moeilijk objectief is te meten of in te schatten. Zorgverleners geven aan dat die inschatting leidt tot onderling debat, getuige het volgende citaat:

“Nou, het roept altijd discussies op. [...] Sommige mensen voelen zich wel bedreigd en anderen weer niet. Als behandelaar, als hoofdverantwoordelijke moet je daar dus een beslissing over nemen.”

Niet alleen zorgverleners verschillen van mening als het gaat om de duiding van gevaar, ook tussen partijen doen zich spanningen voor rond de interpretatie van gevaar. Cliënten en familieleden menen dat er soms dwang wordt toegepast, terwijl er naar hun idee geen sprake was van gevaar. Wat cliënten en familie zien als onvriendelijk en geagiteerd gedrag, interpreteren zorgverleners dan bijvoorbeeld als verbaal agressief gedrag. Naast de verschillen van mening over de vraag of er van gevaar kan worden gesproken, vragen cliënten zich soms af of het afwenden van gevaar wel het eigenlijke doel van ingrijpen is:

“Wat is gevaar? Ik ging op een gegeven moment cake bakken, maar ging allerlei dingen door elkaar gooien. Van echt gevaar kon je in mijn ogen niet spreken. Het was misschien wel rustig voor de afdeling dat ik in de separeer ging, maar het was geen gevaar. Je wordt met geweld naar de separeer gebracht, want je wilt dat natuurlijk niet, dus ga je tegenwerken. Misschien noemen ze dat gevaar? Maar ik kan me niet voorstellen dat ik echt een gevaar vormde.”

Een groot aantal cliënten heeft de ervaring dat dwang nogal eens als een sanctie of ordemaatregel wordt gehanteerd. Veel familieleden herkennen dit: er wordt ingegrepen bij onrust of het zich niet houden aan afdelingsregels, terwijl er geen duidelijk gevaar is. Zorgverleners erkennen dat in sommige gevallen niet het afwenden van gevaar, maar het stabiliseren van de afdeling voorop staat. Dit speelt vooral een rol als er niet voldoende personeel is en men onvoldoende steun ervaart

van collega's en leidinggevendenden. Een zorgverlener verwoordt dat als volgt:

“Soms heb je geen andere keuze, omdat het gedrag dermate ontwrichtend is, hoewel het niet gevaarlijk is.(...) Daar zit een duidelijk spanningsmoment in van; oké, nu kiezen we even niet voor de individuele cliënt.”

Spanningen rond de duiding van gevaar houden ook verband met de definitie van gevaar in situaties waarin dwangbehandeling wordt overwogen. Cliënten vinden dat gevaar vooral acuut gevaar betreft, betrekking hebbend op levensbedreigende situaties. Ze menen dat in situaties van sociale en maatschappelijke verloedering of teloorgang zorg gewenst is, maar zijn kritisch over wat er in dergelijke situaties met dwang bereikt kan worden. Het afwenden van gevaar door middel van dwang is volgens cliënten alleen gerechtvaardigd als allerlaatste redmiddel. Dit botst nogal eens met de opvatting van zorgverleners, die gevaar ruimer interpreteren, en ook maatschappelijke teloorgang, latent gevaar of gevaar buiten de instelling als rechtvaardiging beschouwen voor dwangbehandeling. Net als zorgverleners vinden familieleden dat er in de context van dwangbehandeling te strikt omgegaan wordt met het gevaarscriterium. Zij menen dat het lijden van hun naaste een centralere rol zou moeten spelen.

5.2.2 Effecten van de verruiming van het gevaarscriterium bij dwangbehandeling

Op grond van artikel 38 lid 5 Wet Bopz mag, indien over (een deel van) het behandelingsplan geen overeenstemming wordt bereikt met de cliënt of – bij wilsonbekwaamheid – diens vertegenwoordiger, dan wel de cliënt zelf zich tegen de toepassing ervan verzet, dat deel van het behandelingsplan slechts worden toegepast voorzover dat volstrekt noodzakelijk is om gevaar voor de cliënt of anderen af te wenden. Per 1 januari 2004 is het niet langer vereist dat het gevaar 'ernstig' is (Wet Bopz van 13 juli 2002, Stb. 431). Deze aanpassing van de wet was bedoeld om de mogelijkheden voor dwangbehandeling te verruimen. Aan de betrokkenen is gevraagd wat hun mening en ervaring is ten aanzien van deze wetswijziging.

Geen van de cliënten bleek op de hoogte van deze wetswijziging. Desgevraagd bleek het merendeel van hen sceptisch te staan tegenover gedwongen behandeling en de verruiming van mogelijkheden voor dwangbehandeling. Vooral mensen met psychiatrische problematiek als gevolg van een traumatisch verleden kunnen dwangtoepassing als traumatiserend ervaren. Dwangtoepassing komt doorgaans neer op gedwongen medicatie; dit is volgens het merendeel van de cliënten bedenkelijk aangezien zonder instemming de symptomen alleen worden onderdrukt en de problematiek mogelijk wordt vergroot. Cliënten zien een groot risico dat de problemen toenemen bij dwangtoepassing, vooral in het geval van persoonlijkheidsstoornissen. Verder uiten cliënten hun bezorgdheid over de rechtspositie van de cliënt die als gevolg van verruiming van dwangbehandelingsmogelijkheden zou

kunnen verslechteren. Mensen met psychotische ervaringen zijn soms voorstander van (dwang)medicatie ter behandeling om zo de psychose te kunnen stoppen. Alle cliënten stellen echter dat in dergelijke situaties eerst moet worden ingezet op vrijwillige instemming.

De verruiming van de mogelijkheid tot dwangbehandeling wordt over het algemeen door de zorgverleners en familie niet gezien als wezenlijke verandering in de praktijk. Het verschil tussen het gevaarscriterium voor opname en het criterium om tot dwangbehandeling over te gaan blijft immers bestaan. Hierdoor komt het nog steeds voor dat mensen wel gedwongen worden opgenomen ter afwending van gevaar buiten de instelling, maar binnen de instelling geen gevaar veroorzaken, waardoor er geen gedwongen behandeling kan worden toegepast, de zogenaamde zorgverlamming (Van Veldhuizen, 1998). Helaas bestaat geen inzicht in de frequentie waarmee deze situaties zich in de praktijk voordoen. Een familielid vertelt:

“Wij vonden het belangrijk dat ze medicatie zou krijgen. Wij dachten, dan moet ze eerst gedwongen worden opgenomen, dan krijg je gedwongen medicatie. Dat was het stappenplan. Maar de gedwongen medicatie werd afgewezen omdat ze geen gevaar was voor de afdeling. De arts vond het ook jammer, omdat mijn moeder die medicatie gewoon hard nodig heeft. En de situatie is gewoon niet verbeterd sindsdien.”

Het niet kunnen behandelen van mensen botst met wat zorgverleners onder goed hulpverlenerschap verstaan. Men heeft de ervaring dat men in dergelijke situaties niet in staat is om de werkelijke problemen op te lossen. Sinds de wetwijziging in 2004 bestaat er volgens zorgverleners wel meer ruimte om dwangmedicatie toe te dienen als alternatief voor separatie indien mensen lijden onder hun psychotische belevenissen. Het volgende citaat verduidelijkt dit: *“Nu kun je bijvoorbeeld zeggen hier is gevaar voor uitputting, omdat iemand niet meer slaapt. Eerder moesten er voor een rechter eerst gewonden vallen.”* Dit neemt echter niet weg dat zorgverleners over het algemeen vinden dat de verruiming van het gevaarscriterium voor dwangbehandeling te weinig soelaas biedt voor de ervaren knelpunten rond zorgverlamming. Mogelijke verklaringen komen aan de orde in hoofdstuk 6.

5.2.3 Verdere verruiming?

Cliënten zijn kritisch over het mogelijk verder verruimen van het gevaarscriterium voor dwangbehandeling. Onder zorgverleners en familie zijn de meningen over de wenselijkheid van verdere verruiming verdeeld. Wensen ten aanzien van verdere verruiming van dwangmogelijkheden lopen uiteen tussen partijen die de Wet Bopz willen handhaven, aanpassen of inwisselen voor nieuwe wetgeving. Enkele zorgverleners zijn terughoudend ten aanzien van verdere verruiming. Zij geven te kennen dat de Wet Bopz in principe genoeg ruimte biedt om gepaste zorg te bieden, maar dat deze ruimte in de praktijk niet optimaal wordt benut. Psychiaters zouden

terughoudend zijn met medicamenteus interveniëren, terwijl uit de Wet Bopz niet voortvloeit welk middel (medicatie of separatie) het minst ingrijpend is. Een citaat ter verduidelijking: *“Er is de opvatting onder psychiaters dat bescherming van de integriteit van het lichaam een hoger goed is dan de bescherming van de bewegingsvrijheid.”*

Een probleem dat bij verdere verruiming wordt voorzien, is dat er teveel macht en verantwoordelijkheid bij de behandelend psychiater komt te liggen. Alle beslissingbevoegdheid komt bij deze beroepsgroep te liggen, waardoor er te weinig controlemogelijkheden zijn. Meer gedwongen behandelmogelijkheden moeten daarom wel aan bepaalde procedurele voorwaarden voldoen, aldus een zorgverlener:

“Op voorwaarde dat de controlemogelijkheden om onder dwang te behandelen, dan ook weer goed ingebed zijn in een structuur die het belang van de patiënt en de maatschappij behartigt.”

Kortom, de eventuele verdere verruiming van mogelijkheden moet gepaard gaan met extra vormen van procedurele rechtsbescherming.

5.2.4 **Samenvattend**

Partijen kennen uiteenlopende doelen toe aan de toepassing van dwang. De meeste cliënten menen dat het doel van dwang (behandeling) gelegen moet zijn in het afwenden van levensbedreigend gevaar voor zichzelf of anderen. Familie en zorgverleners willen buiten noodsituaties ook streven naar verbetering van de gezondheidstoestand van de cliënt en gevaar ruimer interpreteren, inclusief gevaar voor de cliënt zelf op langere termijn en het lijden van de cliënt. Er bestaat voorts onduidelijkheid en verschil van mening rond het vaststellen van gevaar, doordat gevaar verschillend ervaren en geïnterpreteerd wordt. Zorgverleners en familie zijn van oordeel dat de recente verruiming van het gevaarscriterium uiteindelijk niet tot oplossingen heeft geleid ten aanzien van de problematiek rond zorgverlamming binnen de instelling. Ten aanzien van de wenselijkheid van verdere verruiming van mogelijkheden tot het toepassen van dwangbehandeling zijn de meningen tussen maar ook binnen de partijen verdeeld. Dat geldt ook ten aanzien van oplossingsrichtingen (beter benutten ruimte Wet Bopz, aanpassen Wet Bopz, eventueel nieuwe wetgeving). Punt van zorg is de grote beslissingsbevoegdheid en verantwoordelijkheid van de behandelaar. Deze zou mogelijk via procedurele vormen van rechtsbescherming beter ondersteund en gecontroleerd kunnen worden.

5.3 **Ervaringen met dwang: medicatie versus separatie**

In deze paragraaf worden de ervaringen met en meningen over dwangtoepassing besproken. Na een beschrijving van de algemene ervaringen met het toepassen van

dwang wordt aandacht geschonken aan de thematiek van medicatie versus separatie. Alle partijen zijn van mening dat indien dwangtoepassing nodig is, gekozen moet worden voor dat dwangmiddel dat het minst ingrijpend is. De opvattingen verschillen over welk dwangmiddel het minst ingrijpend zou zijn. De discussie hierover richt zich op de effecten c.q. gevolgen van de dwangtoepassing.

5.3.1 Dwangtoepassing

Het merendeel van de cliënten zegt een dwangtoepassing vaak niet te zien aankomen. Dat maakt de toepassing van dwang verwarrend, onduidelijk en ingrijpend. Het overkomt je, je kunt je er niet op voorbereiden. Zorgverleners handelen in de ogen van cliënten vaak reactief op een noodsituatie. De ervaring van cliënten is dat de toepassing van dwang met (te) veel bombarie en geweld gepaard gaat en nogal eens ontaardt in een strijd. De reden of aanleiding voor dwangtoepassingen is voor de cliënten die deze ondergaan meestal niet duidelijk en de wijze van dwangtoepassing wordt als intimiderend, vernederend en onmenselijk ervaren. Een citaat ter illustratie van het effect van dwang op een van de geïnterviewde cliënten:

“Ze hebben zoveel kapot gemaakt dat ik nooit meer met open hart zou kunnen praten over mezelf, en dat houdt in dat je gewoon voor een deel altijd opgesloten blijft.”

Een algemeen probleem bij het ondergaan van dwang is het verlies aan regie over je leven. Cliënten geven aan geen controle meer te hebben over wat er met hen gebeurt, wat leidt tot negatieve emoties zoals boosheid, angst, eenzaamheid, wantrouwen en het gevoel onderworpen te zijn aan de willekeur van een ander. Enkele cliënten stellen terugkijkend dat de toepassing van dwang begrijpelijk en nodig was gezien hun verwardheid op dat moment, maar dat de wijze waarop de dwang werd toegepast voor verbetering vatbaar is. Tot slot wordt opgemerkt dat dwangtoepassing ook grote betekenis kan hebben voor de medecliënten op een afdeling. Cliënten schrikken van het geweld en de spanning die er ontstaat bij een noodsituatie, waardoor het vertrouwen in de zorgverleners wordt ondermijnd. Een cliënt zegt:

“Kijk als ik zie dat jij iemand met geweld oppakt en afvoert, dan denk ik niet meer dat jij een zachtaardig iemand bent waarmee ik wel eens zou kunnen klikken zeg maar. Terwijl het gaat om vertrouwen.”

De meeste familieleden kunnen niet goed aangeven hoe het proces rond dwangtoepassing op de afdeling verloopt, omdat zij daar niet bij aanwezig zijn. Zij zijn afhankelijk van de informatie die zij van zorgverleners en van hun familielid zelf krijgen. De informatievoorziening van zorgverleners hierover wordt wisselend

ervaren. Of de familie betrokken wordt en welke informatie men ontvangt, is niet alleen afhankelijk van de toestemming van de betreffende cliënt, maar ook van de instellings- en afdelingscultuur. Familieleden beschouwen zichzelf als een bron van waardevolle informatie omtrent het gedrag van de cliënt, ook bij het inschatten van effecten van dwang. Zij zijn van mening dat zorgverleners weinig gebruik maken van hun ervaringsdeskundigheid.

Het merendeel van de zorgverleners erkent dat dwang traumatisch kan zijn op het moment van de toepassing, maar geeft ook aan dat cliënten vaak achteraf inzien dat dwang nodig was. Dit lijkt niet alleen betrekking te hebben op het wegnemen van gevaar, maar vooral op situaties waar de dwang een behandeldoel dient en de beoogde effecten worden gerealiseerd, dus de gezondheidstoestand van de cliënt wordt verbeterd. Zorgverleners zijn zich ervan bewust dat dwang ingrijpend is en dat de afwegingen zeer zorgvuldig moeten worden gemaakt. Verschillende instellingen werken om die reden standaard met het betrekken van een onafhankelijke derde (second opinion) bij het beoordelen van de noodzaak tot een dwangbehandeling. Een zorgverlener verwoordt dat zo:

“Een tweede psychiater die de situatie niet kent, maar wel persoonlijk een oordeel komt vormen. Dat vind ik een goed verhaal. Zeker als je zo’n ingrijpende maatregel neemt.”

Een aandachtspunt dat door een aantal zorgverleners wordt genoemd is het feit dat het na een separatie vanwege een acute noodsituatie voor verpleegkundigen lastig is om te bepalen wanneer de separatie opgeheven kan worden. Hierover zegt een van de zorgverleners het volgende:

“Het vervelende is altijd dat als iemand eenmaal de separeer ingaat de verpleegkundigen hen er eigenlijk helemaal niet meer willen uithalen. Dat is een bijzonder fenomeen. Dan stop je iemand in de separeer, en dan is het gevaar dus weg.”

Een negatief effect van dwangtoepassing is volgens zorgverleners dat de vertrouwensrelatie met de cliënt verstoord kan raken. Dit leidt tot wantrouwen bij de cliënt, maar ook bij de zorgverleners kan er gebrek aan vertrouwen in de cliënt optreden, waardoor ze bijvoorbeeld moeite hebben vast te stellen wanneer een maatregel weer opgeheven kan worden.

Bij het inventariseren van algemene ervaringen met dwangtoepassingen van respondenten werden vooral negatieve ervaringen aangedragen. Dat wil niet zeggen dat dwangtoepassingen altijd een negatief saldo oplevert. Het geeft aan dat op deze punten men graag verbetering ziet. In paragraaf 5.6 wordt ingegaan op goede praktijken en mogelijkheden tot verbetering.

5.3.2 Separatie versus medicatie

Alle geïnterviewde zorgverleners stellen, meer of minder nadrukkelijk, dat dwangmedicatie voor hen de voorkeur heeft boven separatie. Separatie wordt als negatief gezien omdat men van mening is dat met separatie geen echte hulp ten aanzien van de problematiek van de cliënt kan worden geboden. Er wordt erkend dat cliënten hierover wisselend denken, maar vanuit zorgverlenersperspectief is medicatie de mogelijkheid bij uitstek om een doorbraak te forceren. Een zorgverlener hierover:

“Vaak denk ik dat het geven van medicatie de situatie beter kan doorbreken dan een separatie. Dan sluit je iemand op, maar vaak wordt iemand eerst heel erg agressief en boos. Daarna geven ze zich een beetje eraan over, maar dat beïnvloedt het onderliggende proces niet echt. Medicatie kan dat beter doen. Dus dan gaat mijn voorkeur vaker uit naar medicatie, noodmedicatie dan wel dwangmedicatie, en dat passen we denk ik ook vaker toe dan separatie.”

Zorgverleners geven aan dat zij het idee hebben dat er in de praktijk tegenwoordig minder terughoudendheid bestaat ten aanzien van het geven van dwangmedicatie. Daar wordt wel aan toegevoegd dat de separeercel vaak gebruikt wordt als overbruggingsperiode totdat de medicatie aanslaat. Bovendien geven zorgverleners aan dat separatie uiteindelijk vaak tot (dwang)medicatie leidt. Ook blijkt dat het toedienen van noodmedicatie vaak plaatsvindt in een separeercel, omdat de situatie dan beter beheersbaar is.

Ook de meeste familieleden pleiten voor sneller ingrijpen in de vorm van medicatie, omdat dat een mogelijkheid biedt om verbetering te bewerkstelligen. Zij erkennen echter tevens de bijwerkingen van de medicatie. Bovendien stellen zij de vraag hoe lang medicatie onder dwang moet voortduren als de gewenste doorbraak niet komt. Belangrijk voor familieleden is dat de cliënt uiteindelijk wel instemt met de medicatie en dat hij of zij inzicht krijgt in de noodzaak ervan.

Dwangbehandeling in de vorm van dwangmedicatie is voor het merendeel van de cliënten problematisch, omdat men dwang primair ziet als een middel om gevaar af te wenden en niet als een therapeutisch middel. Een groep cliënten met de diagnose schizofrenie, verenigd in Anoksis, erkent dat medicatie als dwangbehandeling de mogelijkheid kan bieden om mensen uit een psychose te halen, waarna vervolgens de persoon zelf gevraagd kan worden wat hij of zij verder wil. Cliënten geven aan dat voor mensen met schizofrenie of psychoses zonder een traumatische achtergrond, dwangmedicatie meer soelaas kan bieden dan separatie. Daarbij wordt wel aangetekend dat bij voortzetting van dwangmedicatie er naar hun oordeel geen structurele hulp geboden wordt. In dat geval wordt het werkelijke probleem alleen maar onderdrukt. Een citaat ter illustratie:

“Het is een tijdelijk lapmiddel. Als je de problemen niet gaat aanpakken, dan blijf je dus lappen.”

