

Op de drempel van de BOPZ: resultaten van een onderzoek naar de interne rechtspositie van psychiatrische patiënten vóór invoering van de Wet BOPZ

door C.J. van de Klippe en M.A. Franchimont

Gepubliceerd in 1995, no. 9

Samenvatting

Begin 1994 werd de Wet Bijzondere Opnemingen in Psychiatrische Ziekenhuizen (BOPZ) ingevoerd. In 1997, drie jaar na invoering, zal de Wet BOPZ worden geëvalueerd. Dan zal bekeken worden in hoeverre de BOPZ de beoogde effecten heeft gehad. Ook zal in kaart worden gebracht welke onbedoelde effecten de BOPZ heeft teweeggebracht. Om deze evaluatie mogelijk te maken moet de stand van zaken vóór invoering van de BOPZ in kaart worden gebracht. Dit onderzoek naar de interne rechtspositie van onvrijwillig opgenomen psychiatrische patiënten had tot doel deze beginsituatie in kaart te brengen. Het werd uitgevoerd medio 1993, toen de Wet BOPZ nog niet van kracht was. Uit de resultaten blijkt dat de praktijk toen nog ver afstond van de rechtspositionele voorschriften van de BOPZ. Tevens wordt duidelijk op welke punten de verschillen tussen de praktijk en de wettelijke voorschriften het grootst zijn. Deze knelpuntenanalyse kan ziekenhuizen bij het implementeren van de BOPZ van pas komen.

Inleiding

Op 17 januari 1994 trad de Wet Bijzondere Opnemingen in Psychiatrische Ziekenhuizen (BOPZ), de vervanger van de Krankzinnigenwet, in werking. De Wet BOPZ regelt onder meer de onvrijwillige opname in psychiatrische ziekenhuizen. De BOPZ is, zoals bekend, niet van de ene op de andere dag tot stand gekomen: een eerste versie van het wetsvoorstel werd al in 1971 bij de Tweede Kamer ingediend.

Sinds 1980 bevatte het wetsvoorstel BOPZ een regeling van de rechten van de patiënt tijdens het onvrijwillig verblijf (hoofdstuk III BOPZ). De rechtspositie van de patiënt tijdens het verblijf duiden we hier aan met de term 'interne rechtspositie', in tegenstelling tot de 'externe rechtspositie', de rechtspositie van de patiënt tijdens opname en ontslag. De interne rechtspositie werd voor het eerst bij wet geregeld; de Krankzinnigenwet besteedde er nauwelijks aandacht aan.

Art. 71 BOPZ stelt een eerste evaluatie van de wet drie jaar na inwerkingtreding ervan verplicht. Enige tijd na invoering van de BOPZ zal dus nagegaan moeten worden welke effecten de wet heeft op de praktijk, teneinde de vraag te kunnen beantwoorden in hoeverre deze effecten overeenstemmen met de bedoeling van de wet. Mocht blijken dat de effecten niet sporen met deze bedoeling, dan behoort wetswijziging tot de mogelijkheden.

Om met enige mate van nauwkeurigheid te kunnen bepalen welke effecten invoering van de Wet BOPZ heeft gehad, moet de situatie vóór invoering, dus de beginsituatie, in kaart worden gebracht. Medio 1993 heeft het Nederlands centrum Geestelijke volksgezondheid in opdracht van het ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur onderzoek gedaan naar de beginsituatie voor zover het de

interne rechtspositie van in algemeen psychiatrische ziekenhuizen opgenomen patiënten betrof (Franchimont en Van de Klippe 1994). De belangrijkste resultaten van dat onderzoek worden in dit artikel weergegeven. Behalve dat de onderzoeksresultaten een referentiepunt vormen voor de toekomstige evaluatie van de wet, geven ze enig zicht op de punten waarop de praktijk ten tijde van het onderzoek nog ver afstond van de door de BOPZ gewenste situatie. In zoverre kunnen de onderzoeksresultaten als een knelpunten- analyse worden beschouwd. Bij implementatie van de BOPZ kunnen ziekenhuizen met deze knelpuntenanalyse wellicht hun voordeel doen.