Een ander punt van aandacht voor cliënten betreft de bijwerkingen van dwangmedicatie, zoals gewichtstoename, dwangmatig bewegen, gebrek aan emoties, geheugenverlies, sufheid, kwijlen, verminderde seksuele gevoelens en als een zombie of robot rondlopen. Een cliënt hierover:

“Het erge van depotmedicatie zijn de bijwerkingen. Ik kreeg erge loopdrang. En wat er in zit kan er niet meer uit. Bij depotmedicatie weet je dat je de komende maand weer met die verschrikkelijke bijwerkingen opgezadeld zit.”

Cliënten rapporteren dat zij bij het gebruik van (dwang)medicatie niet meer goed kunnen vaststellen wat eigen gedachten en/of gevoelens zijn en wat veroorzaakt wordt door de medicatie. Daardoor heeft men het gevoel zichzelf niet meer te kunnen vertrouwen.

Cliënten menen dat de voordelen van medicatie niet altijd opwegen tegen de nadelen van de bijwerkingen. Dat maakt dat voor sommige cliënten separatie de voorkeur heeft; de separeer is dan een plek waar men tot rust kan komen. Nadelen van de separeercel zijn, volgens cliënten, dat men zich volledig overgeleverd voelt aan de zorgverlener. De deur gaat dicht, terwijl de cliënt in de war is en geen idee heeft wanneer deze weer open gaat. Cliënten geven daarnaast aan dat zij de papieren hoed, waar zij hun behoeften in moeten doen, als zeer vernederend ervaren. Ook zeggen zij dat de separeercel niet altijd even veilig is. Er wordt vanuit het cliëntenperspectief meer aandacht gevraagd voor alternatieven voor dwang, zoals een-op-een begeleiding in de separeer en drang. Alle cliënten zijn van mening dat het van groot belang is om iedere dwangtoepassing na te bespreken met de cliënten. Met de informatie die een dergelijke evaluatie oplevert moet dan rekening gehouden worden bij een eventuele nieuwe dwangtoepassing.

5.3.3 **Samenvatting**

Bevindingen laten zien dat cliënten dwang vaak als negatief ervaren. Het is een verwarrende, onzekere, angstige en soms traumatische ervaring. Men verliest de regie over het leven. Het vertrouwen in de zorgverlening wordt geschaad. Familieleden vragen om eerder ingrijpen met dwang en ervaren vooral een gebrek aan informatie en zeggenschap bij de toepassing van dwang. Zorgverleners erkennen dat dwang op het moment zelf ingrijpend is, en proberen de vertrouwensrelatie in stand te houden. Ook zij signaleren praktijken die zij als niet wenselijk ervaren. Zorgverleners, vooral psychiaters, geven ook aan dat cliënten achteraf vaak positief zijn over de dwangopname en –toepassing omdat hun toestandsbeeld is verbeterd. In dat opzicht evalueren zorgverleners de effecten van

dwang anders dan cliënten, die vooral de neveneffecten in de vorm van trauma's en bijwerkingen van medicaties benadrukken.

Er kan worden gesteld dat zorgverleners en familieleden vanuit het streven naar verbetering van de gezondheidstoestand van de cliënt een voorkeur hebben voor dwangmedicatie. Separatie wordt gezien als een middel dat niet of nauwelijks een therapeutisch doel dient en wordt om die reden als minder passend beschouwd. Cliënten staan sceptisch tegenover dwangmedicatie. Voorts zijn er cliënten die hebben ervaren dat dwangmedicatie niet voor iedereen effectief is. Cliënten stellen vragen ten aanzien van de bijwerkingen en neveneffecten, en de wijze waarop de dwangmedicatie wordt toegediend. Ook wordt aandacht gevraagd voor goed overleg over de voorkeursmaatregel en voorkeursmedicatie van individuele cliënten, zeker met cliënten die eerdere ervaringen met dwang hebben gehad. Tot slot wijzen cliënten op het belang van uitbreiding van het behandel aanbod in instellingen, en het zoeken naar alternatieven voor dwangtoepassing. Ook hulpverleners staan hiervoor open.

5.4 Verzet en geloofwaardigheid

Deze paragraaf behandelt het thema verzet bij cliënten. Aan betrokkenen is de vraag gesteld of de mate van verzet een rol speelt (of zou moeten spelen) bij het toepassen van dwang. In de Wet Bopz is bepaald dat geen behandeling kan plaatsvinden als de (wilsbekwame) cliënt geen toestemming verleent of (bij een wilsonbekwaam geachte cliënt) de vertegenwoordiger zijn toestemming onthoudt dan wel de cliënt zich verzet. Er is dus sprake van een onderscheid tussen 'geen toestemming' en 'verzet'. In geval van een zich verzettende cliënt of vertegenwoordiger die geen toestemming geeft, kan behandeling alleen plaatsvinden indien dit volstrekt noodzakelijk wordt geacht ter afwending van gevaar. In de praktijk blijken verzet en het onthouden van toestemming minder gemakkelijk te onderscheiden dan in de Wet Bopz. Cliënten en een enkele zorgverlener spreken van verzet wanneer iemand niet expliciet toestemming geeft. Cliënten brachten dit thema tevens in verband met een door hen ervaren gebrek aan geloofwaardigheid.

Cliënten vinden dat als iemand niet instemt met de interventie dit als verzet gezien moet worden, ook al werkt de persoon (uiteindelijk) wel mee. Het thema verzet werd niet expliciet besproken met familie. Zorgverleners geven aan dat het in de praktijk niet eenvoudig is om vast te stellen of iemand niet instemt met een behandeling of maatregel, dan wel zich verzet. Eén van de zorgverleners stelt dat als de cliënt geen toestemming verleent, dit als verzet moet worden beschouwd. Het volgende citaat illustreert echter de ingewikkelde problematiek die er speelt rond het duiden van verzet:

"Alles wat geen instemming is, geldt als verzet, want anders kom je op een hellend vlak. Ik werkte vorig jaar op een afdeling en daar was een man die kreeg op een

goed moment een dwangbehandeling. Ik heb daar zelf het gesprek met die man gevoerd en gezegd: 'Er is een psychiater geweest, je eigen psychiater vindt het nodig dat je medicatie krijgt, dat is nodig. Dat moet gewoon, we gaan je toch behandelen. Ik heb nu medicatie bij me en die wil ik je graag geven, die krijg je. En jij mag kiezen hoe. Ik kan je die nu op je bed geven of anders.' Chronische psychiatrische patiënten die kennen het wel. Dus ik zeg: 'ja, je weet hoe het anders gaat, ik vind het dan vervelend, ik zou het liefst gewoon je de medicatie willen geven.' De patiënt zegt uiteindelijk toe onder protest. Wat mij betreft is dat dwang. Terwijl als ik dat vervolgens met mensen ga bespreken in de praktijk, zeggen ze, ja maar hij heeft er toch uiteindelijk mee ingestemd? Ja."

Tussen afdelingen en tussen zorgverleners blijkt weigering van instemming verschillend te worden geïnterpreteerd. Het instemmen onder protest wordt door sommige zorgverleners beschouwd als instemming, terwijl anderen stellen dat dit feitelijk niet zo is.

"De ene verpleegkundige hoeft alleen maar te horen: 'ik wil hier niet zijn. Ik wil dit niet,' terwijl de andere verpleegkundige vindt dat er ook sprake moet zijn van lichamelijk verzet. Ik zelf vind de zin 'ik ben het er niet mee eens,' genoeg. Dan is er voor mij geen akkoord. De patiënt stemt er niet mee in."

De gesignaleerde onduidelijkheden rondom de status van onthouden van toestemming en verzet worden versterkt doordat cliënten zich vaak niet serieus genomen voelen. Als ze ergens tegen protesteren, wordt er niet op dit protest ingegaan. Hun uitingen worden niet beschouwd als geloofwaardig. Als gevolg van de psychiatrische stoornis wordt al het gedrag gezien als voortkomend uit de stoornis. Een cliënt zegt: *"Ze denken dat als je in een psychose zit, alles onzin is wat je vertelt."* Een andere cliënt vertelt in verband met haar separeerervaringen dat er niet geluisterd werd naar wat zij ervan vond:

"Alles wat ze dan proberen, dat bleek dan ook weer op niks uit te lopen. Omdat ze gewoon niet naar je luisteren. Ze luisteren niet naar wat jij te vertellen hebt, en wat jouw inbreng is en wat jouw ideeën over jezelf zijn. En als zij zeggen, 'je bent jezelf niet,' hoe moet je dan aangeven wat belangrijk voor jou is."

Wanneer het verzet van cliënten niet geloofwaardig wordt gevonden, is er een gereede kans dat hun wil buitenspel wordt gezet. Bovendien maakt het niet geloofwaardig gevonden worden het moeilijker om problemen en fouten ter discussie te stellen. De patiëntenvertrouwenspersoon wordt als bondgenoot ervaren, maar sommige cliënten ervaren dat deze ook niet altijd door zorgverleners serieus wordt genomen. Cliënten hechten dan ook groot belang aan een goede verslaglegging van de gang van zaken rond dwanginterventies in hun dossier. Het thema van gebrek aan geloofwaardigheid houdt verband met een gebrek aan vertrouwen tussen zorg-

verlener en cliënt. In dat kader biedt zorgvuldige verslaglegging van dwanginterventies in de dossiers voor cliënten een mogelijkheid om na te gaan wat er precies is gebeurd om zo nodig misstanden aan de orde te kunnen stellen. Zorgvuldigheid ten aanzien van dossiervorming en registratie wordt als zeer belangrijk ervaren.

Kortom: verzet wordt niet eenduidig gedefinieerd door partijen. Niet instemmen is volgens cliënten een vorm van verzet, een enkele zorgverlener valt hen daarin bij. Bovendien speelt dat cliënten niet altijd het gevoel hebben als geloofwaardige gesprekspartner te worden gezien.

5.5 Wilsonbekwaamheid

De vraag of de notie wils(on)bekwaamheid een rol speelt in de praktijk van dwangtoepassing, wordt wisselend beantwoord door de zorgverleners. Zorgverleners geven aan dat het niet nodig is om een cliënt wilsonbekwaam te verklaren, wanneer dwang vereist is voor het afwenden van het gevaar. Bij iemand die psychotisch op de afdeling komt wordt vaak aan het gevaarscriterium voldaan. Op het moment dat de dwangmedicatie aanslaat, is een cliënt meestal ook weer in staat om zelf beslissingen te nemen. In een dergelijke situatie speelt wilsonbekwaamheid geen rol.

Wilsonbekwaamheid is voor zorgverleners in andere situaties wel relevant. De Wet Bopz maakt geen onderscheid tussen wilsbekwaam en wilsonbekwaam verzet. In de praktijk blijkt het voor zorgverleners wel verschil te maken. De toepassing van dwang bij cliënten die wilsonbekwaam zijn en het behandelingsvoorstel weigeren, is minder moreel beladen voor zorgverleners dan dwangtoepassing bij wilsbekwame cliënten. Indien redenen tot weigering invoelbaar en reëel zijn, vindt men het moreel bezwaarlijk om dwang toe te passen. Indien een weigering gebaseerd is op een wilsonbekwame beslissing terzake, willen zorgverleners graag meer middelen om toch een behandeling te kunnen inzetten tegen iemands 'onbekwame' wil. Uit de gesprekken met zorgverleners blijkt verder dat er onduidelijkheden bestaan over de procedure rond wilsonbekwaamheid van de Wet Bopz. Indien iemand pas op de afdeling is en er nog geen behandelplan is opgesteld, maar wel sprake is van een acute noodsituatie, worden de dwangtoepassingen gebaseerd op artikel 39 inzake middelen en maatregelen. Pas bij het opstellen van het behandelplan moet vastgesteld worden of de cliënt wilsonbekwaam terzake is en wordt zo nodig contact opgenomen met de (wettelijk) vertegenwoordiger. Dit was voor een aantal zorgverleners niet helder. Ook is er kritiek van zorgverleners op deze procedure. Sommige zorgverleners beschouwden het werken met vertegenwoordigers als belemmerend. Het zou de behandelrelatie kunnen verstoren, omdat een andere partij bij de behandeling moet worden betrokken. Ook wordt aangegeven dat het werken met een wettelijk vertegenwoordiger niet zinvol is, omdat zodra een cliënt zich verzet tegen de voorgestelde behandeling waarmee de vertegenwoordiger heeft ingestemd, de wettelijk vertegenwoordiger buitenspel wordt gezet. Dan kan dwangbehandeling

plaatsvinden als voldaan is aan het gevaarscriterium. Een van de zorgverleners vindt de procedure via de vertegenwoordiger dan ook alleen zinvol indien er geen sprake van verzet is en verwoordt dat als volgt:

“Ja [wilsonbekwaamheid speelt een rol (red.)], als ze geen verzet geven. Als je bijvoorbeeld medicijnen wilt geven en die man begrijpt niet wat je tegen hem zegt, dan kun je met familieleden spreken en die zeggen dan ‘Ja, dat is goed.’ Maar zodra er verzet is, dan heeft dat [die wilsonbekwaamheid] ook niet veel te zeggen.”

De meerderheid van de zorgverleners is het er over eens dat wilsonbekwaamheid wel een rol zou moeten spelen in de praktijk van dwangtoepassing. Voor zorgverleners is het moeilijk te accepteren dat een cliënt op grond van zijn ziekte een behandelvoorstel afwijst. In dat geval zou het een goede zaak zijn als de wet mogelijkheden bood om desondanks iets te kunnen doen, zo stelt een van de zorgverleners:

“De meneer die mij vertelt dat hij geen laboratoriumonderzoek wil laten doen, omdat hij op psychotische gronden denkt dat hij dat niet kan betalen en dat de verzekering dat niet betaalt, is in mijn ogen wilsonbekwaam ten aanzien van die beslissing. [...] Op psychotische gronden, op gronden van zijn ziek zijn, wijst hij iets af. Dus is hij niet wilsbekwaam ten aanzien van dat laboratoriumonderzoek. Ik zou het daarom prettig vinden als de wet zegt, dan moest u het toch maar doen.”

Verskillende zorgverleners geven aan dat zij het wenselijk zouden vinden als zij konden werken met het criterium van ‘kennelijk ernstig nadeel’ zoals dat binnen de Wgbo gebruikt wordt bij somatische problematiek. De Wet Bopz wordt op het gebied van dwangbehandeling bij wilsonbekwame cliënten als te restrictief ervaren. Zorgverleners verwoordden hun wensen en ideeën als volgt:

“Ik zou graag de parallel willen zoeken met het algemene ziekenhuis waarbij het niet zozeer gaat over gevaar, maar over kennelijk nadeel voor de cliënt.”

“We zitten natuurlijk met het aparte geval dat bij schizofrenie een van de eerste verschijnselen is dat mensen hun ziekte ontkennen. Ja, dat is dan zo. En als bij andere ziektes de familie toestemming geeft, is het wel goed. Waarom dan hier niet? Dat vind ik raar. Ik bedoel op zich zou ik denken dat het meer die kant op moet.”

Het is de vraag hoeveel meer ruimte er op basis van het criterium van ‘kennelijk ernstig nadeel’ ontstaat voor dwangbehandeling in vergelijking met het gevaarscriterium van de Wet Bopz. Ook wordt er op gewezen dat dwang hoe dan ook een moeilijke beslissing blijft, omdat ook bij wilsonbekwame cliënten dwang verstorend kan werken op de behandelrelatie.

Samenvattend

Wilsonbekwaamheid speelt een wisselende rol in de praktijk. Er zijn onduidelijkheden aangaande de toepassing en interpretatie van procedures in de Wet Bopz rond wilsonbekwaamheid. Het valt op dat weinig gebruik gemaakt wordt van wettelijk vertegenwoordigers, waarschijnlijk omdat bij verzet de instemming van een wettelijk vertegenwoordiger geen betekenis meer heeft. Een factor die hierbij ook een rol lijkt te spelen is de vertrouwensrelatie tussen zorgverlener en cliënt. Zorgverleners geven aan dat zij wilsonbekwaamheid wel relevant vinden, omdat dit mogelijkheden zou kunnen bieden om bij wilsonbekwaam verzet in te grijpen en toch zorg te verlenen. Op dit punt vinden zij de huidige regeling in de Wet Bopz te kort schieten.

5.6 Somatische problematiek en dwangtoepassing

De vraag of zorgverleners problemen ondervinden indien een cliënt onder invloed van zijn stoornis een noodzakelijk geachte somatische behandeling weigert, wordt wisselend beantwoord. Een aantal zorgverleners ervaart hier geen probleem. Indien een bepaalde somatische aandoening ernstig nadeel geeft voor de patiënt die wilsonbekwaam terzake is, past men de Wgbo toe. Dit houdt onder andere in dat men een vertegenwoordiger moet vragen om instemming. Sommige zorgverleners melden wel enige problemen bij het vaststellen van wat het juiste juridische kader is. Zo is het niet voor iedereen duidelijk wanneer dwang kan worden toegepast indien een cliënt een somatische behandeling weigert op grond van zijn stoornis. Een van de geïnterviewde teamleiders meent in eerste instantie dat alle dwang onder de Wet Bopz valt op het moment dat een cliënt een Bopz-maatregel heeft. Bij doorvragen blijkt dat volgens deze respondent somatische behandelingen onder de Wgbo horen, maar dat ze in de praktijk onder de Wet Bopz worden geplaatst. Verder blijkt het enigszins lastig om de juiste juridische formulering te vinden waaronder dwang kan worden toegepast. In de praktijk is de scheidslijn niet altijd eenduidig en wordt de juiste juridische formulering min of meer gegokt. Het lijkt mede ervan af te hangen welk kader in de gegeven situatie de meeste mogelijkheden biedt om het goede te doen volgens de zorgverleners. Onderstaand citaat illustreert dat:

“Soms ga je naar de Wgbo over. Mensen die een ontsteking hebben en zich los willen rukken of uit bed willen, infuus uittrekken, worden gefixeerd in het kader van de Wgbo. Ja, de scheidslijn is daar een beetje vaag.”

Ook in situaties waarin somatische problematiek een direct gevolg is van de geestesstoornis vinden zorgverleners het moeilijk te bepalen hoe deze problematiek aangepakt moet worden en welk wettelijk kader van toepassing is:

“We zaten laatst weer te kijken naar de Wet Bopz en de Wgbo. Als er dan een depressie is en hij eet niet meer, maar hij is ook nog eens somatisch lijdend. Hoe moet je dat dan doen? Dat mag dan weer niet binnen de Bopz. Daar mag je wel voor

de depressie, het niet eten, maar het andere stukje moet dan weer via de Wgbo. Eigenlijk komt het voort uit het feit dat meneer of mevrouw depressief is. Maar een deel mag wel via de Bopz en een deel ook weer niet."

Voor andere zorgverleners is dit over het algemeen wel helder. Indien de somatische problematiek, zoals het niet eten, aangepakt kan worden door het starten van dwangbehandeling voor de psychiatrische problematiek is het duidelijk dat dit onder de Wet Bopz kan plaatsvinden. Indien iemand een infuus krijgt omdat hij of zij ondervoed dreigt te raken, dan valt dat onder de procedures van de Wgbo. Het is een zaak van de behandelend arts om vast te stellen welke strategie het beste het gevaar kan afwenden dat op dat moment aanwezig is.

Het merendeel van de zorgverleners stelt dat er meer voorlichting mag komen over wat er op het gebied van dwangtoepassingen binnen de Wgbo mogelijk is en wanneer de Wet Bopz van toepassing is.

De meeste problemen blijken zich voor te doen als iemand wilsbekwaam een somatische behandeling weigert, terwijl de weigering wel verband houdt met de stoornis. Dit kan het geval zijn bij cliënten die automutilleren. De vraag voor zorgverleners is dan wanneer er ingegrepen moet worden. De Wet Bopz schrijft voor dat er sprake moet zijn van gevaar. Zorgverleners zouden in een dergelijke context meer mogelijkheden tot ingrijpen willen hebben, maar indien een patiënt wilsbekwaam een somatische behandeling weigert, kan niet op basis van de Wgbo worden gehandeld. Een zorgverlener geeft een voorbeeld:

"Bij mensen die automutilleren laten we de keuze aan hen, ja, hoe lastig dat soms ook is. Want soms is de wond zo diep dat je het bot ziet liggen en dan denk je, dat moet gehecht worden. Ja goed, dat past ook een beetje in het beleid om zoveel mogelijk verantwoordelijkheid terug te geven en bij automutilleren is de grens wel als iemand echt zijn arm eraf gaat halen."

Een aantal zorgverleners geeft aan dat zij de verschillen tussen de Wet Bopz en de Wgbo met betrekking tot dwangtoepassingen raar en onnodig vinden. Volgens hen is het wenselijk om alle medische zorg onder de Wgbo te plaatsen ook in geval van dwangtoepassingen in de psychiatrie. Een zorgverlener stelt dat de Wet Bopz ook steeds meer gaat lijken op de Wgbo doordat gevaar steeds breder wordt gedefinieerd:

"Ik vind dat we wat dat betreft gewoon terug mogen naar de Wgbo. Een aantal zaken moet je regelen, dat is ook voor de chirurg en de cardioloog geregeld. Die binden ook wel eens iemand vast. En doen ook allerlei dingen zonder dat mensen daar akkoord aan geven. Ze doen niets anders dan wij doen, alleen dan zonder enige wettelijke spelregels."

Het is echter de vraag of er binnen de Wgbo meer ruimte voor de toepassing van dwangbehandeling is. Indien een persoon wilsbekwaam een behandeling weigert, moet de zorgverlener dat respecteren. Indien een persoon wilsonbekwaam wordt geoordeeld, dan moet met een wettelijk vertegenwoordiger overlegd worden over het behandelingsplan, zoals ook in de Wet Bopz is vastgesteld. Incidenteel is er binnen de Wgbo een mogelijkheid voor zorgverleners om af te wijken van de mening van de wettelijk vertegenwoordiger op basis van goed hulpverlenerschap. Daarbij moet de zorgverlener wel goede redenen kunnen aangeven (Legemaate, 1998).

5.7 Goede praktijken

Ofschoon betrokkenen op belangrijke punten (gevaarscriterium en duiding van gevaar, verruiming van mogelijkheden tot dwangbehandeling en dwangmedicatie, (beoogde) effecten en neveneffecten van dwang en de duiding van verzet) uiteenlopende ervaringen en meningen naar voren brengen, zijn alle partijen het er over eens dat de huidige klinische dwangpraktijk te wensen overlaat en voor verbetering vatbaar is. Alle partijen kunnen elkaar vinden in de noodzaak om de randvoorwaarden voor goede zorg te optimaliseren. Verbetermogelijkheden liggen op het terrein van de communicatie en bejegening, preventie en nazorg, het zoeken naar alternatieven voor dwang, verbreding van het behandel aanbod en optimalisering van randvoorwaarden. Deze verbetermogelijkheden komen achtereenvolgens aan de orde.

5.7.1 Communicatie en bejegening

Communicatie en bejegening zijn voor cliënten belangrijke verbeterpunten bij dwangtoepassing. Er wordt te weinig uitgelegd of gecommuniceerd over waarom een maatregel nodig gevonden werd en hoe de cliënt de maatregel heeft ervaren. Cliënten willen contact kunnen maken. Een van de geïnterviewde cliënten vertelt dat hij vooral behoefte had te praten met zijn psychiater over wat hem was overkomen. Dat lukte niet doordat hij het gevoel kreeg niet als gelijkwaardige gesprekspartner te worden beschouwd. Hij verwoordt dat als volgt:

“Dat is een van de dingen waar ik het meest over ben gevallen in mijn psychiatrische carrière. Je wordt niet als gelijkwaardige gesprekspartner beschouwd.”

Cliënten pleiten ter verbetering van de praktijk van dwangtoepassing voor meer respect en vertrouwen. Hieraan kan door zorgverleners vorm worden gegeven door meer tijd te maken voor het luisteren naar en overleggen met cliënten, zo verduidelijkt het volgende citaat:

“Dwang is het tegenovergestelde van overeenstemming en overeenstemming krijg je door overleg. En bij dwang hebben ze geen tijd meer voor het overleg. Ik denk dat

overleg echt de sleutel is. En overleg waarbij de cliënt ook inspraak heeft, en een beetje regie kan krijgen over zijn leven. Dus participatie en empowerment.”

Soms missen cliënten medeleven van zorgverleners. Zij stellen voor om in de opleiding meer aandacht te besteden aan hoe het is om verward te zijn, in een separeer cel gezet te worden en/of dwangmedicatie te krijgen. Zij hebben het idee dat zorgverleners kunnen afstompen door wat zij ervaren in hun werk, waardoor zij teveel functioneren op basis van gewoontes in plaats van medemenselijkheid. Een van de cliënten beschrijft dit aspect als volgt:

“Enigszins gepast medeleven is wel op zijn plaats denk ik, als je net je hart binnenste buiten zit te keren. Daar blijkt dat de hulpverlening dat niet altijd echt aan kan (...) Ik kan daar zelf ook nog geschokt door raken als iemand anders heel erg in de war is. Dat doet iets met je. En ik zie bij heel veel hulpverleners dat die daar een omslag in maken. Dat het gewoon dagelijkse kost wordt en het aan hen voorbij trekt.”

5.7.2 Preventie en nazorg

Zowel cliënten als zorgverleners vinden aandacht voor preventie van dwang en zorg na de dwangtoepassing van groot belang als het erom gaat de praktijk van dwangtoepassingen te verbeteren. Zorgverleners geven aan dat preventie in de ambulante setting meer aandacht kan krijgen door cliënten over te halen tot zorg. Betere informatieoverdracht tussen verschillende instellingen (crisisdienst, politie) kan separeergebruik voorkómen. Indien een cliënt met een dwangopname binnenkomt, volgt vaak in het kader van de veiligheid eerst plaatsing in de separeer, omdat de afdeling niet weet wat er precies aan de hand is. Het is evident dat deze procedure het opbouwen van een vertrouwensrelatie tussen de zorgverlener en cliënt niet ten goede komt. Een zorgverlener zegt hier het volgende over:

“Indien we een patiënt nog niet kennen, dan maak je al een start met de separeer, terwijl dat misschien helemaal niet nodig is. Er wordt nu wel meer werk van gemaakt om die informatievoorziening te verbeteren.”

Zorgverleners menen dat dwangtoepassingen te voorkómen zijn indien het proces van plaatsing op een psychiatrische afdeling verkort wordt. Het is wel voorgekomen dat cliënten langer dan een halve dag moesten verblijven in een politiecel voordat zij naar een psychiatrische afdeling gebracht werden. Hierdoor kan de agitatie bij de cliënt hoog oplopen waardoor separatie en/of sederende medicatie als enige opties overblijven. Overigens lijkt deze problematiek afhankelijk te zijn van de samenwerking tussen politie en crisisdiensten, waardoor op dit punt regionale verschillen bestaan. Binnen de instelling kan het besef dat cliënten specifieke behoeften hebben, helpen escalaties te voorkómen. Ter illustratie het volgende citaat van een zorgverlener over een jongvolwassen cliënt:

“We moeten meer kijken wat er precies aan de hand is in plaats van te zeggen; ‘Nee, dat mag niet.’ (...) Bijvoorbeeld, waarom mag een jongen van twintig jaar om acht uur ‘s avonds geen boterham meer eten? Omdat dat de regels zijn? Waar zijn we dan mee bezig?”

Het evalueren van dwangtoepassingen acht men van groot belang. Elke dwangmaatregel moet geëvalueerd worden met de cliënt. Op deze wijze kan de cliënt zicht krijgen op de redenen van zorgverleners om dwang toe te passen en kan samen gezocht worden naar mogelijkheden om het een volgende keer te voorkómen. Ook wordt gemeld dat evaluatie de mogelijkheid biedt om gewoontevorming tegen te gaan. In lijn met het belang van evaluatie wordt ook gewezen op het belang van signaleringsplannen en crisisprotocollen. Opvallend is dat er in de zorg nog niet standaard gewerkt wordt met preventieplannen. Voor zorgverleners vergt dit een omslag in de gewoontes die mensen hanteren bij het uitoefenen van hun beroep. Diverse cliënten vinden het belangrijk dat er gewerkt wordt met zelfbindingsverklaringen indien een cliënt aangeeft dat te willen. Het idee hierachter is dat mensen die ervaring hebben met psychoses zelf op een helder moment aangeven hoe er gehandeld moet worden indien een psychose terugkomt. Op deze wijze kan een cliënt toch een zekere mate van grip krijgen op de dwangtoepassingen in crisissituaties als gevolg van een stoornis. Zo kan hij of zij van tevoren aangeven in welke situaties hij of zij dwang gerechtvaardigd acht en welk dwangmiddel voor hem of haar in dat geval toegepast mag worden. Recentelijk is een wetsvoorstel dat de zelfbindingsverklaring een juridische status geeft door de Eerste Kamer aangenomen (Berghmans, 2007).

5.7.3 Alternatieven voor dwang

Door cliënten wordt benadrukt dat er meer gezocht kan worden naar alternatieven voor dwang. Voorbeelden die hier genoemd worden zijn: het maken van een wandeling, het luisteren naar muziek of het je afreageren op een boksbal. Een ander alternatief voor dwang is drang. Ten aanzien van drang zien cliënten mogelijkheden ter verbetering van de praktijk, mits met drang niet een verkapt vorm van dwang bedoeld wordt. Juist het verleiden van mensen tot de zorg wordt als belangrijk beschouwd. Ook wordt genoemd dat er meer zorg op maat geleverd moet worden. Er moet gekeken worden naar de persoon zelf en niet alleen naar de psychiatrische problematiek. Een betrokkene benadrukt het belang van een persoonlijke benadering: *“Ze hebben geleerd dat het allemaal volgens het boekje moet op die manier. Maar ik ben en heb mijn eigen boekje en mijn eigen handleiding.”* Tot slot zou meer gezocht en geëxperimenteerd moeten worden met alternatieven voor dwang, zoals een-op-een begeleiding. Zorgverleners staan positief tegenover deze door cliënten ingebrachte alternatieven.

5.7.4 **Verbreding behandelaanbod**

Een klacht van cliënten is dat zij uitsluitend medicamenteus worden behandeld. Het aanbod van andere vormen van therapie is beperkt. Het regelmatig praten met een psychiater is vaak slechts voorbehouden aan een klein deel van de cliënten. Therapieën zoals cognitieve gedragstherapie, motivatietraining, counseling gericht op cognitieve en sociale vaardigheden en systeemtherapie, worden node gemist. Doordat het behandelaanbod smal is (cliënten spreken van een ‘pillencultuur’), ervaren cliënten niet dat zij de goede zorg en behandeling krijgen. Dwang met het oog op behandeling wordt vanuit die ervaringscontext sceptisch bekeken. Cliënten stellen dat een breder behandelaanbod meer mogelijkheden biedt om aan te sluiten bij de wensen van cliënten en dat daarmee dwang kan worden voorkómen.

5.7.5 **Optimalisering van randvoorwaarden**

Een kritiekpunt dat veelvuldig door cliënten wordt genoemd is dat verpleegkundigen te veel op kantoor zitten. Als zorgverleners meer zichtbaar aanwezig zijn op de afdeling, voorkomt dat volgens cliënten escalaties. Ook een aantal zorgverleners noemt dit punt. Daarnaast signaleren cliënten dat organisatorische kwesties, zoals personeelstekort, veel personeelsverloop binnen het team of de aanwezigheid van onervaren krachten op de afdeling, tot dwang kunnen leiden. Familieleden herkennen dit. Zij stellen dat het niet juist is dat hun naasten dwang ondergaan als gevolg van gebrek aan personeel. Hun ervaring is echter dat dit wel een realiteit is. Voor familieleden geeft dit veel spanning. Aan de ene kant is de opname een tijdelijke ontlasting en periode van rust, aan de andere kant vinden zij het niet juist indien er vervolgens dwang wordt toegepast zonder een ‘hoger doel’. Een familielid dat deelnam aan de focusgroep zegt daarover:

“Als je denkt dit is alleen maar kleineren of dit is eigenlijk alleen maar onderdrukken zonder een hoger doel dan zou ik willen weten; wat is het behandeldoel daar achter? En dan kom je erachter dat het alleen maar te maken heeft met gebrek aan personeel.”

Betere randvoorwaarden hebben betrekking op de hoeveelheid en deskundigheid van personeel, bouwkundige voorzieningen (eigen kamers, leefhoeken) en financiële middelen om een breder behandelaanbod mogelijk te maken.

5.8 **Voorlopige conclusies**

In dit hoofdstuk zijn de bevindingen uit de kwalitatieve deelstudie naar de ervaringen met en meningen van betrokken partijen met betrekking tot dwang en dwang-behandeling en mogelijke knelpunten in de wetgeving gepresenteerd. Er is tussen partijen overeenstemming over het uitgangspunt dat dwang pas in beeld moet

komen als minder ingrijpende middelen hebben gefaald en dat verbeteringen in de kwaliteit van dwangtoepassing wenselijk en noodzakelijk zijn. De gedachten gaan uit naar betere communicatie en bejegening, preventie en nazorg, zoeken naar alternatieven voor dwang, verbreding van het behandelaanbod en optimaliseren van randvoorwaarden.

We constateren echter ook dat de betrokkenen op een aantal punten uiteenlopende ervaringen en meningen naar voren brengen. De verruiming van mogelijkheden tot dwangbehandeling is inzet van discussie waarbij standpunten te herleiden zijn tot het spanningsveld tussen autonomie en paternalisme. Er is geen consensus over de wenselijkheid van verdere aanpassingen in de Wet Bopz. Sommige partijen willen de huidige wet handhaven, en eventueel de praktijk verder oprekken, anderen willen de wet aanpassen of een nieuw wettelijk kader ontwerpen. Verschil van mening is er ook over de effecten, neveneffecten en bijwerkingen van dwangmedicatie als alternatief voor separatie. Waar zorgverleners dwangmedicatie prefereren, vanuit het oogpunt van effectiviteit, geven cliënten aan dat werkzaamheid niet altijd gegarandeerd is, en wijzen zij op bijwerkingen. Zij brengen verder naar voren dat toepassing van dwang overrompelend en kwetsend kan zijn, en vragen daarmee aandacht voor mogelijkheden om de toepassing zorgvuldiger te doen plaatsvinden. Knelpunten in de implementatie van de wet hebben betrekking op de duiding van gevaar en verzet, de toepassing en procedures rond wilsonbekwaamheid en het grijze gebied tussen de toepassing van de Wet Bopz en van de Wgbo.

6. BESCHOUWING EN DISCUSSIE

6.1 Inleiding

In de voorgaande hoofdstukken zijn de bevindingen uit de deelstudies gepresenteerd. Hoofdstuk 3 besprak de kwantitatieve ontwikkelingen rond dwang binnen instellingen. In hoofdstuk 4 volgde een analyse van de jurisprudentie. Knelpunten, ervaringen en meningen van partijen in de psychiatrie – cliënten, familie en zorgverleners – stonden centraal in hoofdstuk 5. De bevindingen uit de deelstudies en enquête (deel 8) worden in dit hoofdstuk met elkaar in verband gebracht en in het licht van literatuur kritisch beschouwd. Daarbij houden we de indeling en volgorde van de thema's uit hoofdstuk 5 aan.

In de eerste paragraaf (6.1) staat het gevaarscriterium als kader voor dwang centraal. Paragraaf 6.2 gaat over verschillende vormen van dwangtoepassing, in het bijzonder dwangmedicatie en separatie. In paragraaf 6.3 staan de onderwerpen verzet en geloofwaardigheid van cliënten centraal. Vervolgens gaat paragraaf 6.4 over het thema wilsonbekwaamheid. Paragraaf 6.5 bespreekt de ervaringen van zorgverleners rond somatische problematiek en dwangtoepassing. Tot slot wordt in paragraaf 6.6 beschreven wat relevante partijen beschouwen als goede praktijken.

6.2 Het gevaarscriterium als kader voor dwang

Het thema gevaarscriterium als kader voor dwang is ingedeeld in drie subthema's, respectievelijk; gevaar en duiding van gevaar; effecten van de verruiming van het gevaarscriterium bij dwangbehandeling en verdere verruimingen.

6.2.1 Gevaar en duiding van gevaar

De vraag wanneer er sprake is van gevaar, is niet aan de orde geweest in de kwantitatieve deelstudie. Uit de analyse van de rechtspraak komt het beeld naar voren dat het gevaarscriterium wisselend wordt geïnterpreteerd door de rechter. Soms wordt gevaar heel streng benaderd, maar er zijn ook uitspraken waarbij aspecten als lijdensdruk en bestwil voor de cliënt worden meegewogen. Opvallend is dat gevaar buiten de instelling zoals maatschappelijke teloorgang in sommige uitspraken al wordt meegenomen, ondanks dat het huidige criterium gevaar binnen de instelling beoogt. Het kan zijn dat er reeds geanticipeerd wordt op de komende wetwijziging (zie Berghmans, 2006).

De Wet Bopz maakt onderscheid tussen voorzien gevaar (dwangbehandeling artikel 38) en onvoorzien gevaar (middelen en maatregelen artikel 39). Het onderscheid dat gemaakt kan worden tussen het afwenden van noodsituaties en onder dwang behandelen komt hier niet volledig mee overeen, omdat sommige noodsituaties voorzien worden en in een behandelingsplan kunnen zijn opgenomen. Ook gebeurt het dat de duur van de maatregel op basis van artikel 39 niet voldoende is ter afwijking van het gevaar waarna de maatregel overgenomen wordt door een dwangbehandeling op basis van artikel 38. Voor zorgverleners leidt dit tot

onduidelijkheid in het duiden van gevaar. Uit de kwalitatieve deelstudie komt naar voren dat partijen wisselend denken over de vraag of gevaar wel het juiste criterium is voor dwang en of daarnaast niet ook de lijdensdruk of de gezondheidstoestand van de cliënt een rol moet spelen. De complexiteit wordt verder vergroot doordat de interpretatieruimte rond het duiden van gevaar spanningen tussen partijen oplevert. De positie en belangen van partijen kleuren de inschatting van de situatie en de mate waarin men oordeelt dat er sprake is van gevaar. Wat voor de een agitatie is, is voor de ander verbaal agressief gedrag dat noopt tot ingrijpen. Bovendien blijkt in de praktijk nog een ander aspect mee te spelen, namelijk de mate van onrust en orde op de afdeling. De evaluaties van de situatie kunnen als gevolg hiervan uiteenlopen en botsen. Dit strookt met bevindingen uit de literatuur waarin wordt aangegeven dat de duiding van gevaar door zorgverleners beïnvloed wordt door diverse (inter)subjectieve factoren. Er wordt gewezen op persoonlijke karakteristieken van zorgverleners (Lendemeijer, 2000) en de invloed van de afdelingscultuur (Spijker et al., 2005).

Een vraag is hoe de ervaren ambiguïteit rond gevaar kan worden verminderd. Gedacht kan worden aan een nadere omschrijving van het begrip gevaar zodat partijen meer houvast hebben bij de interpretatie. Een dergelijke verduidelijking veronderstelt echter een gedeeld interpretatiekader. Aangezien dit momenteel ontbreekt, moet eerst geïnvesteerd worden in processen om te komen tot een gedeeld interpretatiekader. Daarbij zou ook het doel van ingrijpen onderwerp van discussie moeten zijn. Zo kan meer duidelijkheid ontstaan over de vraag of naast gevaar voor de cliënt zelf en/of derden (uitgangspunt van de huidige Wet Bopz) ook andere aspecten (zoals lijdensdruk voor de cliënt, gezondheidstoestand van de cliënt, rust en orde op de afdeling) meegewogen mogen of moeten worden in de besluitvorming rond dwang en dwangbehandeling. Aandacht voor de (mate van) behandelbaarheid van de betrokkene kan hier ook een plaats hebben.