Als gezegd beperkte het onderzoek zich tot de rechtspositie van onvrijwillig in algemeen psychiatrische ziekenhuizen verblijvende patiënten. Er werd een vijftal onderwerpen onderscheiden:

- a. informatieverstrekking;
- b. behandeling;
- c. dwangtoepassing;
- d. vrijheidsbeperkende maatregelen;
- e. klachtenbehandeling.

Met behulp van schriftelijke-vragenlijsten werd bij ziekenhuismedewerkers en patiënten-/bewonersraden de benodigde informatie verzameld (voor een nadere toelichting op de gevolgde onderzoeksmethode zie Franchimont en Van de Klippe 1994). Er werd gevraagd naar ziekenhuis- en afdelingsbeleid en naar beslissingen rond concrete casussen. Alle algemeen psychiatrische ziekenhuizen en alle patiënten-/bewonersraden van deze ziekenhuizen werd om medewerking gevraagd. De respons was hoog: zij varieerde van 86% bij de directies en 65% bij de raden tot 44% bij de casusvragenlijsten rond bepaalde beslissingen. Zowel de deelnemende instellingen als de onderzochte casussen vormden een doorsnee van de respectievelijke populaties. We verkregen aldus een goede indruk van het beleid in algemeen psychiatrische ziekenhuizen ten aanzien van de onderzochte onderwerpen. Met behulp van de casusinformatie was het mogelijk uitspraken te doen over de algemene gang van zaken in de praktijk rond bepaalde beslissingen.

Hierna beschrijven we per onderwerp de eisen die de BOPZ stelt en de praktijk ten tijde van het onderzoek (medio 1993).

Informatieverstrekking in de BOPZ

Uit art. 36 lid 1 en art. 37 lid 1 en 4 BOPZ blijkt dat patiënten en hun naasten bepaalde informatie op schrift moeten ontvangen. Onder 'naasten' worden verstaan de partner van de patiënt, zijn wettelijk vertegenwoordiger (curator, ouder of voogd), en naaste (familie)betrekkingen.

Het ziekenhuis moet hun schriftelijk mededelen wie de behandel- verantwoordelijke is van de patiënt, hoe de huis- en afdelingsregels luiden en wat de wettelijke rechten van de patiënt zijn. In het overzicht van de rechten van de patiënt moet het klachtenadres zijn opgenomen. Ook moet het ziekenhuis de patiënt melden dat van hem een patiëntendossier wordt aangelegd.

In het Besluit rechtspositieregelen BOPZ en het Besluit patiëntendossier BOPZ wordt bepaald aan welke eisen de huisregels respectievelijk het patiëntendossier moeten voldoen. In de huisregels mogen slechts regels staan die nodig zijn voor een ordelijke gang van zaken in het ziekenhuis. Het patiëntendossier moet volgens een standaardindeling worden opgebouwd. Deze eis heeft tot gevolg dat patiëntendossiers persoonsregistraties zijn in de zin van de Wet persoonsregistraties. Dientengevolge

zal elk ziekenhuis een reglement moeten opstellen conform art. 19 e.v. Wet persoonsregistraties. In art. 56 lid 1 BOPZ en het Besluit patiëntendossier BOPZ wordt bepaald welke gegevens ten minste in het dossier moeten worden opgenomen.

Informatieverstrekking in de praktijk

Informatie schriftelijk mededelen deed men in bijna geen enkel ziekenhuis. De naam van de behandelaar deelde men in iets meer dan 10% van de ziekenhuizen schriftelijk aan de patiënt mee, de aanleg van een patiëntendossier in ongeveer een kwart en de patiëntenrechten in ongeveer een derde van de ziekenhuizen. Een uitzondering hierop vormden de huis- en afdelingsregels: deze reikte men in minstens twee derde van de ziekenhuizen op schrift uit. De naasten van de patiënt bracht men nog minder vaak schriftelijk op de hoogte dan de patiënt. In bijna twee derde van de ziekenhuizen bestonden vaste regels voor een patiëntendossier. Niet onderzocht werd of deze ziekenhuizen in het bezit waren van het door de Wet persoonsregistraties verplicht gestelde reglement. Evenmin is onderzocht of de huisregels en het patiëntendossier voldeden aan de eisen van het Besluit rechtspositieregelen BOPZ en het Besluit patiëntendossier BOPZ.