Gedacht kan bovendien worden aan betere verspreiding van de inzichten die gaandeweg ontwikkeld zijn in jurisprudentie, in combinatie met consensusbijeenkomsten (vergelijkbaar met richtlijnontwikkeling kwaliteitscriteria voor dwang en drang) tussen direct betrokken partijen in de zorgverlening en indirect betrokkenen (beleidsmakers, politici, wetenschappers) om tot een gedeeld interpretatiekader te komen. Een dergelijk gedeeld kader kan vervolgens zijn neerslag vinden in wetgeving. Overigens moet worden bedacht dat het bij noties als gevaar altijd gaat om begrippen die ambigu blijven, ook als wetgeving wordt aangescherpt.

6.2.2 **Effecten van de verruiming van het gevaarscriterium bij dwangbehandeling**

Op grond van artikel 38 lid 5 Wet Bopz mag, indien over (een deel van) het behandelingsplan geen overeenstemming wordt bereikt met de cliënt of – bij wilsonbekwaamheid – diens vertegenwoordiger dan wel de cliënt zelf zich tegen toepassing ervan verzet, dat deel van het behandelingsplan slechts worden toegepast voorzover dat volstrekt noodzakelijk is om gevaar voor de cliënt of

anderen af te wenden. Per 1 januari 2004 is het niet langer meer vereist dat het gevaar 'ernstig' is (Wet van 13 juli 2002, Stb. 431). Deze aanpassing van de wet was bedoeld om de mogelijkheden tot intramurale dwangbehandeling te verruimen. Uit de analyse van rechtspraak kan niet worden afgeleid dat deze wetswijziging in een verruimde uitleg van het gevaarscriterium heeft geresulteerd. Voorafgaand aan de wetswijziging werd wel gesignaleerd dat het gevaarscriterium voor dwangbehandeling al iets ruimer werd geïnterpreteerd en dat in sommige gevallen zelfs gevaar buiten de instelling al als grond voor dwangbehandeling werd aanvaard. Dit strookt met de bevindingen uit de kwalitatieve deelstudie waaruit blijkt dat de zorgverleners en familieleden geen wezenlijke verandering hebben ervaren ten aanzien van de verruiming van het gevaarscriterium voor dwangbehandeling. Zorgverleners melden dat zij als gevolg van de wetswijziging wel wat meer ruimte ervaren voor het toepassen van dwangmedicatie als alternatief voor separatie, hoewel de wetswijziging zelf geen uitspraken doet ten aanzien van vormen van dwanginterventies. Opmerkelijk was dat cliënten niet goed op de hoogte waren van de verruiming. Zij konden ook niet aangeven op grond van ervaringen of de verruiming tot verschuivingen heeft geleid. Wel waren zij van mening dat verruiming onwenselijk is.

De resultaten uit de enquête nuanceren dit beeld enigszins. Van de 337 zorgverleners die de enquête hebben ingevuld was 30% het eens met de stelling dat de verruiming van het gevaarscriterium voor de praktijk van dwangtoepassing niets heeft veranderd, 20% van de zorgverleners was het hier niet mee eens. De overige zorgverleners hadden hierover geen mening. Dit wijst erop dat door een deel van de zorgverleners wel verandering wordt ervaren.

Van de 46 cliënten die de enquête hebben ingevuld, antwoordt 10% dat zij het eens waren met de stelling dat de verruiming van het gevaarscriterium voor de praktijk van dwangtoepassing niets heeft veranderd, tegenover 40% van de cliënten die het oneens waren met de stelling. De overige cliënten had hierover geen mening. Deze antwoorden laten zien dat een groot aantal cliënten menen dat er veranderingen zijn opgetreden in de praktijk sinds de verruiming van het gevaarscriterium voor dwangbehandeling. Het is niet onaannemelijk dat cliënten deze veranderingen negatief beoordelen gelet op de kritische uitspraken gedaan in de kwalitatieve deelstudie.

Een vraag is hoe het komt dat het schrappen van het woordje 'ernstig' kennelijk niet tot een oplossing heeft geleid van de problematiek rond zorgverlamming binnen de instellingen. Hiervoor zijn een aantal verklaringen mogelijk. Ten eerste komt uit de rechtsanalyse naar voren dat zorgverleners anticiperen op veranderingen in de wetgeving. Zij zullen daardoor weinig veranderingen ervaren na implementatie van de wetswijziging. Ten tweede blijkt dat het gevaar niet zozeer gelegen is binnen de instelling, maar zich vooral voordoet buiten de instelling. Gevaar buiten de instelling mag juridisch gezien echter nog niet worden meegewogen in de besluitvorming inzake intramurale dwangbehandeling, ondanks dat er enkele uitspraken zijn

geweest waarin gevaar buiten de instelling werd geaccepteerd als grond voor dwangbehandeling.

Meer basaal blijkt uit de bevindingen van de kwalitatieve deelstudie dat niet zozeer gevaar of de mate van gevaar als problematisch wordt ervaren door zorgverleners, maar dat zij vooral problemen ervaren die te maken hebben met het doel van dwang. De Wet Bopz is gebaseerd op ingrijpen om gevaar voor derden af te wenden en de veiligheid voor de betrokkene zelf te waarborgen. Zorgverleners willen ingrijpen teneinde de (gezondheids)toestand van cliënten te verbeteren of het lijden te verminderen. Vanuit dit zorgverlenersperspectief bezien, zullen aanpassingen die te maken hebben met de mate van gevaar, zoals het schrappen van het woord 'ernstig,' maar beperkt soelaas bieden. De crux is voor hen gelegen in het kunnen geven van zorg aan mensen, desnoods onder dwang, omdat cliënten die zij zien verkommeren niet altijd kunnen inschatten wat hun behoeften en mogelijkheden zijn. Dat is ook de reden waarom zorgverleners aandringen op andere criteria – voorkómen en bestrijden van lijden, bestwil – voor ingrijpen.

Oplossingen voor ervaren zorgverlamming moeten dus niet in de eerste plaats gezocht worden in de verdere verruiming van de mate van gevaar als grond voor ingrijpen, maar in het ontwikkelen van consensus tussen partijen over eventuele andere gronden voor dwangbehandeling. Dit sluit aan bij het voorgaande punt rond de duiding van gevaar en de mate van gevaar. Ook daar kwam naar voren dat het probleem is gelegen in het ontbreken van een gedeeld interpretatiekader over de gronden voor dwang en inschatting van gevaar.

6.2.3 Verdere verruiming

De analyse van rechtspraak laat zien dat in enkele uitspraken gevaar buiten de instelling als grond voor dwangbehandeling werd aanvaard, hoewel dat niet door de Wet Bopz wordt beoogd. Het kan zijn dat hier reeds werd geanticipeerd op de wetswijziging die inmiddels door de Tweede Kamer is geaccordeerd.

Uit de kwalitatieve deelstudie komt naar voren dat een groot deel van de cliënten terughoudend is ten aanzien van de verruiming van de mogelijkheden tot dwangbehandeling en zich zorgen maakt om hun rechtspositie. Zorgverleners en familieleden zijn wisselend ten aanzien van wensen tot verdere verruiming van dwangtoepassingen. Meninge lopen uiteen van de Wet Bopz handhaven, hem aanpassen tot vervangen door een nieuw wettelijk kader. Een probleem dat wordt voorzien bij verdere verruiming voor dwangbehandeling is dat er teveel macht en verantwoordelijkheid bij de psychiater komt te liggen. Er zouden te weinig controle-mogelijkheden zijn. Meer dwangbehandelmogelijkheden moeten daarom wel met procedurele rechtswaarborgen zijn omgeven.

Uit de enquête komt naar voren dat van de 337 zorgverleners 40% het wenselijk acht dat de mogelijkheden tot dwangbehandeling verder worden verruimd, terwijl 10%

van de zorgverleners aangeeft dat niet wenselijk te vinden. De overige zorgverleners hebben hierover geen mening. Bij de cliënten zijn de meningen meer eenstemmig. Van de 46 cliënten acht 70% (n=33) verdere verruiming niet wenselijk, 2% (n=1) acht dit wel wenselijk. Deze uitkomsten komen overeen met de bevindingen uit de kwalitatieve deelstudie. In deel 8 worden overigens andere cijfers weergegeven bij een ogenschijnlijk gelijke stelling, namelijk 'de mogelijkheden van dwangbehandeling moeten worden vergroot'. Het verschil in cijfers kan mogelijk verklaard worden doordat de eerste vraagstelling refereert aan verruiming van wettelijke criteria, terwijl een vergroting van mogelijkheden tot dwangbehandeling meer algemeen kan worden geïnterpreteerd.

Er wordt verschillend gedacht over oplossingen voor het probleem van de zorgverlamming binnen de instellingen. Aan de ene kant worden oplossingen gezocht in de ruimere toepassing van mogelijkheden voor dwangbehandeling. Voorgesteld wordt het gevaarscriterium verder op te rekken dan wel de Wet Bopz geheel te vervangen door een nieuwe wettelijke regeling (Gezondheidsraad, 2004) of een behandelwet (Hondius & Van Veldhuizen, 2003; Van Veldhuizen, 2004; Opstal & Lammers, 2006). Aan de andere kant wordt, onder andere door stichting Pandora, de kritische vraag gesteld of het probleem van zorgverlamming kan worden opgelost door meer dwangmogelijkheden. Critici beargumenteren dat meer dwang averechts kan werken; het probleem van zorgverlamming kan er juist door toenemen, omdat cliënten zich dan nog meer zullen onttrekken aan de zorg. Tevens bestaan er zorgen dat cliënten niet voldoende in hun rechten worden beschermd indien dwangmogelijkheden verder worden verruimd en is er een roep om meer procedurele rechtswaarborgen. Gedacht kan worden aan meer toetsingmomenten door onafhankelijke derden, bijvoorbeeld verplichte second opinion. Overigens staan deze oplossingsrichtingen niet per definitie tegenover elkaar. Een uitbreiding van dwangmogelijkheden gecombineerd met scherpere procedures rondom de toepassing van dwang kan ertoe leiden dat dwang de facto minder wordt toegepast, en dat de toepassing ervan beter wordt gemotiveerd en daardoor acceptabeler is. Op dit moment worden de oplossingsrichtingen echter diametraal tegenover elkaar gesteld, waardoor het zoeken naar gezamenlijke wegen wordt bemoeilijkt.

Er is sprake van een gebrek aan vertrouwen tussen cliënten en zorgverleners als het gaat om het uitbreiden van dwangmogelijkheden. Cliënten zijn van mening dat dwangtoepassing niet uitgebreid, maar juist voorkómen moet worden, zeker wanneer de gronden voor dwang oneigenlijk zijn. De reserves van cliënten ten aanzien van dwang komen niet voort uit het afkerig zijn van elke vorm van interventie. Cliënten erkennen de noodzaak van zorg, soms met toepassing van dwang, maar stellen dat goede zorg primair vorm krijgt door het opbouwen van een vertrouwensrelatie met de zorgverlener. Dit pleit ervoor om uit te gaan van goede zorg als kader voor een regeling rondom dwang (vgl. Widdershoven, Berghmans & Welie, 2003). Daarbij dient ook rekening te worden gehouden met de noodzaak van

goede randvoorwaarden, zoals competentie van de zorgverlener en een adequate infrastructuur en bezettingsgraad. Zolang die randvoorwaarden tekortschieten, kunnen zorgverleners niet de aandacht en zorg bieden die nodig zijn en kan er geen sprake zijn van een basis van vertrouwen. Oplossingen zijn gelegen in deskundigheidsbevordering, betere communicatie tussen betrokkenen en betere samenwerking. Wettelijk gezien zou het investeren in vertrouwen en het verbeteren van goede zorg gestalte kunnen krijgen in het meer expliciet vastleggen van het recht op behandeling, het recht op zorg en recht op zinvolle dagbesteding.

6.3 Ervaringen met dwang: medicatie versus separatie

Mede onder invloed van de wens van GGZ Nederland om het gebruik van de separeerel met tien procent per jaar te verminderen, is een levendige discussie ontstaan over de effecten en neveneffecten van dwangmiddelen. Deze discussie richt zich met name op een vergelijking van separatie ten opzichte van dwangmedicatie. De Wet Bopz zelf maakt geen onderscheid tussen verschillende dwangmiddelen in termen van ingrijpendheid. Bij de toepassing van dwang heeft een drietal rechtsbeginselen prominente betekenis: het subsidiariteitsbeginsel, het proportionaliteitsbeginsel en het doelmatigheidsbeginsel (Widdershoven, 2003).

Dwang, zo demonstreert de kwalitatieve deelstudie, wordt door cliënten als negatief ervaren vanwege het verlies van regie over het leven en neveneffecten zoals vernedering en bijwerkingen van medicatie. Zorgverleners ervaren dat dwang de vertrouwensrelatie kan schaden, maar evalueren dwanginterventies positief als er verbeteringen optreden in het toestandsbeeld van de cliënt.

Als het gaat om de feitelijke toepassing van dwang in het kader van artikelen 38 en 39 van de Wet Bopz laat de kwantitatieve deelstudie zien dat separatie nog altijd meer wordt toegepast dan dwangmedicatie (in het kader van zowel artikel 38 als 39). In de analyse van rechtspraak blijken er geen uitspraken te zijn waarin expliciet een voorkeur voor een bepaalde vorm van dwang wordt gegeven. Het feit dat separatie nog altijd vaker wordt toegepast dan dwangmedicatie is strijdig met de wensen van zorgverleners, die aangeven dat zij medicatie prefereren boven separatie.

De verwachting is dat met medicatie meer therapeutisch effect behaald kan worden. Separatie wordt vooral beschouwd als een vorm van niet-behandelen en onmacht. De discrepantie tussen de overtuiging van zorgverleners dat medicatie geschikter is dan separatie enerzijds en het feit dat separatie nog steeds feitelijk het meest wordt toegepast anderzijds, lijkt vooral te maken te hebben met de uitgangspunten en karakter van de Wet Bopz, die immers primair een beveiligingswet is, en geen wet die beoogt behandeling mogelijk te maken. Bovendien heeft lange tijd juridisch de visie opgeld gedaan dat fysieke vrijheidsbeperkingen, zoals separatie, een minder grote inbreuk vormen op de integriteit van het lichaam dan medicinale dwangmiddelen.

Zowel separatie als medicatie worden door cliënten als negatief ervaren. De overwegend negatieve ervaringen betekenen niet dat er geen positieve ervaringen tegen over staan, maar dat cliënten aandacht vragen voor het voorkómen dan wel verbeteren van de dwangtoepassing. Welke vorm het minst ingrijpend is, blijkt afhankelijk van individuele subjectieve factoren. Ten aanzien van medicatie geldt dat cliënten niet principieel tegen het gebruik van medicijnen zijn, maar wel sceptisch staan ten aanzien van medicatie onder dwang. Zij vragen verder aandacht voor de bijwerkingen van medicatie en zijn van oordeel dat het vaak om symptoombestrijding gaat.

De discussie over de wenselijkheid van vormen van dwangtoepassing heeft betrekking op de doelmatigheid van de dwanginterventies. Indien dwang nodig is om gevaar af te wenden, willen zorgverleners de meest doelmatige interventie toepassen. Deze discussie heeft in de literatuur de vorm van een kosten- en batenanalyse aangenomen. Indien het echter gaat om effectiviteit is de vraag vanuit wiens perspectief wordt gekeken en welke set van indicatoren worden gehanteerd om de effectiviteit vast te stellen, relevant (Ray & Mayan, 2001). De partijen zullen de effectiviteit beoordelen naar verschillende maatstaven. De vraag rond de effectiviteit van middelen wordt verder gecompliceerd door de bestaande wetenschappelijke onzekerheid en tegenstrijdigheden.

Door zorgverleners wordt wel eens een beroep gedaan op de zogenaamde 'thank-you'-theorie ten aanzien van dwang(medicatie). Deze theorie stelt dat psychiatrische cliënten achteraf dankbaar zijn voor hun dwangopneming c.q. behandeling (Berghmans, 1992). Pols (2000) stelt echter dat 'deze groep niet groot is en (bijna) uitsluitend gevonden wordt in de groep van cliënten die wegens een manie met dwang werden opgenomen' (Pols, 2000, p. 143).

Onderzoek van Stolker et al. (2003) toont aan dat tijdens separatie vaak alsnog medicatietoediening volgt. Tevens werd een verband gevonden tussen het gebruik van antipsychotica en een lager risico op separatie, hoewel het verschil niet statistisch significant was. Stolker et al. (2003) achten het echter waarschijnlijk dat eerder gebruik van antipsychotica zou kunnen leiden tot minder separaties. Dit zou betekenen dat dwangmedicatie de voorkeur verdient boven separatie. Schroevers et al. (2006) constateren op basis van literatuuronderzoek naar de effecten van de dwangopname vanuit behandelperspectief, dat dwangbehandeling met medicatie door cliënten als minder bezwaarlijk wordt ervaren dan andere (vrijheidsbeperkende) maatregelen zoals separatie en fixatie. Deze constatering vindt zijn oorsprong in enkele buitenlandse artikelen. Er is echter niet systematisch onderzocht in hoeverre de juridische, sociale, professionele en organisatorische context te vergelijken is met de Nederlandse situatie.

Bos (2006) waarschuwt tegen dwangmedicatie, vanwege neveneffecten en bijwerkingen. Anderen wijzen op de langdurige, negatieve effecten van separatie (Hoekstra et al., 2004; Bosch, 2005; Frueh et al., 2005). Uit een recent onderzoek onder opgenomen cliënten kwam naar voren dat verhoudingsgewijs een groter

percentage van de cliënten dwangmedicatie als ingrijpender beschouwt dan separatie; 50% van de cliënten vindt dwangmedicatie erger; 40% vindt separatie erger (Welles, 2006).

Er is kortom wetenschappelijk gezien nog veel onzekerheid over welk middel (medicatie versus separatie) het meest geschikt is voor welke categorie cliënten. Nader onderzoek naar de effectiviteit van dwangmiddelen zou de perspectieven en daarbijbehorende indicatoren van alle partijen moeten meenemen.

Overigens dient de discussie over het meest geschikte middel niet af te leiden van de vraag hoe dwang kan worden voorkómen. Ook de vraag welke bejegening gewenst is wanneer dwang niet is te vermijden, mag niet onderbelicht worden. Voorkómen van dwang en goede omgang met dwang zijn de context waarbinnen de discussie over de middelen gevoerd zou moeten worden. Een eenzijdige nadruk op de voor- en nadelen van bepaalde middelen dreigt die context buiten beeld te plaatsen.

6.4 Verzet en geloofwaardigheid

De Wet Bopz vereist geïnformeerde toestemming ('informed consent') ten aanzien van het behandelingsplan. Zonder overeenstemming over het behandelingsplan kan met betrekking tot de cliënt geen behandeling worden toegepast (tenzij zich de situatie van art. 38, lid 5 voordoet). Desondanks bestaat er in praktijk onduidelijkheid rond het duiden van verzet in de context van vrijheidsbeperkende interventies. Uit het kwantitatieve onderzoek komt naar voren dat meer dan de helft van de vrijheidsbeperkende interventies met instemming plaatsvinden en derhalve niet gemeld hoeven te worden aan de Inspectie voor Gezondheidszorg. Of er sprake is van zogenoemde 'akkoord'-interventies, is afhankelijk van de interpretatie door de zorgverlener die dat al dan niet registreert. Uit het overzicht van de rechtspraak blijkt dat daaruit niet of nauwelijks criteria voor verzet kunnen worden afgeleid. Uit eerdere evaluaties van de Wet Bopz is naar voren gekomen dat de wet vereist dat uit feiten en omstandigheden duidelijk moet blijken dat de wil van de betrokkenen op de overeenstemming is gericht. Het thema verzet gaf binnen de kwalitatieve deelstudie bij cliënten en in het bijzonder zorgverleners veel aanleiding tot discussie. Hoewel het in de Wet Bopz van belang is onderscheid te maken tussen instemming en verzet, blijkt dit in de praktijk soms lastig vast te stellen. Instemming mag niet te snel worden aangenomen, maar indien een cliënt bekend is bij zorgverleners, speelt deze kennis een rol bij het interpreteren van het wel of niet instemmen in lijn met hoe de cliënt bekend is. Het thema verzet is niet meegenomen in de enquête. Uit de kwalitatieve deelstudie en uit literatuur (Janssen, 2005) blijkt dat het ontbreken van fysiek verzet in sommige situaties beschouwd wordt als instemming. 'Denkbaar zijn situaties waarbinnen akkoord wordt gezien als het ontbreken van fysiek verzet of het 'gedwee' ondergaan van de interventie of als het daadwerkelijk instemmen met de toepassing' (Janssen, 2005, p. 70). In de kwalitatieve deelstudie wordt het thema van verzet door cliënten tevens in verband gebracht met het probleem dat zij zich niet serieus genomen voelen. In de literatuur wordt een

discussie gevoerd omtrent het bereidheidscriterium in vergelijking met een bezaar criterium. Volgens Widdershoven (2006) miskent de Wet Bopz relevant te achten verschillen door bij verzet enerzijds en geen instemming anderzijds, eenzelfde rechtsgrond te hanteren. Hij stelt dat het vanuit juridisch perspectief minder problematisch is als de betrokkene weinig last heeft of lijkt te hebben van een interventie dan wanneer de cliënt duidelijk moeite heeft met de interventie, dan wel zich met hand en tand verzet. De vraag die hierbij gesteld kan worden, is wat beschouwd kan worden als relevant verzet. Widdershoven heeft hierop geen pasklaar antwoord, maar stelt dat er verschil in gradatie bestaat ten aanzien van de aard en standvastigheid van verzet.

Voorts is van belang dat cliënten een relatie leggen tussen problemen rond verzet en geloofwaardigheid. Zij menen dat ze weinig serieus worden genomen in hun uitingen, hetgeen ertoe leidt dat verzet gemakkelijk wordt genegeerd. Moody (1992) wijst erop dat men bij het ontbreken van instemming niet de vraag moet stellen of dwang de juiste oplossing is, maar dat men vanuit het perspectief van de cliënt moet kijken waar het verzet vandaan komt (Moody, 1992; vgl. Widdershoven, 2000). Kan het zorgaanbod zo worden aangepast, dat de cliënt het wel accepteert? Kan de cliënt worden gestimuleerd om het zorgaanbod te accepteren? Is overreding een mogelijkheid? Pas als deze opties zijn uitgeput, zou dwang overwogen kunnen worden.

6.5 Wilsonbekwaamheid

Wanneer hier gesproken wordt over wilsonbekwaamheid wordt bedoeld dat de cliënt niet in staat kan worden geacht tot een redelijke waardering van zijn belangen terzake van de voorgestelde behandeling.

In de Wet Bopz speelt wilsonbekwaamheid een beperkte rol. In de wet is opgenomen dat indien de voor de behandeling verantwoordelijke persoon oordeelt dat de cliënt niet in staat kan worden geacht tot een redelijke waardering van zijn belangen terzake van de voorgestelde behandeling, deze terzake overleg pleegt met de wettelijke vertegenwoordiger van de patiënt (art.38, lid.2). Als de vertegenwoordiger met de behandeling instemt, dan kan deze worden toegepast. Als de vertegenwoordiger weigert, dan wel indien de wilsonbekwaam geachte cliënt zich tegen behandeling verzet, dan kan de behandeling slechts worden toegepast indien volstrekt noodzakelijk ter afwending van gevaar.

De kwantitatieve deelstudie had geen betrekking op dit thema. Uit de analyse van rechtspraak blijkt dat in de jurisprudentie de problematiek rond (de beoordeling van) wils(on)bekwaamheid maar zelden expliciet aan bod komt. Uit het kwalitatieve onderzoek komt naar voren dat de procedure rondom wilsonbekwaamheid binnen de Wet Bopz niet altijd als zinvol wordt ervaren. Hiervoor worden verschillende redenen gegeven. Ten eerste geeft een aantal respondenten aan dat de periode van wils-onbekwaamheid vaak een korte periode betreft. Door medicatie is iemand vaak snel weer in staat om eigen beslissingen te kunnen nemen. In de periode dat de cliënt

wilsonbekwaam is, is over het algemeen het gevaarscriterium afdoende. Ten tweede wordt gesignaleerd dat wilsonbekwaamheid bij een zich tegen behandeling verzettende cliënt binnen de Wet Bopz geen rol van betekenis speelt. Op dit punt zouden zorgverleners overigens wel een rol willen toekennen aan wilsonbekwaamheid. Tot slot wordt genoemd dat het werken met wettelijke vertegenwoordigers niet veel zin heeft. Toestemming van de vertegenwoordiger is niet relevant als de cliënt zich verzet. Bovendien wordt gesignaleerd dat de rol van de vertegenwoordiger op gespannen voet kan staan met de vertrouwensrelatie met de cliënt.

In de vragenlijst is aan de respondenten de stelling voorgelegd of wilsonbekwaamheid een belangrijker factor zou moeten zijn bij de toepassing van dwang dan nu het geval is. Hierop is wisselend geantwoord: 30% van de 337 zorgverleners en 20% van de 46 cliënten was het eens met deze stelling. 10 % van de zorgverleners en 35% van de cliënten was het oneens. Deze cijfers zijn moeilijk te interpreteren vanwege wisselende antwoorden en hoge non-response op deze vraag.

De vraag is of de ervaren problemen met de procedure rond wilsonbekwaamheid in de Wet Bopz aanleiding moeten vormen tot aanpassing van de wet op dit punt. De kritiek dat de procedure rond het beoordelen van wilsonbekwaamheid binnen de Wet Bopz zinloos is, vanwege het feit dat indien er sprake is van verzet wilsonbekwaamheid geen rol meer speelt, brengt ons tot de discussie of het wenselijk is om wilsonbekwaamheid wél een rol te laten spelen bij beslissingen rondom dwang, met name als het gaat om dwangbehandeling (Berghmans, 2005a; 2006; Hondius & Van Veldhuizen, 2003). Dat is niet ondenkbaar. Overigens dient ook het omgekeerde in beschouwing te worden genomen: is het wel correct dwangbehandeling toe te passen bij een wilsbekwame cliënt? Binnen de Wet Bopz is dat nu mogelijk. Ook op dit punt dient de discussie verder gevoerd te worden.

Uit de kwalitatieve deelstudie komt naar voren dat zorgverleners zich minder moreel bezwaard voelen bij dwangtoepassing in geval van wilsonbekwame cliënten. Ook in de literatuur wordt gesproken over de plaats die wilsonbekwaamheid zou kunnen krijgen bij dwangbehandeling. Zo wordt door Berghmans (2005a; 2006) en Van Veldhuizen (2004) (namens de NVvP) gepleit voor uitbreiding van de mogelijkheden tot dwangbehandeling bij wilsonbekwaamheid. Ook Widdershoven (2006) stelt voor om de thematiek van wils(on)bekwaamheid in verband te brengen met interventies gericht op behandelen, in onderscheid met interventies gericht op beveiligen. Hij stelt dat bij therapeutisch ingrijpen onder dwang als voorwaarde zou moeten gelden dat de betrokkene terzake wilsonbekwaam is.

Een niet geheel opgehelderd aspect betreft het beoordelen van wils(on)bekwaamheid. Hondius, Zuiderhoudt en Honig (2005) stellen dat normerende en culturele aspecten het operationaliseren van de notie naar een beoordeling in de praktijk, lastig maakt. Bovendien is wilsonbekwaamheid geen eigenschap van de persoon met een psychiatrische aandoening; het zegt primair iets over diens vermogen om zijn of haar belangen te kunnen wegen in een specifieke context (Berghmans, 2000; Berghmans & Widdershoven, 2001). Om deze problematiek te ondervangen, is er

door de KNMG een stappenplan geformuleerd om wils(on)bekwaamheid te beoordelen (Witmer & De Roode, 2004). Een kritiek op dit stappenplan, zoals dat in het kader van de Wgbo is geformuleerd, is dat het vooral op cognitieve zaken is georiënteerd, terwijl bij het afwegen van belangen en formuleren van een wil, emoties en context niet kunnen worden buitengesloten (Berghmans & Widdershoven, 2001; Berghmans, 2005b). Het definiëren van wilsonbekwaamheid in algemene, objectieve termen is dan ook aan discussie onderhevig (Hondius, et al., 2005). Een oordeel over wilsonbekwaamheid is niet alleen descriptief, het is tevens een normatief oordeel, waarbij de beoordeling niet zozeer een kwestie is van 'ontdekken', maar meer van 'beslissen' (Berghmans, 2000). De aanbevolen aanpak van het KNMG is een stap in de goede richting, indien de eerder aangegeven beperkingen (te veel op rationele vermogens gericht en te weinig aandacht voor de context) daarin worden meegenomen. Meer fundamenteel kan beargumenteerd worden dat het van belang is wilsbekwaamheid niet te zien als een theoretische vaardigheid, maar als het vermogen om praktisch greep te hebben op en lijn te brengen in het eigen leven. In zo'n benadering wordt interventie door anderen niet uitgesloten, mits deze gericht is op het versterken van de wilsbekwaamheid (Widdershoven & Berghmans, 2002; Widdershoven, Welie & Berghmans, 2003).

De reden waarom de procedure rond (de beoordeling van) wils(on)bekwaamheid door zorgverleners als zinloos wordt ervaren is dat wilsonbekwaamheid vaak een korte periode betreft. De duur van de wilsonbekwaamheid wordt te kort geacht om een wettelijke vertegenwoordiger in te schakelen. Dit roept de vraag op of de betreffende zorgverleners de procedure helder voor ogen hebben. Het lijkt erop dat artikel 38 en 39 hier door elkaar worden gehaald. De verwachting dat de toestand van wilsonbekwaamheid maar kort zal duren, mag geen reden zijn de wettelijke vertegenwoordiger niet te betrekken bij het overleg over het behandelingsplan indien de betrokkene op dat moment niet terzake bekwaam is.

De Wet Bopz beoogt met het werken met wettelijke vertegenwoordigers dat de belangen van de cliënt worden behartigd. In die zin kan worden getwijfeld aan de gepastheid van het argument dat het werken met vertegenwoordigers de vertrouwensrelatie tussen zorgverlener en cliënt aantast. Het inschakelen van een wettelijk vertegenwoordiger biedt juist een mogelijkheid om het vertrouwen van de cliënt ten aanzien het behandelingsplan te waarborgen. Dat wil niet zeggen dat het werken met een wettelijk vertegenwoordiger onproblematisch is. Het is wel degelijk een lastige kwestie vast te stellen wie als vertegenwoordiger (het meest) geschikt is, wat te doen wanneer familieleden het niet eens zijn of als een beslissing van de vertegenwoordiger nadelig is voor de cliënt, welke beslissingen de wettelijke vertegenwoordiger namens de cliënt mag nemen, en hoever de verantwoordelijkheid van de vertegenwoordiger eigenlijk reikt (Knuiman e.a., 2006). Juist omdat de vertegenwoordiger in de Wet Bopz maar een beperkte rol speelt, is er weinig gelegenheid om dergelijke zaken goed te onderzoeken.

Een meer fundamentele bezinning op de rol van de drie partijen in de zorg: cliënt, familie en hulpverlener, is derhalve geboden.

6.6 Somatische problematiek en dwangtoepassing

Uit de tweede evaluatie van de Wet Bopz bleek dat een knelpunt werd ervaren betreffende de toepasselijkheid van de Wet Bopz en de Wgbo inzake somatische dwangbehandeling. Er werd gesignaleerd dat het voorkwam dat somatische behandelingen onder de Wet Bopz werden gebracht, terwijl de Wet Bopz daarvoor niet bedoeld is. Beide wetten laten onder omstandigheden dwangbehandeling toe. De Wet Bopz reguleert dwangtoepassing indien er sprake is van gevaar voortkomend uit een psychiatrische stoornis. Indien het gevaar niet voortkomt uit de geestesstoornis, maar er sprake is van een somatische aandoening, gelden de wettelijke bepalingen van de Wgbo. Gedwongen behandeling is onder deze bepalingen alleen toegestaan indien de patiënt terzake wilsonbekwaam is. Een vertegenwoordiger kan in dat geval de toestemming verlenen. In deze evaluatie is opnieuw onderzocht welke problemen er bestaan op het gebied van somatische problematiek en dwangtoepassing indien er tevens sprake is van een psychiatrische stoornis.

De kwantitatieve deelstudie had geen betrekking op dit thema. Uit de analyse van de rechtspraak blijkt dat weigering van behandeling van een somatische aandoening samenhangend met een psychiatrische stoornis reden kan zijn voor een dwangopname teneinde de betrokkene te motiveren de somatische behandeling te accepteren, hoewel dwangbehandeling onder de Wet Bopz alleen betrekking mag hebben op de onderliggende geestesstoornis. Het komt dus op indirecte wijze voor dat de Wet Bopz wordt gebruikt om een somatische behandeling te bewerkstelligen. Uit de kwalitatieve deelstudie blijkt dat er meerdere problemen bestaan in de context van somatische problematiek en dwangtoepassing. Aan de ene kant worden in de praktijk problemen ervaren bij het vinden van het juiste juridische kader om dwang toe te kunnen passen indien een psychiatrische patiënt kampt met somatische problematiek die hij of zij niet wil laten behandelen. Het blijkt dat in de praktijk wordt gezocht naar het wettelijk kader dat in de gegeven situatie de beste mogelijkheden biedt om het goede te doen volgens de zorgverleners. Aan de andere kant blijkt dat zorgverleners het moeilijk vinden om niet in te grijpen indien iemand wilsbekwaam een noodzakelijk geachte somatische behandeling weigert.

In de enquête heeft 16% van de 377 zorgverleners aangegeven soms knelpunten te ervaren en 10% ervaart regelmatig knelpunten tussen de toepassing van de Wgbo en de Wet Bopz. Deze knelpunten worden door 13% van de respondenten in verband gebracht met onduidelijkheid omtrent welke wet van toepassing is bij gedwongen somatische behandeling.

Ook in de literatuur komt naar voren dat over de relatie tussen de Wgbo en de Wet Bopz onduidelijkheid bestaat (Interne rechtspositie bij de Evaluatie Wet Bopz, 2002).

Keurentjes (2006) constateert onduidelijkheid in de praktijk ten aanzien van de verschillen tussen dwangbehandeling in het kader van de Wet Bopz en de Wgbo. Het komt voor dat men omwille van somatische problematiek een Bopz-maatregel neemt, terwijl de geestesstoornis op zich niet het probleem vormt. In de tweede evaluatie werd al de aanbeveling gedaan om de praktijk beter te informeren over de verhouding en verschillen tussen de Wet Bopz en de Wgbo ten aanzien van dwangbehandeling en vrijheidsbeperkende maatregelen (Conclusies en aanbevelingen van de begeleidingscommissie bij de Evaluatie Wet Bopz, 2002). Bij de huidige evaluatie wordt opnieuw gesignaleerd dat er onduidelijkheden bestaan over wat mogelijk is op het gebied van gedwongen somatische behandeling bij cliënten met een psychiatrische stoornis. Hondius & Van Veldhuizen (2003) stellen dat het niet zozeer om een gebrek aan kennis gaat, maar dat beide wetten onvoldoende op elkaar aansluiten. Bij de dwangbehandeling van psychiatrische stoornissen waar de Wet Bopz niet van toepassing is, zou de Wgbo naar hun oordeel mogelijkheden bieden. Zij beschrijven dit als mogelijke sluiproute, maar het betreft feitelijk oneigenlijk gebruik van de Wgbo. Nu inmiddels de mogelijkheden tot dwangbehandeling binnen de Wet Bopz verruimd zijn, zijn de verschillen tussen de criteria voor dwangbehandeling in beide wetten voor de uitvoering van de praktijk kleiner geworden.

De vraag kan gesteld worden of het wenselijk is om dwangmogelijkheden in het kader van somatische problematiek te verruimen. Zorgverleners ervaren een moreel knelpunt als iemand wilsbekwaam een somatische behandeling weigert. Onder de Wgbo kan in dat geval niet worden ingegrepen, en indien er geen sprake is van gevaar als gevolg van de geestesstoornis evenmin op basis van de Wet Bopz. Hoewel het morele dilemma voor zorgverleners begrijpelijk is, zou verruiming van dwangmogelijkheden de rechtsbescherming van de cliënt ernstig inperken, indien een wilsbekwame persoon niet meer toegestaan wordt zelf een beslissing te nemen over de behandeling van somatische problematiek. Dit probleem houdt verband met het bredere probleem dat cliënten niet altijd de keuzes maken die zorgverleners voor ogen hebben en het beste achten. Het toont dat de zorgverlener en de cliënt niet altijd tot consensus komen over de wenselijkheid van behandeling. Door aandacht te vragen voor de context waarin de cliënt zijn of haar wensen uit, open te staan voor ervaringen, belevingen en gevoelens van de cliënt, kan polarisatie en vervreemding tussen zorgverlener en cliënt worden tegengegaan (Mooij, 2000). Deze strategie biedt ongetwijfeld meer soelaas dan het verruimen van dwangmogelijkheden jegens wilsbekwame cliënten.

6.7 Goede praktijken

De betrokken partijen zijn het er over eens dat dwang in de psychiatrie geen vanzelfsprekendheid is of mag zijn. Dwangtoepassing is alleen geoorloofd wanneer het echt noodzakelijk is. Over de vraag wanneer dwang nodig is, bestaat geen consensus, wel over de noodzaak om goede praktijken rond dwanginterventies te creëren.

In 2001 werd een oriënterend onderzoek afgerond rond kwaliteit van dwang en drang in de psychiatrie (Berghmans, Elfahmi, Goldsteen & Widdershoven, 2001). Dit onderzoek en de latere vervolgproujecten hebben er toe geleid dat er in de praktijk gesprekken zijn gevoerd over verbetermogelijkheden in de gang van zaken rond dwanginterventies. Zorgverleners en andere betrokkenen praten openlijker over de onmacht waarmee zij worden geconfronteerd en over de ervaringen op momenten dat zij zich genoodzaakt voelen om dwang toe te passen. Deze taboevermindering heeft er toe geleid dat er gepraat wordt over manieren om dwanginterventies te reduceren en/of te verbeteren. In dat opzicht is er in de afgelopen jaren al veel gewonnen. Bij het thema 'goede praktijken' staat het in kaart brengen van de verbetermogelijkheden centraal. In deze paragraaf wordt de vraag gesteld op welke wijze de Wet Bopz hierbij kan ondersteunen.