Conclusie

De conclusie moet luiden dat het schriftelijk mededelen in de ziekenhuizen nog ingeburgerd moest raken. Aan de naasten werd de mededeling nu veelal mondeling gedaan, waarschijnlijk tijdens bezoek. Informeren door middel van een standaardbrief is onder de BOPZ de snelste en meest efficiënte methode.

Behandeling in de BOPZ

In art. 38 lid 2-4 BOPZ staat hoe de besluitvorming rond behandeling moet verlopen. Voordat de behandelaar het behandelingsplan opstelt, moet hij overleg plegen met de instelling of psychiater waar de patiënt in behandeling was voordat hij werd opgenomen, én met de huisarts van de patiënt.

Nadat de behandelaar zich een idee over de behandeling en het behandelingsplan heeft gevormd, moet hij proberen de instemming van de patiënt te verkrijgen. De behandelaar moet de patiënt zodanig adequaat informeren, dat de patiënt in staat is 'informed consent' voor behandeling te geven. Deze informatieplicht van de behandelaar is niet geregeld in de BOPZ, maar in art. 1653b Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO). Omdat de BOPZ als bijzondere regeling niet voorziet in regels op dit gebied, geldt de algemene regeling van de WGBO. De behandelaar moet ten minste informatie geven over de inhoud en duur van de voorgestelde behandeling, over de voor- en nadelen ervan, over eventuele alternatieven en over de gevolgen van niet- behandelen. De behandelaar dient de te verstrekken informatie af te stemmen op het bevattingsvermogen van de patiënt.

In één situatie heeft de behandelaar niet de toestemming van de patiënt zelf nodig, namelijk wanneer de behandelaar na een serieuze poging tot informatieoverdracht tot de conclusie komt dit 'de patiënt op grond van de stoornis van de geestvermogens niet in staat is zijn wil met betrekking tot de voorgestelde behandeling te bepalen'. Dan oordeelt de behandelaar de patiënt wilsonbekwaam. In dat geval moet hij dat aan de patiënt mededelen en zich wenden tot een naaste van de patiënt (namelijk de partner, de wettelijk vertegenwoordiger of ingeval deze beiden ontbreken, de naaste (familie)betrekkingen van de patiënt), teneinde van deze naaste het plaatsvervangend informed consent met het voorgestelde behandelingsplan te verkrijgen.

Slaagt de behandelaar er niet in de toestemming van de patiënt of de plaatsvervangende toestemming van de naaste voor de voorgenomen behandeling te verkrijgen, dan mag de patiënt in principe niet worden behandeld. Wel geldt dat de zorg van een goed hulpverlener kan prevaleren boven de

verplichtingen ten opzichte van de naaste van de patiënt (art. 1653u lid 4 WGBO). De behandelaar moet het niet kunnen bereiken van overeenstemming melden aan de geneesheer-directeur.

Ook bij verzet van een patiënt of diens naaste tegen uitvoering van een overeengekomen plan moet de behandeling in principe worden gestaakt. Ditzelfde geldt bij verzet van een wilsonbekwame patiënt tegen uitvoering van een met zijn naaste overeengekomen behandelingsplan. De behandeling mag in dat geval alleen worden begonnen c.q. worden voortgezet, indien aan de grond voor dwangbehandeling is voldaan.

In het Besluit rechtspositieregelen BOPZ zijn de eisen opgenomen waaraan een behandelingsplan moet voldoen. Het behandelingsplan moet op schrift worden gesteld, de therapeutische middelen bedoeld om het gevaar weg te nemen in verband waarmee de patiënt werd opgenomen, moeten in het plan worden vermeld. De resultaten van de behandeling moeten in het patiëntendossier worden opgenomen. Het behandelingsplan moet ten minste één maal per maand worden geëvalueerd.