De kwantitatieve deelstudie draagt geen informatie aan over dit onderwerp. In de analyse van de rechtspraak wordt een aantal suggesties gedaan om de praktijk van dwang te verbeteren. Zo wordt gesteld dat, hoewel de toetsende instantie (rechter en klachtencommissie) dient na te gaan of in concreto aan de eisen van subsidiariteit, proportionaliteit en doelmatigheid wordt voldaan, dit meer systematisch vorm zou kunnen krijgen. Via een uitspraak van de Hoge Raad zouden rechters en klachtencommissies ertoe kunnen worden aangezet om meer nadrukkelijk rekenschap af te leggen van de betreffende criteria. Ten aanzien van procedures c.q. duur van dwangbehandeling komt in de jurisprudentie naar voren dat in het dwangbehandelingsplan moet worden aangegeven welke criteria worden gehanteerd bij de evaluatie van de noodzaak tot dwangbehandeling, zodat voor de betrokkenen duidelijk wordt wanneer de dwangbehandeling kan eindigen. Tevens wordt aangegeven dat – hoewel de Wet Bopz geen regels kent ten aanzien van verslaglegging – het gevaar en de noodzaak tot afwending daarvan op zorgvuldige wijze dient te worden beschreven.

Uit de kwalitatieve deelstudie blijkt dat de verschillende partijen elkaar vinden in de noodzaak om randvoorwaarden voor goede zorg te optimaliseren. De huidige dwangpraktijk laat op dit moment nog te wensen over en is voor verbetering vatbaar. Op verschillende niveaus worden verbetermogelijkheden aangegeven, respectievelijk op het gebied van communicatie en bejegening, preventie en nazorg, het creëren van alternatieven voor dwang, het verbreden van het behandelaanbod en het optimaliseren van randvoorwaarden. Uit de enquête komt tevens naar voren dat gebrekkige randvoorwaarden leiden tot dwangtoepassing. Dwang als noodmaatregel wordt in de praktijk niet alleen toegepast indien betrokkene een gevaar vormt voor zijn of haar omgeving of zichzelf, ook andere factoren spelen een rol, zo blijkt uit de resultaten van de enquête. 50% van de cliënten stelt dat te weinig personeel reden kan zijn voor een noodmaatregel, en 60% van de cliënten noemt ordeverstoring op de afdeling als reden tot dwang.

Hoewel er geen consensus bestaat over wanneer het (moreel) verantwoord is om dwang te gebruiken, zijn partijen het er over eens dat indien dwang wordt toegepast dat op verantwoorde en juiste wijze dient te gebeuren. In dat licht werden in 2001 kwaliteitscriteria geformuleerd (Berghmans et al., 2001; Abma et al., 2005). Het uitgangspunt hierbij is dat om goede praktijken te kunnen creëren, er niet uitgegaan moet worden van louter een individueel standpunt van de zorgverlener of de cliënt, maar dat een relationele benadering nodig is. Dwangtoepassing is niet een individuele aangelegenheid, maar heeft betrekking op meerdere partijen. Goede praktijken dienen dan ook een relationeel karakter te hebben. In principe is het algemene model om tot keuzes in de zorg te komen een overlegmodel, waarbij beslissingen genomen worden op basis van overeenstemming (Widdershoven, 2000). In bijzondere situaties zijn er aan het overlegmodel grenzen te stellen (Liégeois & Enerman, 2004). Goede praktijken trachten zoveel mogelijk vorm te blijven geven aan dit overlegmodel, zodat ofwel de dwangtoepassing kan worden voorkómen ofwel de dwangtoepassing zo verantwoord mogelijk vorm kan krijgen. Voorbeelden van goede praktijken zijn ontwikkeld in het kader van het implementatietraject van de kwaliteitscriteria voor dwang en drang (Abma et al., 2005). Deze betreffen onder andere: cliëntparticipatie, cultuurveranderingen, actief beleid op het punt van middelen (m.n. medicatie), casuïstiekbesprekingen, scholing, agressiecoaching en preventie via signaleringsplannen.

7. CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN

7.1 Inleiding

De Wet Bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Bopz) reguleert het toepassen van dwang binnen instellingen voor gedwongen opgenomen psychiatrische cliënten. Binnen het kader van de derde evaluatie van deze wet stond in dit onderzoek de toepassing van dwang binnen psychiatrische instellingen centraal. Het onderzoek beoogde inzicht te verkrijgen in de vraag of de veranderingen in de Wet Bopz, zoals de verruiming van de mogelijkheden tot dwangbehandeling, en de initiatieven in de praktijk hebben geleid tot een verbetering bij de regulering van dwangtoepassing binnen de instelling.

De hoofdvraag is als volgt geformuleerd:

- Biedt de Wet Bopz na de verruiming van de mogelijkheid van dwangbehandeling en de praktijkverbeterprojecten op het gebied van dwang en drang, een adequaat kader voor de regulering van dwangtoepassing?

In dit hoofdstuk wordt op grond van de gepresenteerde bevindingen een antwoord op deze hoofdvraag gegeven. Daarbij zullen de volgende subvragen worden meegenomen:

1. Wat zijn kwantitatieve ontwikkelingen in de toepassing van dwang en dwangbehandeling in het bijzonder?
2. Wat zijn kwalitatieve ontwikkelingen in de toepassing van dwang en dwangbehandeling in het bijzonder? Welke best practices zijn er?
3. Wat zijn de ervaringen en meningen van relevante partijen (zorgverleners, cliënten, familie) met dwang, in het bijzonder met de toepassing van dwangbehandeling (waaronder separatie)?
4. Wat zijn mogelijke knelpunten van de wet?
5. Wat moet en kan als een cliënt een somatische behandeling weigert onder invloed van zijn stoornis?
6. Wat is het mogelijke belang van wilsonbekwaamheid voor de toepassing van dwang?
7. Op welke wijze speelt wilsonbekwaamheid een rol in de praktijk?

Op basis van het antwoord op de subvragen worden conclusies geformuleerd ten aanzien van de hoofdvraag. Tot slot worden een aantal aanbevelingen gedaan.

7.2 Kwantitatieve ontwikkelingen

De absolute cijfers over de middelen en maatregelen en dwangbehandelingen suggereren dat er sprake is van een toename van dwang. De geconstateerde stijgingen van het aantal meldingen en het aantal cliënten dat dwang ondergaat, loopt evenwel redelijk parallel aan de toename van het aantal bezette bedden. In

relatieve zin zijn hierin dus geen belangrijke ontwikkelingen zichtbaar wat betreft een toename of een afname van dwang. De cijfers over de middelen en maatregelen en dwangbehandelingen blijven verder achter bij de trend van meer gedwongen opnamen (RM en lbs). De cijfers demonstreren voorts dat separatie meer wordt toegepast dan dwangmedicatie. Medicatietoediening volgt op een ruime afstand. Dit is een tendens die door de onderzochte jaren ongeveer hetzelfde blijft. Bij deze conclusies moet de kanttekening worden gemaakt dat de registratie verre van optimaal is. Zo worden bijvoorbeeld vrijheidsbeperkende interventies waarmee de cliënt instemt niet meegerekend. Er moet ook rekening gehouden worden met onderrapportage.

7.3 Kwalitatieve ontwikkelingen

Bij de vraag naar kwalitatieve ontwikkelingen in het veld is onder meer de verruiming van mogelijkheden tot dwangbehandeling en de ervaren effecten daarvan in de praktijk onderzocht. Deze verruiming had tot doel om de ervaring van zorgverlamming onder zorgverleners te ondervangen.

De bevindingen demonstreren dat de verruiming van het gevaarscriterium voor dwangbehandeling volgens de partijen niet heeft geleid tot wezenlijke veranderingen in de praktijk van dwangbehandeling. Waarschijnlijk is dit te verklaren doordat voorafgaand aan de wetwijziging al geanticipeerd werd op de verruimde mogelijkheden tot dwangbehandeling. Geconstateerd kan worden dat de verruiming van het gevaarscriterium niet tot een oplossing heeft geleid van de problematiek rond zorgverlamming binnen de instelling. Wel heeft de verruiming bewerkstelligd dat de zorgverleners het gevoel hebben iets meer mogelijkheden te hebben gekregen om dwang toe te kunnen passen.

Naast het in kaart brengen van ervaren effecten van verruiming voor dwangbehandeling, is nagegaan welke praktijken rond dwang binnen instellingen navolging verdienen volgens partijen. Daaruit bleek dat ondanks de initiatieven die al zijn genomen, alle partijen vinden dat er nog meer te verbeteren valt in de praktijk en dat dit ook hoogst noodzakelijk is om goede zorg te kunnen leveren.

Als voorbeelden van goede praktijken om dwang te voorkómen worden genoemd: het werken met crisisprotocollen en signaleringsplannen, communicatie met alle betrokkenen, systematische evaluatie en nazorg, het zoeken naar alternatieven van en voor dwang en uitbreiding van het behandelaanbod. Het belang van de genoemde activiteiten wordt door eenieder onderschreven, maar ze worden nog niet consequent toegepast in de praktijk.

Evaluatie van dwang is geen structureel onderdeel in de praktijk. Preventie wordt door zorgverleners wel onderschreven, maar nog te weinig in de praktijk gebracht. Dit houdt verband met ingesleten routines en afdelings- en instellingsculturen en ongunstige randvoorwaarden in termen van personeel (kwalitatief en kwantitatief) en middelen. Van belang is dan ook de verdere ontwikkeling en stimulering van

goede praktijken, gericht op de implementatie van kwaliteitscriteria in psychiatrische instellingen (Abma et al., 2005).

7.4 Ervaringen met en meningen over dwang en dwangbehandeling

Cliënten ervaren dwang als negatief, zeker de eerste keer. Het is een verwarrende, onzekere, angstige en soms traumatische ervaring die vaak moeilijk is te verwerken (Hoekstra et al., 2004; Bosch, 2005). Men verliest de regie over het leven. Familieleden ervaren vooral een gebrek aan informatie en zeggenschap. Zorgverleners erkennen dat dwang ingrijpend is, en proberen daarom vooraf in overleg te bepalen of dwang nodig is. Ook zij signaleren praktijken die zij als onwenselijk ervaren. Zorgverleners menen evenwel dat cliënten achteraf vaak positief terugkijken op de dwangtoepassing indien dit heeft geleid tot verbetering van de gezondheidstoestand. In de literatuur wordt deze gedachte gerelativeerd; opgemerkt wordt dat dit slechts voor een kleine groep cliënten opgaat (Pols, 2000). De keuze van zorgverleners voor een middel wordt bepaald door een situationele afweging van voors en tegens en standaardopvattingen over wat een goed middel is. In de afweging van het middel spelen aspecten als de effectiviteit/doelmatigheid een rol. Zorgverleners verwachten meer therapeutisch effect van dwangmedicatie dan van separatie. Cliënten en zorgverleners zijn het erover eens dat dit vooral bij mensen met psychosen het geval is. In andere gevallen zijn cliënten negatiever over dwangmedicatie dan zorgverleners. Het merendeel van de cliënten benadrukt de ingrijpendheid van dwangmedicatie en de bijwerkingen en komt dan vaak tot een andere afweging dan zorgverleners.

Uit de kwantitatieve deelstudie blijkt dat separatie in Nederland meer wordt toegepast dan dwangmedicatie. De analyse van rechtspraak laat geen uitspraken zien waarin expliciet een voorkeur voor een bepaalde vorm van dwang wordt gegeven. Er is een discrepantie tussen de voorkeur van artsen voor medicatie en de hoge mate van toepassing van separatie. Een duidelijke verklaring hiervoor ontbreekt.

Cliënten benadrukken dat zij niet alleen object, maar ook subject zijn en in overleg willen bepalen welk middel geschikt is op momenten dat zij hiertoe in staat zijn. De ervaren cliënt weet hoe (welke) medicijnen (in welke dosering) werken. Vertrouwen en acceptatie spelen een belangrijke rol bij de werking van medicijnen, dus vrijwilligheid verdient altijd de voorkeur.

Er is veel discussie over welk middel van dwang (separatie versus dwangmedicatie) het minst ingrijpend en meest effectief is. Wetenschappelijk gezien bestaat hierover nog onzekerheid, hetgeen de discussie compliceert. Bovendien wordt nog te weinig rekening gehouden met het feit dat partijen de effectiviteit vanuit verschillende perspectieven en maatstaven beoordelen. Als het gaat om dwang dient het perspectief van de cliënt meer aandacht te krijgen. In de discussie gaat de aandacht vooral uit naar de effecten van dwang en minder naar de neveneffecten en bijwerkingen. Voorts is er nog te weinig aandacht voor de mogelijkheden van

dwangpreventie via bijvoorbeeld empowerment, intensieve begeleiding en drang. Daardoor kan uit het oog worden verloren waar het in wezen om gaat, namelijk de kwaliteit van de bejegening, aandacht, vertrouwen en goede zorg.

7.5 Knelpunten in de wet

Partijen signaleren een aantal knelpunten in de wet die achtereenvolgens de revue zullen passeren, te weten: het duiden van gevaar, de zorgverlamming en het duiden van verzet. De ervaren knelpunten in de wet rond somatische problematiek worden behandeld in paragraaf 7.6. Knelpunten in de wet rond de toepassing van de procedures rond wilsonbekwaamheid komen aan de orde in paragraaf 7.7.

7.5.1 Duiding van gevaar

Over het doel van dwang wordt verschillend gedacht door de betrokken partijen. Cliënten menen dat het doel van dwang gelegen moet zijn in het afwenden van levensgevaar. Familie en zorgverleners menen dat niet alleen de veiligheid voor de cliënt en derden centraal moet staan bij dwangtoepassing. Het verbeteren van de (geestelijke) gezondheidstoestand en een vermindering van het lijden beschouwen zij ook als gerechtvaardigde doelen van dwangtoepassing. Het toepassen van dwang ter handhaving van de orde op de afdeling of als straf worden door alle partijen als onwenselijk beschouwd, maar komt wel voor in de praktijk. Het gevaarscriterium wordt in de Wet Bopz als open norm beschreven en behoeft nadere invulling in de praktijk. Naast objectieve maatstaven spelen gevoelens en subjectieve ervaringen een rol bij de interpretatie van gevaar door zorgverleners. In de praktijk komt de interpretatie van gevaar door zorgverleners niet altijd overeen met de visies van cliënten en hun familieleden. Dit is aanleiding tot spanningen tussen partijen, zeker wanneer zorgverleners niet of onvoldoende communiceren over dwang met betrokken cliënten en familieleden.

7.5.2 Zorgverlamming

Een probleem dat door de zorgverlening en familie wordt ervaren is dat cliënten wel gedwongen worden opgenomen, maar niet altijd de behandeling krijgen die nodig wordt geacht doordat men niet tot overeenstemming over behandeling komt of omdat de cliënt zijn eerder gegeven toestemming herroept. Hierdoor zijn er cliënten die gedwongen zijn opgenomen, omdat het gevaar dat zich buiten de instelling voordoet, ernstig genoeg bevonden wordt om de vrijheidsbeperkende maatregel van dwangopname toe te passen, maar geen behandeling krijgen, omdat ze daar niet (meer) mee instemmen en in de instelling onvoldoende gevaar veroorzaken ('zorgverlamming'). Complicerende factor hierbij is dat er onzekerheid bestaat over de omvang van de groep van cliënten die het betreft. De betrokken partijen maken verschillende schattingen, en daarmee loopt ook de inschatting van de urgentie van

de problematiek uiteen. Familie en zorgverleners ervaren de problematiek als zeer urgent. Cliënten en hun organisaties zijn van mening dat het relatief om een kleine groep van cliënten gaat.

Verder rijst de vraag of de problemen rond zorgverlamming hun oorsprong vinden in de wet en of het verruimen van het gevaarscriterium en/of andere wijzigingen van de Wet Bopz hier oplossingen voor kunnen bieden. Hierover wordt door betrokken partijen verschillend gedacht. Zorgverleners en familie wijzen op de psychopathologie die ten grondslag ligt aan de afwijzende houding van de cliënt ten opzichte van behandeling. Zij benadrukken dat een uitbreiding van dwangbehandelingsmogelijkheden de patstelling tussen de individuele cliënt en behandelaar kan doorbreken. Verbetering van het toestandsbeeld van de cliënt zal ertoe leiden dat de cliënt meer openstaat voor zorg en behandeling. Cliënten erkennen dat dwangbehandeling soms een oplossing kan zijn (met name bij psychosen), maar betwijfelen de effectiviteit daarvan in het algemeen. Zij hebben de ervaring dat dwangbehandeling nog te vaak te eenzijdig medicamenteus van aard is, en medicatie alleen wordt gezien als een vorm van symptoombestrijding, zeker bij cliënten waarbij de oorzaak van de aandoening gelegen is in een getraumatiseerd verleden. Verder geven cliënten aan dat minder zorgvuldige toepassing van de dwangbehandeling tot gevoelens van onmacht leiden en kwetsend kunnen zijn. Dit kan het wantrouwen tussen cliënt en zorgverleners versterken. Vanuit het perspectief van cliënten vloeit het probleem van de zorgverlamming dan ook niet zozeer voort uit de wet, alswel uit het gebrek aan vertrouwen en goede zorg in het algemeen. Het vergroten van de ontvankelijkheid voor zorg, waarvan dwang een onderdeel kan zijn, zou vanuit het cliëntenperspectief beschouwd gebaat zijn bij kwaliteitsverbetering van de zorg.

7.5.3 Duiding van verzet

Cliënten voelen zich onvoldoende beschermd in hun rechten. Dit heeft onder meer te maken met factoren die buiten de wet vallen zoals een ervaren gebrek aan vertrouwen en tekortschietende communicatie (zich niet gehoord voelen). Een probleem dat hiermee verband houdt is het gebrek aan ervaren geloofwaardigheid. Cliënten geven aan dat zij zich als mens niet serieus genomen voelen en dat teveel aan hun ziekte wordt toegeschreven. Dit maakt het moeilijk om klachten te uiten en fouten aan de orde te stellen. Daardoor hebben cliënten behoefte aan een goede rechtsbescherming. Zij hechten dan ook waarde aan goede registratie zodat er mogelijkheden zijn om na te gaan wat er precies gebeurd is en om mogelijke misstanden aan de orde te kunnen stellen.

Zorgverleners vinden het lastig om het niet instemmen of verzet goed te interpreteren. Hierbij kan een rol spelen dat het daadwerkelijk met hand en tand verzetten tegen een interventie anders wordt ervaren dan wanneer iemand weliswaar niet expliciet instemt, maar evenmin bezwaar maakt of lijkt te maken.

7.6 Somatische behandeling

Ten aanzien van de vraag of de Wgbo dan wel de Wet Bopz van toepassing is bij somatische problemen blijkt uit meerdere voorbeelden dat het in de praktijk enigszins lastig is om de juiste juridische formulering te vinden waaronder dwang kan worden toegepast bij problemen van somatische aard. Oorzaken zijn zowel een gebrek aan kennis over de wetgeving als de behoefte aan meer dwangmogelijkheden dan de wetgeving biedt. De beslissing om de dwang onder de Wgbo of de Wet Bopz te laten vallen, hangt mede af van welk kader op het betreffende moment de meeste mogelijkheden biedt om het goede te doen volgens de zorgverleners. De problematiek rondom de vraagstelling blijkt zich vooral voor te doen als iemand wilsbekwaam een somatische behandeling weigert, terwijl de weigering wel verband houdt met de stoornis.

7.7 Wilsonbekwaamheid

De rol van wils(on)bekwaamheid in de praktijk van de dwangtoepassing wordt door zorgverleners wisselend ingeschat. Aan de ene kant zijn er zorgverleners die menen dat de mate van wils(on)bekwaamheid geen (grote) rol speelt. Veiligheid is belangrijker. Andere zorgverleners geven aan dat de mate van wils(on)bekwaamheid wel een rol speelt bij het beoordelen van gevaar, aangezien er sprake is van een geestesstoornis waaruit het gevaar voortkomt. Voorschriften in de Wet Bopz met betrekking tot de wilsonbekwaamheid leveren onduidelijkheden op ten aanzien van de toepassing van de procedures en bij het interpreteren van deze procedures. Een daaraan gerelateerd probleem is dat sommige zorgverleners het werken met wettelijke vertegenwoordigers in geval van wilsonbekwaamheid als belemmerend ervaren. Dat wilsonbekwaamheid bij een zich tegen behandeling verzettende cliënt binnen de Wet Bopz geen rol speelt, wordt als gemis ervaren. De toepassing van dwangbehandeling bij cliënten die wilsonbekwaam zijn en het behandelingsvoorstel weigeren, is minder moreel beladen voor zorgverleners als behandeling geïndiceerd is en gericht is op herwinning van de autonomie van de cliënt.

7.8 De hoofdvraag

De hoofdvraag van het onderzoek luidde: Biedt de Wet Bopz na de verruiming van de mogelijkheid van dwangbehandeling en de praktijkverbeterprojecten op het gebied van dwang en drang, een adequaat kader voor de regulering van dwangtoepassing? Op grond van de boven weergegeven bevindingen kunnen we vaststellen dat het huidige wettelijke kader een aantal tekortkomingen heeft. De context van zorg, die leidend is voor het handelen van zorgverleners, komt onvoldoende tot uitdrukking in situaties van dwang. Hoewel ten aanzien van dwang waarschijnlijk niet kan worden voorkómen dat cliënten vinden dat er teveel ruimte voor dwang is, terwijl familie en zorgverleners menen dat er te weinig mogelijkheden zijn, is dit in de huidige situatie

zeer pregnant het geval. Er ontbreekt een kader van waaruit effectief naar minder en betere dwang gestreefd kan worden.

Hieruit dient niet direct de conclusie te worden getrokken dat wetswijziging de panacee is voor de gesignaleerde problemen. Een centrale uitkomst van ons onderzoek is dat betrokkenen verschillende ervaringen hebben met dwang en verschillende – deels tegengestelde – visies op mogelijke verbeteringen. Wanneer in een proces van aanpassing van de wet of ontwerp van een nieuw wettelijk kader die verschillen niet worden verdisconteerd, maar de visie van één van de partijen de voorrang krijgt, worden bestaande spanningen niet verminderd maar gecontinueerd en mogelijk versterkt. Het probleem van zorgverlamming kan niet door een wetswijziging alleen worden opgelost. Het is noodzakelijk bij een dergelijk proces te zorgen voor een systematische inbreng van alle partijen.

7.9 Aanbevelingen

Op basis van de voorgaande conclusies worden de volgende aanbevelingen geformuleerd.

7.9.1 **Erkenning van verschillen en noodzaak van zoeken naar gezamenlijkheid**

De hoofdvraag van dit onderzoek is of de Wet Bopz een adequaat kader biedt voor de regulering van dwang binnen instellingen. De bevindingen en conclusies laten zien dat de wet tekortkomingen kent, maar dat wettelijke veranderingen met behoedzaamheid moeten worden tegemoet getreden, omdat er tussen partijen geen consensus bestaat over een aantal aspecten van het gewenste wettelijke kader. Gezien de ontbrekende overeenstemming dient de discussie over een aantal kernelementen, waarover tussen de partijen onenigheid bestaat, niet te worden kortgesloten. Overhaaste besluitvorming kan contraproductief werken en de tegenstellingen versterken. In een georganiseerde dialoog moeten de verschillende perspectieven niet tegenover elkaar gesteld worden, maar op elkaar worden betrokken. Er dient gezocht te worden naar punten waarop overeenstemming bestaat of is te bereiken. Het is belangrijker om te streven naar uitwisseling van perspectieven dan naar eenzijdige objectivering.

Aanzetten voor samenspraak tussen betrokken partijen kunnen worden gezocht op instellingsniveau rond individuele gevallen (bijvoorbeeld in de vorm van een raad of commissie voor dwangtoepassing), alsook op regionaal en nationaal niveau wat betreft de ontwikkeling van richtlijnen. De uitkomsten van deze gesprekken kunnen input leveren voor veranderingen op het niveau van de wetgeving.

Ook in die veranderingen dienen de verschillende partijen actief te worden betrokken. Die gesprekken en discussies kunnen een spontaan karakter hebben, zoals nu ook al het geval is, maar het verdient aanbeveling om het opzetten van een georganiseerde brede dialoog op nationaal niveau in overweging te nemen. Hier zijn ervaringen mee opgedaan in diverse beleidsvelden, waaronder de Nederlandse

gezondheidszorg (Abma & Broerse, 2007). Bij een georganiseerde brede dialoog met alle partijen mag niet uit het oog worden verloren dat er een asymmetrie bestaat in de verhoudingen, waarbij cliënten het meest kwetsbaar en minst gehoord zijn op beleidsniveau. Een brede dialoog of interactief beleidsvormingsproces rond wettelijke aanpassingen en/of herzieningen dient daarom zo te worden ingericht dat de ervaringsdeskundigheid van cliënten niet ten onder gaat in de dialoog en discussie tussen partijen. Bovendien moeten alle kwesties in principe bespreekbaar zijn, zodat de discussie op een open wijze verloopt.

Er is een professionele, onafhankelijke, procesmatige ondersteuning vereist om dominantie van gevestigde partijen in een georganiseerde dialoog en besluitvorming te voorkómen. Het in samenspraak ontwikkelen van een gedeeld kader vormt uitgangspunt voor wettelijke aanpassingen en/of herzieningen. Uitgangspunt moet zijn dat wetgeving ruimte biedt voor goede zorg en het voorkómen en verbeteren van dwang. Vanzelfsprekend zal wetgeving daarnaast aan andere eisen moeten voldoen, zoals passendheid bij de bredere maatschappelijke context en afstemming op internationale verdragen.

7.9.2 **Gevaar: ontwikkelen gedeeld kader over doelen en criteria**

Een van de gesignaleerde knelpunten in de Wet Bopz had betrekking op gevaar en het duiden van gevaar. De ervaren ambiguïteit rond gevaar vraagt om de ontwikkeling van een gedeeld interpretatiekader op individueel niveau maar ook op beleidsniveau binnen en tussen instellingen. Daarbij moet niet alleen de duiding van de mate van gevaar aandacht krijgen, maar ook het doel van ingrijpen onderwerp van discussie zijn. Gedacht kan worden aan betere verspreiding van de inzichten ontwikkeld in jurisprudentie in combinatie met consensusbijeenvakomen (vergelijkbaar met richtlijn ontwikkeling kwaliteitscriteria voor dwang en drang) tussen direct betrokken partijen in de zorgverlening en indirect betrokkenen (beleidsmakers, politici, wetenschap) om tot gedeeld interpretatiekader te komen. Een dergelijk gedeeld kader kan vervolgens een fundament vormen voor (nieuwe) wetgeving. Deze aanbeveling sluit aan bij deel 7 (Internationale ontwikkelingen), waarin wordt aangedrongen op het expliciet formuleren van de doelen en uitgangspunten van de Wet Bopz om het draagvlak voor de wet te vergroten en misverstanden over het doel van de wet weg te nemen.

7.9.3 **Zorgverlamming: discussie over goede zorg**

Een ander knelpunt betreft de zorgverlamming en eventuele verdere verruiming van mogelijkheden voor dwangbehandeling. Over de urgentie en de oorzaken van zorgverlamming lopen de meningen uiteen. Alle partijen vinden goede zorg van belang. Voor de een is dit het geven van medicatie, voor de ander het opbouwen en onderhouden van de relatie. Een oplossing zou gevonden kunnen worden in een gesprek over wat goede zorg inhoudt. Dit kan leiden tot een perspectief waarin

ingrijpen en respect niet per definitie aan elkaar tegengesteld zijn. Via een gezamenlijk gedragen invulling van goede zorg kan vertrouwen bij cliënten opgebouwd worden, doordat zij ervaren dat zij goede zorg en behandeling krijgen. Bij de discussie over goede zorg kan gebruik gemaakt worden van het theoretisch kader van de zorgethiek (Widdershoven, 2000). Goede zorg vereist deskundigheid, maar ook aandacht voor personen om hun behoeften op te merken, verantwoordelijkheid om behoeften te lenigen en responsiviteit, dat wil zeggen open staan voor ervaringen van mensen en de zorg daarop eventueel weer aanpassen. Dit kader kan een leidraad zijn voor het gesprek, maar dient tevens nader te worden geconcretiseerd en toegesneden op de situatie van de psychiatrie. Goede zorg vereist ook aandacht voor de randvoorwaarden. Oplossingen zijn gelegen in deskundigheidsbevordering, betere communicatie tussen betrokkenen en betere samenwerking. Zorgverleners dienen om goede zorg te kunnen verlenen zich meer bewust te zijn van de ervaringen van cliënten tijdens de toepassing van dwang. Aan het cliëntperspectief dient daarom meer aandacht te worden besteed tijdens scholing en bijscholing. Wettelijk gezien zou het investeren in vertrouwen en verbeteren van goede zorg gestalte kunnen krijgen in het verder expliciteren en vastleggen van het recht op behandeling, het recht op zorg en recht op zinvolle dagbesteding.

7.9.4 **Verzet en geloofwaardigheid: zorgvuldige registratie, verheldering en overleg**

Een volgend knelpunt in de wet betreft het duiden van verzet. Zorgvuldige verslaglegging komt transparantie en toetsbaarheid ten goede. Er moet daarbij niet alleen aandacht zijn voor de registratie van de maatregel, ook moet de achterliggende motivatie goed worden onderbouwd. Het is voorts van belang om ook de akkoordinterventies te registreren en te melden aan de IGZ. Dit om inzichtelijk te maken hoeveel cliënten met een Bopz-maatregel vrijwillig een behandeling ondergaan. Kwalitatief onderzoek is nodig om nader te analyseren op welke wijze deze vrijwilligheid kan worden geduid.

Nader onderzoek is nodig om te komen tot een verheldering van het begrip 'verzet'. Hierbij dient niet uitsluitend aandacht uit te gaan naar individuele factoren (zoals psychopathologie) die een rol spelen bij verzet, maar ook naar contextuele en relationele aspecten. Verzet kan een karakteristiek van de persoon zijn, maar daarnaast ook afhankelijk zijn van de interactie tussen zorgverlener en cliënt en de afdelingscultuur (Glover, 2005).

Het gebrek aan ervaren geloofwaardigheid bij cliënten kan ondervangen worden door te luisteren naar cliënten en met hen in overleg te treden. Het overleg over een behandelingsvoorstel moet niet eenzijdig gevoerd worden. Indien de cliënt ruimte krijgt om mee te denken en te overleggen, dan kan het behandelingsplan het resultaat worden van een gezamenlijke besluitvorming.

7.9.5 **Onderzoek naar (neven)effecten van dwangmiddelen**

Thans wordt een discussie gevoerd in Nederland over de wenselijkheid van separatie versus medicatie. Zorgverleners en familie geven de voorkeur aan medicatie vanwege verwachte therapeutische effecten, cliënten ageren tegen de bijwerkingen van medicatie. De discussie raakt in een impasse. Onderzoek naar de effecten en neveneffecten van separatie en dwangmedicatie is schaars, maar kan waardevolle inzichten opleveren om de discussie vlot te trekken. In dergelijk onderzoek moeten kwantitatieve en kwalitatieve aspecten met elkaar worden verbonden. Kwantitatieve uitkomsten dienen te worden geïnterpreteerd in (groeps)-gesprekken met alle betrokkenen.

In onderzoek naar de effecten van dwangbehandeling dient niet alleen gekeken te worden naar medisch-biologische parameters, maar ook naar de uitkomstmaten en waardering van de betrokkenen (Ray & Mayan, 2001). In het bijzonder dient in het onderzoek rekening te worden gehouden met de uitkomstmaten en beleving van cliënten. De kwalitatieve deelstudie laat zien dat cliënten aandacht vragen voor de vermindering van negatieve bijwerkingen naast de effectiviteit van middelen. In onderzoek moet ook nadrukkelijk aandacht zijn voor de verschillende psychiatrische stoornissen waarmee mensen hebben te kampen en de ontvankelijkheid van cliënten voor dwangbehandeling.

Onderzoek kan resulteren in algemene inzichten over de effectiviteit en beleving van verschillende middelen en dwangbehandeling. Echter de vraag betreffende de mate van ingrijpendheid van separatie en medicatie is niet in algemene zin te beantwoorden. Het is zaak dat zorgverleners op individuele basis met cliënten in gesprek gaan over hoe zij verschillende interventies ervaren en waarderen. Onderzoeksbevindingen over de effecten en neveneffecten van dwangmiddelen kunnen de discussie over de mate van ingrijpendheid van separatie versus medicatie voeden en verhelderen. Echter de discussie over middelen van dwang dient er niet toe te leiden dat andere zaken, zoals preventie en kwaliteit van zorg, uit het oog worden verloren.

7.9.6 **Somatische problematiek? Voorlichting en onderzoek**

Eerder werd geconcludeerd dat zorgverleners in de praktijk bij somatische problematiek problemen ervaren rond het vinden van het juiste juridische kader. Er dient daarom meer aandacht besteed te worden aan de verhouding tussen de Wgbo en Wet Bopz bij somatische problematiek in combinatie met een psychiatrische aandoening, onder andere via voorlichting.

Nader onderzoek is noodzakelijk naar de wenselijkheid van het creëren van één uniform juridisch kader dat van toepassing is op zorg en behandeling in de psychiatrie.

7.9.7 **Wilsonbekwaamheid: heroverweging, verheldering en procedures**

Gezien de morele dilemma's die zorgverleners ervaren bij het toepassen van dwang bij wilsonbekwame cliënten, dienen de plaats en betekenis van wils(on)bekwaamheid bij beslissingen inzake behandeling van cliënten die niet instemmen of zich tegen behandeling verzetten te worden heroverwogen. Bij een zich verzettende wilsonbekwaam geachte cliënt zou meer ruimte voor behandeling tegen diens wil gewenst zijn. Bij een wilsbekwame cliënt dient dwangbehandeling te worden uitgesloten.

De rol van de vertegenwoordiger bij behandelbeslissingen rondom wilsonbekwaam geachte cliënten verdient verduidelijking naar de zorgverleners. Omdat vertegenwoordigers een rol kunnen spelen bij het verbeteren van besluitvorming en het opbouwen van vertrouwen, verdient de rol van de vertegenwoordiger meer aandacht. Daarbij dienen niet alleen procedurele zaken bekeken te worden, maar dient ook aandacht besteed te worden aan de familie als betrokken partij in het zorgproces.

Het verdient verder aanbeveling een passende procedure te ontwikkelen voor het bepalen van wilsonbekwaamheid. De procedure van de KNMG biedt goede aanknopingspunten, mits deze wordt uitgebreid met aspecten als emotie en contextualiteit.

7.9.8 **Goed voorbeeld doet volgen**

Geconcludeerd werd dat alle partijen unaniem van mening zijn dat er veel valt te verbeteren in de praktijk rond dwang binnen instellingen. De evaluatie van dwang en dwangpreventie zijn nog niet structureel verankerd in de dagelijkse zorg. Instellingen moeten de implementatie van kwaliteitscriteria voor dwang en drang in de psychiatrie ter hand nemen om de kwaliteit van dwang te verbeteren en waar nodig te reduceren. Voorts moet er meer gezocht en gewerkt worden met alternatieven voor en van dwang.

De politiek en bestuurlijk verantwoordelijken dienen zorg te dragen voor de verbetering van de randvoorwaarden in de psychiatrie. Dat betekent meer en beter opgeleid personeel en meer middelen om een breed behandelaanbod mogelijk te maken. Beter randvoorwaarden maken goede zorg mogelijk, en goede zorg kan het gegroeide wantrouwen tussen zorgverleners en cliënten helpen herstellen. Alleen indien er sprake is van vertrouwen, zullen cliënten ontvankelijk zijn voor zorg. Het is verder aan te bevelen om systematische en transparante verslaglegging en evaluatie van dwangtoepassingen binnen instellingen te bevorderen. Dit kan worden vastgelegd in regelgeving. Voor een adequate toepassing van regels omtrent verslaglegging en evaluatie is een goede scholing vereist, alsmede een monitoring van de gang van zaken in de praktijk.

Gelet op de rechtspositie van de cliënt dient er meer oog te zijn voor procedurele waarborgen. Teveel macht en verantwoordelijkheid bij zorgverleners kan worden

tegeengegaan door meer controlemogelijkheden te creëren. Hierbij kan gedacht worden aan de plicht tot betere registratie: verantwoording van dwang in dossiers; laten registreren op welke wijze aan waarborgen van subsidiariteit, proportionaliteit en doelmatigheid vorm gegeven is. Klachtrecht en rechtspraak in verband met dwangtoepassing dienen meer systematisch in de toetsing aandacht te besteden aan aspecten van proportionaliteit, subsidiariteit en doelmatigheid.

De derde evaluatie van de Wet Bopz vindt plaats op een moment dat er veel discussie is over de vraag of deze wet nog een adequaat kader biedt ter regulering van dwang. Dit onderzoek naar dwang binnen instellingen laat zien dat op een aantal punten wijzigingen gewenst zijn. Het vastleggen van het recht op behandeling, het recht op zorg en het recht op zinvolle dagbesteding zou het vertrouwen van cliënten in de zorgverlening kunnen vergroten. Systematische en transparante verslaglegging en evaluatie van dwangtoepassingen binnen instellingen is te bevorderen door dit vast te leggen in regelgeving. Procedurele waarborgen rond dwangbehandeling kunnen voorkómen dat teveel macht bij artsen en andere zorgverleners komt te liggen. Overwogen moet verder worden om wilsonbekwaamheid een (duidelijkere) rol te laten spelen bij dwang. Om verschillende redenen pleit dit voor nieuwe wetgeving (Gezondheidsraad, 2004; Legemaate, 2002; Berghmans, 2005a). Tegelijkertijd moet worden gewaakt voor het optreden van polarisatie tussen verschillende betrokken partijen. Een dergelijke polarisatie kan worden voorkómen door op verschillende niveaus de partijen met elkaar in gesprek te brengen. Ten slotte is het van belang geen overspannen verwachtingen te koesteren met betrekking tot wettelijke regels en mogelijke wijziging van het wettelijke kader. Vele andere knelpunten rond dwang binnen instellingen dienen opgelost te worden door andere beleidsmaatregelen zoals: het doen van wetenschappelijk onderzoek naar effecten van dwangtoepassing en begripsverheldering van verzet, het ontwikkelen van richtlijnen ten aanzien van het beoordelen van wils(on)bekwaamheid, het implementeren van kwaliteitscriteria voor dwang en drang, deskundigheidsbevordering en voorlichting van zorgverleners, zorgvuldige registratie en het verbeteren van randvoorwaarden voor goede zorg.