Behandeling in de praktijk

Uit het onderzoek komt naar voren dat overleg met eerdere behandelaars vaker niet dan wel plaatsvond: bij ongeveer 40% van de onderzochte casussen pleegde men overleg met de psychiater of instelling waar de patiënt vóór opname behandeld werd, bij slechts 10% had men overleg gepleegd met de huisarts van de patiënt.

We beschikten niet over informatie over de mate waarin behandelaars informed consent voor de behandeling verkregen hebben. Als we dergelijke informatie hadden willen verzamelen, hadden we ook individuele patiënten moeten raadplegen, omdat patiënten kunnen aangeven in hoeverre de verstrekte informatie door hen is begrepen. Het ondervragen van individuele patiënten was in het kader van het onderzoek niet te verwezenlijken. Er was slechts beperkte informatie beschikbaar over de mate waarin behandelaars naar informed consent streefden. Bij 80% van de casussen bleek de behandelaar een poging tot overleg te hebben gedaan. Onderwerpen die de kans vergroten dat de patiënt instemt met de voorgestelde behandeling, besprak de behandelaar vaker dan onderwerpen die de patiënt aan het twijfelen zouden kunnen brengen, zoals mogelijke negatieve gevolgen van de behandeling of alternatieven voor de voorgestelde behandeling. Gemiddeld duurde het overleg een half uur.

Iets meer dan de helft van de ondervraagde behandelaars zei in de afgelopen twee jaar niet met een wilsonbekwame patiënt te maken te hebben gehad. Tegelijkertijd trad men echter bij tien van de 49 casussen (20%) niet in overleg met de patiënt. Beide gegevens lijken niet met elkaar in overeenstemming. Hoe behandelaars wilsonbekwaamheid zien en hoe ze ermee omgaan is nog onduidelijk (voor een handreiking zie Werkgroep Wilsonbekwaamheid 1994). Indien men de patiënt zelf niet om instemming vroeg, pleegde men slechts twee van de tien keer overleg met een naaste van de patiënt. Hierbij moet worden bedacht dat sommige patiënten in het geheel geen naaste hadden.

Kon men geen overeenstemming met de patiënt over het behandelingsplan bereiken, dan meldde men dit vaak niet aan de geneesheer-directeur. Bijna alle behandelaars zeiden dat het behandelingsplan op schrift was gesteld. De resultaten van de behandeling werden volgens alle behandelaars in het patiëntendossier genoteerd. Evaluatie van het behandelingsplan vond op 21 van de 22 afdelingen ten minste één maal per maand plaats.

Conclusie

Op het punt van het verplichte overleg met eerdere behandelaars over het behandelingsplan moest de praktijk nog sterk veranderen om aan de eisen van de BOPZ te voldoen. Uit de beperkte door ons verzamelde informatie over informed consent kunnen we niet concluderen dat de behandelaars niet

naar informed consent streefden, al gingen zij bij de informatieverstrekking enigszins selectief te werk. Ten tijde van het onderzoek riep het begrip 'wilsonbekwaamheid' nog maar bij de helft van de responderende behandelaars herkenning op. Het vragen van plaatsvervangende toestemming was nog niet ingeburgerd.

Blijkens de verzamelde gegevens brengt de invoering van de BOPZ ten aanzien van het behandelingsplan geen schokkende veranderingen met zich mee: het behandelingsplan stond meestal al op schrift en werd eens per maand geëvalueerd.

Dwangtoepassing in de BOPZ

Dwangtoepassing is binnen psychiatrische ziekenhuizen in beginsel niet toegestaan. De Wet BOPZ maakt op dit beginsel twee uitzonderingen: in het kader van behandeling en ter overbrugging van tijdelijke noodsituaties. Dwangbehandeling is geregeld in art. 38 lid 5-7, dwang ter overbrugging van tijdelijke noodsituaties in art. 39.