Randvoorwaarden voor wijzigingen in/aanpassingen van het wettelijk kader

- Erkenning van en aandacht voor perspectieven van de verschillende betrokken partijen
- Zorg dragen voor een systematische inbreng van deze partijen in een georganiseerde brede dialoog c.q. interactief beleidsvormingsproces door onafhankelijke procesmanagers
- Een gedeeld kader ontwikkelen waarbij het belang van goede zorg en het voorkómen en verbeteren van dwang centraal staan

Mogelijke wijzigingen in/aanpassingen van het wettelijke kader

- Goede zorg, preventie en verbeteren van dwang als uitgangspunt
- Recht op behandeling, op zorg en op zinvolle dagbesteding
- Systematische en transparante verslaglegging van motivatie, inclusief aandacht voor subsidiariteit, proportionaliteit en doelmatigheid.
- Registratie en melding aan IGZ van akkoordinterventies
- Evaluatie en nabespreking van dwangtoepassingen
- Mogelijkheid van dwangbehandeling bij wilsonbekwaamheid; onmogelijkheid van dwangbehandeling bij wilsbekwaamheid

Implementatie kwaliteitscriteria voor dwang en drang binnen instellingen

- Alternatieven voor dwang stimuleren
 - Deskundigheidsbevordering en scholing zorgverleners
 - Voorlichting zorgverleners (somatische problematiek, Wgbo en Wet Bopz)
 - Ontwikkeling richtlijn ter bepaling wilsonbekwaamheid
 - Verduidelijken functie wettelijk vertegenwoordiger
 - Wetenschappelijk onderzoek effecten dwangmiddelen en dwangbehandeling
 - Onderzoek en begripsverheldering verzet
-

Literatuurlijst

- Abma, T.A. & J. Broerse (2007). *Zeggenschap in wetenschap. Patiëntenparticipatie in wetenschappelijk onderzoek*. Den Haag: Lemma, in druk.
- Abma, T. & G. Widdershoven (2005). *Eindrapport landelijk kwalitatief onderzoek. Project 'Implementatie kwaliteitscriteria dwang en drang in de psychiatrie'*. Maastricht: Universiteit Maastricht.
- Abma, T., Widdershoven, G. & B. Lendemeijer (red.) (2006). *Dwang en drang in de psychiatrie. Kwaliteit van vrijheidsbeperkende interventies*. Utrecht: Lemma.
- Bartlett, P., Lewis, O. & O. Thorold (2007). *Mental Disability and the European Convention on Human Rights*. International Studies in Human Rights, Vol. 90. Leiden/Boston: Martinus Nijhoff Publishers.
- Berghmans, R. (1992). *Om bestwil. Paternalisme in de psychiatrie*. Amsterdam: Thesis Publishers.
- Berghmans, R.L.P. (2000). *Bekwaam genoeg? Wils(on)bekwaamheid in geneeskunde, gezondheidsrecht en gezondheidsethiek*. Preadvisie Nederlandse Vereniging voor Bio-Ethiek. Utrecht: NvBe.
- Berghmans, R.L.P. (2005a). Bopz in crisis: recht, ethiek en ggz. *Journal Ggz en Recht*, (1), 51–55.
- Berghmans, R.L.P. (2005b). Wilsbekwaamheid: van concept naar praktijk. *Journal Ggz en Recht*, (1), 97–100.
- Berghmans, R.L.P. (2006). Uitbreiding van drang en dwang in de psychiatrie: de Bopz-wijzigingen inzake de voorwaardelijke machtiging en de klinische dwangbehandeling. *Journal Ggz en Recht*, 2(3): 47–51.
- Berghmans, R.L.P. (2007). Zelfbinding: balans van een geschiedenis. *Journal Ggz en Recht*, 3 (1): 3–9.
- Berghmans, R.L.P., Elfahmi, D., Goldsteen, M. & G. Widdershoven (2001). *Kwaliteit van dwang en drang*. Maastricht: Universiteit Maastricht.
- Berghmans, R.L.P. & G.A.M. Widdershoven (2001). Wilsbekwaamheid in de geestelijke gezondheidszorg. *Tijdschrift voor Geneeskunde en Ethiek*, 11(4): 94–100.
- Berghmans, R.L.P. & G.A.M. Widdershoven (2002). Wilsbekwaamheid in de ouderenzorg. *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie*, 33(5): 201–206.
- Bos, F. (2006). Dwangbehandeling en medicijnveiligheid. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 61(9): 298–300.
- Bosch, K. (2005). Isoleren werkt angstverhogend. In: Abma, T., Widdershoven, G. & B. Lendemeijer (red.). *Dwang en drang in de psychiatrie. Kwaliteit van vrijheidsbeperkende interventies*. Utrecht: Lemma. pp. 31–36.
- Bowers L. (2000). The expression and comparison of ward incident rates. *Issues in Mental Health Nursing* 21(4): 365–374.
- Frueh, B.C., Knapp, R.G., Cusack, K.J., Grubaugh, A.L., Sauvageot, J.A., Cousins, V.C., Yim, E., Robins, C.S., Monnier, J. & T.G. Hiers (2005). Patients' reports of

- traumatic or harmful experiences within the psychiatric setting. *Psychiatric Services*, 56(9):1123–1133.
- Gezondheidsraad (2004). *Noodgedwongen. Zorg voor niet-opgenomen acute psychiatrische patiënten*. Den Haag: Gezondheidsraad. Publicatienr. 2004/10 (www.gr.nl).
- GGZ Nederland (2003). *Kerncijfers uit de GGZ 2000 – 2002*. Utrecht: GGZ Nederland.
- GGZ Nederland (2005). *Kerncijfers uit de GGZ 2001 – 2003*. Amersfoort: GGZ Nederland.
- Glover, R.W. (2005). Reducing the use of seclusion and restraint: a NASMHRD priority. *Psychiatric Services*, 56(9): 1141–1142.
- Guba, E.G. & Y.S. Lincoln (1989). *Fourth Generation evaluation*. Beverly Hills: Sage.
- Hoekstra, T., Lendemeijer, H.H.G.M. & M.G.M.J. Jansen (2004). Seclusion: the inside story. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 11(3): 276–283.
- Hondius, A.J.K. & J.R. van Veldhuizen, J. R. (2003). Bopz, Wgbo of naar een nieuwe dwangbehandelingswet? *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 45(9): 569–573.
- Hondius, A., Zuijderhoudt, R. & A. Honig (2005). Wilsonbekwaamheid vaststellen. Een casus en een stappenplan. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 60(6): 597–607.
- IGZ. (2000). Jaarrapport 2000, zie www.igz.nl/33986/jaarrapportage_2000.pdf
- IGZ. (2001). Jaarrapport 2001, zie www.igz.nl/33986/jaarrapportage2001.pdf
- IGZ. (2002). Jaarrapport Bopz 2002, zie www.igz.nl/dossiers/14861/jaarrapbopz/
- IGZ. (2003). Jaarrapport Bopz 2003, zie www.igz.nl/dossiers/14861/jaarrapbopz/
- IGZ. (2004). Jaarrapport 2004, zie www.igz.nl/33986/jaarrapport2004.pdf
- IGZ. (2005). Jaarrapport 2005, zie www.igz.nl/33986/2006-05_jaarbericht_IGZ.pdf
- IGZ. (2002). Bulletin: melden in het kader van de Wet Bopz in de Inspectie voor de Gezondheidszorg. Den Haag: IGZ, zie www.igz.nl
- Janssen, W.A., Hutschemaekers, G.H.M. & H.H.G.M. Lendemeijer (2005). Dwang cijfermatig in beeld. In: Abma, T., Widdershoven, G. & B. Lendemeijer (red.). *Dwang en drang in de psychiatrie; kwaliteit van vrijheidsbeperkende interventies*. Utrecht: Lemma. pp. 67–76.
- Janssen, W.A., Noorthoorn, E.O., Vries, W.J. de, Hutschemaekers, G.H.M. & H.H.G.M. Lendemeijer (2006). The use of seclusion in the Netherlands compared to countries in and outside Europe. Ter publicatie aangeboden aan: *International Journal of Law and Psychiatry*.
- Keurentjes, R.B.M. (2006). *De Wet Bopz. Editie 2006*. Den Haag: Sdu Uitgevers.
- Kitzinger, J. (1995). Qualitative Research: introducing focus groups. *British Medical Journal*, 311(7000): 299–302.
- Knuiman, R.B.J., Tholen, A.J. & F.C.B. van Wijmen (2006). Medische behandeling van meerderjarige wilsonbekwame patiënten: een modelrichtlijn bij de WGBO. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 61(7–8): 628–637.
- Lendemeijer, H.H.G.M. (2000). *Seclusion in psychiatry: aspects of decision making*, Utrecht: Universiteit Utrecht (academisch proefschrift).

- Legemaate, J. (1998). *De WGBO: van tekst naar toepassing*. 3^e geactualiseerde druk. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Legemaate, J. (2002). De Wet Bopz: een nieuwe vestiging van het Van der Valk-concern? *Nederlands Juristenblad*, (30): 1463.
- Liégeois, A. & M. Eneman (2004). Omgaan met vrijheid en dwang in de geestelijke gezondheidszorg: Een ethisch advies. *Tijdschrift voor psychiatrie*, 46(6): 369–378.
- Meadows, L.M. & J.M. Morse (2001). Constructing evidence within the qualitative project. In: Morse, J.M., Swanson, J.M. & A.J. Kuzel (eds.) (2001). *The nature of qualitative evidence*. Thousand Oaks: Sage. pp. 187–200.
- Moody, H. (1992). *Ethics in an aging society*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press.
- Mooij, A. (2000). De fundamentele verantwoordelijkheid van de hulpverlener, in: Graste, J. & D. Bauduin (red). *Waardenvol werk. Ethiek in de geestelijke gezondheidszorg*. Assen: van Gorcum. pp. 66–77.
- Opstal, J.A.G. van & S. Lammers (2006). Op weg naar een behandelwet? *Tijdschrift voor Psychiatrie* 48(8): 637–645.
- Pols, J. (2000). Macht en dwang in psychiatrische hulpverlening. in: Graste, J. & D. Bauduin (red). *Waardenvol Werk. Ethiek in de geestelijke gezondheidszorg*. Assen: van Gorcum. pp. 130–148.
- Ray, L.D. & M. Mayan, M (2001). Who decides what counts as evidence. In: Morse, J. M., Swanson, J.M. & A.J. Kuzel (Eds.) *The nature of qualitative evidence*. Thousand Oaks: Sage. pp. 50–73.
- Schroevers, R.A., Stikker, T.E., Ven-Dijkman, M.V. van der & E.P.K. Sikkens (2006). *Onderzoeksverslag ten behoeve van de ontwikkeling van een richtlijn dwangopname in het kader van de Wet Bopz in Nederland*. Amsterdam: Mentrum Geestelijke Gezondheidszorg Amsterdam.
- Stolker, J.J., Hugenholtz, G.W.K., Heerdink, E.R., Nijman, H.L.I., Leufkens H.G.M. & W.A. Nolen (2003). Separatie van opgenomen psychotische patiënten: later bij gebruik van antipsychotica en mogelijk ook minder vaak. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 147(12): 557–561.
- Spijker, J., Ruiters, G. de, Blok, H. de, Brouns, B., Driek, R. van, Stek, J. van, Braakman, M. & en L. Kaiser (2005). De rol van psychiaters bij separeren. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 60(11): 1084–1094.
- Veldhuizen, J.R. van (1998). Zorgverlamming. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 53(12): 1175–1185.
- Veldhuizen, J.R. van (2004). Van dwangopname naar dwangbehandeling. *Medisch Contact*, 59(19): 766–768.
- Veldhuizen, J.R. van (2005). Pleidooi voor rechtspraak door een drieschaar. *Psychopraxis*, 7(1): 9–10.
- Welles, F.E. (2006). *Dwang: separatie versus medicatie. De ingrijpendheid van dwangmiddelen in de psychiatrie vanuit patiëntperspectief*. Doctoraalonderzoek. Utrecht: Stichting PVP.

- Widdershoven, G.A.M. (2000). *Ethiek in de kliniek. Hedendaagse benaderingen in de gezondheidsethiek*. Meppel: Boom.
- 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). 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*. Preadvies Vereniging voor Gezondheidsrecht.
- Widdershoven, T.P. (2006). Na de Wet Bopz – Aandachtspunten voor een regeling van psychiatrische dwang. *Tijdschrift voor Gezondheidsrecht*, 30(7): 488–503.
- Witmer, J.M. & R.P. De Roode (red.) (2004). *Van wet naar praktijk. Implementatie van de WGBO (Deel 2 Informatie en toestemming)*. Utrecht: KNMG.
- ZonMw (2002) *Rapport Evaluatie Wet Bopz. Deelonderzoek: Interne rechtspositie in de psychiatrie*. Den Haag: ZonMw.
- ZonMw (2002). *Rapport Evaluatie Wet Bopz. Eindverslag: Conclusies en aanbevelingen van de begeleidingscommissie, deel 10*. Den Haag: ZonMw.

Bijlage 1: Lijst van geanalyseerde jurisprudentie

EHRM 12 december 1983, zaaknummer 9907/82 (M. tegen het Verenigd Koninkrijk)

EHRM 14 mei 1987, zaaknummer 10448/83 (Dhoest tegen België)

EHRM 25 maart 1992, zaaknummer 13590/88 (Campbell tegen het Verenigd Koninkrijk)

EHRM 24 september 1992, zaaknummer 10533/83 (Herczegfalvy tegen Oostenrijk)

EHRM 25 september 1996, zaaknummer 20348/92 (Buckley tegen het Verenigd Koninkrijk)

EHRM 27 mei 1997, zaaknummer 20605/92 (Halford tegen het Verenigd Koninkrijk)

EHRM 3 oktober 1997, zaaknummer 21592/93 (Tekin tegen Turkije)

EHRM 16 december 1997, zaaknummer 20972/92 (Raninen tegen Finland).

EHRM 16 december 1997, zaaknummer 21353/93 (Camerzind tegen Zwitserland)

EHRM 23 september 1998, zaaknummer 25599/94 (A. tegen het Verenigd Koninkrijk)

EHRM 5 juli 1999, zaaknummer 31534/96 (Matter tegen Slowakije)

EHRM 22 juli 2003, zaaknummer 24209/94 (Y.F. tegen Turkije)

EHRM 5 april 2005, zaaknummer 54825/00 (Nevmerzhitsky tegen Oekraïne)

EHRM 16 juni 2005, zaaknummer 61603/00 (Storck tegen Duitsland)

EHRM 28 februari 2006, zaaknummer 14659/02 (Wilkinson tegen het Verenigd Koninkrijk)

HR 2 november 2001, *BJ* 2002, 1, m.nt. Widdershoven

HR 6 december 2002, *BJ* 2003, 1, m.nt. Zuijderhoudt

Rb. Amsterdam 22 juli 2002, *BJ* 2003/4

Rb. Amsterdam 12 augustus 2002, *BJ* 2003/5

Rb. Amsterdam 13 november 2002, *BJ* 2003/49, m.nt. Dute

Rb. Amsterdam 23 januari 2003, *BJ* 2003/50, m.nt. Dute

Rb. Amsterdam 26 juni 2006, m.nt. Widdershoven

Rb. Arnhem 6 november 2001, *BJ* 2002/15, m.nt. red.

Rb. Arnhem 20 juli 2005, *BJ* 2005/40, m.nt. Welie

Rb. Assen 26 februari 2002, *BJ* 2002/28

Rb. Assen 24 december 2003, *BJ* 2004/26

Rb. Assen 13 april 2004, *BJ* 2004/44, m.nt. Widdershoven

Rb. Assen 23 mei 2006, *BJ* 2006/41, m.nt. Bröring

Rb. Breda 18 juli 2000 en 10 juli 2001, *BJ* 2001/60, m.nt. Blok

Rb. Dordrecht 9 april 2003, *BJ* 2003/29, m.nt. Zuijderhoudt

Rb. Dordrecht 3 maart 2004, *BJ* 2004/27, m.nt. Zuijderhoudt

Rb. Dordrecht 22 september 2004, *BJ* 2004/57, m.nt. red.

Rb. Dordrecht 10 november 2004, *BJ* 2005/8, m.nt. De Roode

Rb. Dordrecht 14 juli 2006, *BJ* 2006/53

Rb. 's-Gravenhage 25 april 2005, *BJ* 2005/28, m.nt. Zuijderhoudt

Rb. 's-Gravenhage 2 mei 2005, *BJ* 2005/29, m.nt. red.

Rb. Groningen 21 november 2003, *BJ* 2004/58, m.nt. Bröring

Rb. Groningen 23 september 2005 en 1 november 2005, *BJ* 2006/14, m.nt.
Widdershoven

Rb. 's-Hertogenbosch 1 november 2000, *BJ* 2001/10, m.nt. Pols

Rb. 's-Hertogenbosch 1 november 2000, *BJ* 2001/11, m.nt. Pols

Rb. 's-Hertogenbosch 6 maart 2001, m.nt. Widdershoven

Rb. 's-Hertogenbosch 2 november 2001, *BJ* 2002/18, m.nt. red.

Rb. 's-Hertogenbosch 28 juni 2002, *BJ* 2002/39, m.nt. red.

Rb. 's-Hertogenbosch 26 juli 2002, *BJ* 2002/40, m.nt. Widdershoven

Rb. 's-Hertogenbosch 27 september 2002, *BJ* 2002/54

Rb. 's-Hertogenbosch 25 juli 2003, *BJ* 2003/43

Rb. 's-Hertogenbosch 14 oktober 2003, *BJ* 2004/11, m.nt. Legemaate

Rb. 's-Hertogenbosch 18 november 2003, *BJ* 2004/32

Rb. 's-Hertogenbosch 25 maart 2005, *BJ* 2005/21

Rb. Leeuwarden 17 januari 2001, *BJ* 2001/30, m.nt. red.

Rb. Middelburg 30 augustus 2001, *BJ* 2001/61, m.nt. Legemaate

Rb. Middelburg 9 december 2002, *BJ* 2003/14

Rb. Middelburg 18 maart 2003, *BJ* 2003/56, m.nt. Dute

Rb. Utrecht 18 september 2000, *BJ* 2001/32, m.nt. Widdershoven

Rb. Utrecht 18 april 2005, *BJ* 2005/32, m.nt. red.

Rb. Zutphen 27 augustus 2003, *BJ* 2003/58

Rb. Zutphen 13 november 2003, *BJ* 2004/61, m.nt. Zuijderhoudt

Rb. Zutphen 9 december 2004, *BJ* 2005/23, m.nt. Frederiks

Rb. Zutphen 4 juli 2006, *BJ* 2006/44, m.nt. red.

Rb. Zutphen 6 juli 2006, *BJ* 2006/58

Rb. Zwolle 4 september 2003, *BJ* 2003/60, m.nt. Widdershoven.

Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg 8 november 2001, *BJ* 2002/32, m.nt. Zuiderhoudt

Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg 14 december 2004, *BJ* 2001/34, m.nt. Legemaate

Klachtencommissie De Meren, Ggz Buitenamstel en Mentrum 15 september 2000, *BJ* 2001/17, m.nt. Zuiderhoudt

Klachtencommissie GGZ Noord Holland Noord/ P.Z. Duin en Bosch 27 oktober 2003, *BJ* 2004/37, m.nt. Blok

Klachtencommissie Stichting GgzE, Ziekenhuis De Grote Beek Eindhoven 11 februari 2004, *BJ* 2005/13, m.nt. Blok

Klachtencommissie Meerkanten 14 juni 2004, *BJ* 2004/53

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

Maart 2007

De derde evaluatie van de Wet Bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Wet Bopz) vindt plaats op een moment dat er discussie is over de vraag of deze wet nog wel een passend kader biedt voor de regulering van dwangtoepassing en goede zorg binnen instellingen. In deze deelstudie naar 'Dwangtoepassing binnen de instelling' wordt antwoord gegeven op de onderzoeksvraag of de Wet Bopz, na de verruiming van de mogelijkheid van dwangbehandeling en de praktijkverbeterprojecten op het gebied van dwang en drang, een adequaat kader voor de regulering van dwangtoepassing, biedt.

Aan de hand van drie uiteenlopende studies, respectievelijk een kwantitatief onderzoek, een analyse van rechtspraak en een kwalitatief onderzoek, is het functioneren van de Wet Bopz binnen psychiatrische instellingen in kaart gebracht.

Een centraal probleem bij dwangtoepassing binnen de instelling is dat de verschillende betrokkenen uiteenlopende ervaringen en meningen hebben. Deze verschillen dragen ertoe bij dat de Wet Bopz niet als adequaat kader kan worden beschouwd voor de regulering van dwangtoepassing. Ter verbetering van de regulering van dwangtoepassing binnen instellingen adviseren de onderzoekers van deze deelstudie dan ook om te streven naar consensusvorming tussen betrokken partijen zowel bij de toepassing van dwang als bij de ontwikkeling van eventuele aanpassingen van het wettelijke kader.

Onderzoeksc consortium

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 onderzoeksc consortium 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).