Het is van groot belang dat ziekenhuismedewerkers beide typen dwang goed uit elkaar houden, omdat de wettelijke regels ervoor uiteenlopen (zie ook Legemaate 1994). Beide typen dwang verschillen wat betreft de vraag of het toe te passen middel is voorzien in het behandelingsplan, wat betreft de toegestane wettelijke grond, wat betreft de gerichtheid op verbetering van de stoornis, wat betreft de toelaatbaarheid van de toe te passen middelen en de eventuele maximumduur (zie het schema op de volgende pagina).

	Dwangbehandeling (art. 38 lid 5)	Dwang ter over brugging noodsituaties (art. 39)
toe te passen middel voorzien in behandelplan	ja	nee
wettelijke grond	volstrekt noodzakelijk ter afwending van ernstig gevaar	overbrugging tij- delijke noodsituaties
gerichtheid op verbetering stoornis	ja	nee
toelaatbaarheid middelen bepaald door	Medisch-professionele standaard	Wet en Besluit
bij voorbaat gebonden aan maximumduur	nee	ja: zeven opvolgende dagen

Onder het regime van de BOPZ dient het in het kader van een dwangbehandeling toe te passen middel te worden opgenomen in het schriftelijke behandelingsplan van de patiënt. De BOPZ geeft niet aan welke middelen toelaatbaar zijn in het kader van dwangbehandeling. Wél wordt geregeld welke middelen zijn toegelaten ter overbrugging van tijdelijke noodsituaties. Als een dergelijke situatie moet worden overbrugd door met dwang in te grijpen, mag dit slechts geschieden door middel van (begeleide) afzondering, (begeleide) separatie, fixatie, of gedwongen toediening van medicatie, voeding of vocht (Besluit middelen en maatregelen BOPZ).

Wanneer dwang wordt toegepast ter overbrugging van een tijdelijke noodsituatie, mag deze dwang volgens het Besluit middelen en maatregelen BOPZ niet langer duren dan zeven opeenvolgende dagen. Past men een middel aanvankelijk toe ter overbrugging van een tijdelijke noodsituatie en is te voorzien dat dit gedurende een langere periode dan zeven dagen nodig zal zijn, dan moet het middel in het behandelingsplan worden opgenomen. De behandelaar moet daarvoor informed consent (van de patiënt of diens naaste) trachten te verkrijgen. Gaat de patiënt of de naaste niet akkoord of verzet de patiënt of de naaste zich tegen toepassing van het middel, dan dient toepassing ervan te worden gestaakt. Toepassing onder dwang van het betreffende middel mag na de zeven dagen alleen worden gecontinueerd, indien het betreffende middel in het schriftelijke behandelingsplan is opgenomen en indien voldaan is aan de wettelijke grond voor dwangbehandeling, namelijk volstrekte noodzaak 'om ernstig gevaar voor de patiënt of anderen, voortvloeiende uit de stoornis van de geestvermogens, af te wenden'. De wetgever is ervan uitgegaan dat een termijn van zeven dagen voldoende is om te komen tot aanpassing van het behandelingsplan.

De geneesheer-directeur moet, als eindverantwoordelijke voor de behandeling en begeleiding van patiënten, de toepassing van beide typen dwang melden zowel aan de Inspectie als aan naasten van de patiënt.

Dwangtoepassing in de praktijk

Van de onvrijwillig opgenomen patiënten was 47% sinds opname onder dwang behandeld (geweest). In ruim twee derde van de gevallen was sprake van verzet van de patiënt tegen de uitvoering van het met hem overeengekomen behandelingsplan. Dikwijls was sprake van verbaal verzet. Dwangbehandeling bij het ontbreken van overeenstemming met de patiënt of diens naaste kwam in onze onderzoekspopulatie zelden voor. Patiënten met wie men had overlegd over hun behandelingsplan, verzetten zich bijna twee maal zo vaak tegen uitvoering ervan als patiënten met wie geen overleg had plaatsgevonden. Het verzet van patiënten met wie over het behandelingsplan was overlegd, resulteerde iets vaker in het staken van de behandeling dan het verzet van patiënten met wie geen overleg was gepleegd.

Eveneens ongeveer de helft van de onvrijwillig opgenomen patiënten heeft sinds opname te maken gehad met de toepassing van één van de vijf dwangmiddelen ter overbrugging van tijdelijke noodsituaties. Separatie werd hierbij vaker toegepast dan de vier andere dwangmiddelen.

Gedwongen toediening van medicatie en (onbegeleide) separatie kwamen in 95% van de ziekenhuizen voor, fixatie en de gedwongen toediening van voeding of vocht in ongeveer 80%. (Onbegeleid) afzonderen deed men in circa 70% van de ziekenhuizen wel eens. Voor deze afzondering gebruikte men ook wel andere dan de daartoe door de Inspectie aangewezen kamers, bijvoorbeeld de kamer van de patiënt. Met name afdelingen voor vervolgbehandeling ontbrak het vaak aan een afzonderingskamer. Begeleid afzonderen en begeleid separeren kwamen relatief weinig voor: in ongeveer een kwart tot een derde van de ziekenhuizen. Men gebruikte vooral dwangmiddelen om ernstig gevaar voor de patiënt zelf of anderen af te wenden. Ook het overbruggen van een noodsituatie werd vaak als reden genoemd voor het gebruik van een dwangmiddel. (Gedrags)therapeutische

motieven noemden aanzienlijk minder respondenten. De meeste dwangmiddelen werden zowel volgens patiëntenraden als volgens ziekenhuismedewerkers wel eens toegepast als sanctie. De toepassing van een dwangmiddel als sanctie is onder de BOPZ niet toegestaan.

Zelden stelden ziekenhuizen een maximumduur aan de toepassing van een dwangmiddel in een tijdelijke noodsituatie. In de praktijk duurde de toepassing van een dwangmiddel ter overbrugging van een tijdelijke noodsituatie in een derde van de gevallen langer dan de zeven dagen die de BOPZ als maximum stelt.

In ongeveer de helft van de gevallen meldde men de toepassing van dwang (dwangbehandeling en dwang ter overbrugging van een tijdelijke noodsituatie) aan de geneesheer-directeur en de Inspectie. Met name als sprake was van dwangbehandeling bij verzet van de patiënt tegen een met hem overeengekomen behandelingsplan, meldde men dit vaak niet. Het op de hoogte brengen van de naasten van de patiënt van de toepassing van dwang vond in ongeveer de helft van de gevallen plaats.

Conclusie

De Wet BOPZ ziet dwangtoepassing na een onvrijwillige opname als een uitzondering. Minstens de helft van de onvrijwillig opgenomen patiënten had echter hetzij met dwangbehandeling hetzij met de toepassing van dwangmiddelen te maken gehad. Op dit punt stond de praktijk dus nog ver af van de situatie waarvan de wetgever is uitgegaan.

De Wet BOPZ onderscheidt twee typen dwang (dwangbehandeling en dwang ter overbrugging van tijdelijke noodsituaties) en verbindt aan dit onderscheid belangrijke juridische consequenties. Om die reden is het van groot belang dat ziekenhuismedewerkers beide typen dwang goed van elkaar leren onderscheiden. Wanneer men dit onderscheid helder voor ogen heeft, kan men tijdig overwegen of opname van een in een noodsituatie toegepast middel in het behandelingsplan gewenst is.

Onder het regime van de BOPZ moeten behandelaars ook het verzet van een door hen wilsonbekwaam geachte patiënt honoreren door de behandeling te staken. Alleen voor zover behandeling volstrekt noodzakelijk is om ernstig gevaar voor de patiënt of anderen af te wenden, mag deze behandeling ondanks verzet van de patiënt worden voortgezet.

De onder de BOPZ verplichte melding van elke dwangtoepassing aan Inspectie en naasten moet, met name ten aanzien van dwangbehandeling, nog gangbaar worden.

Vrijheidsbeperkende maatregelen in de BOPZ

Volgens art. 40 BOPZ heeft elke patiënt recht op vrij brief- en telefoonverkeer, het ontvangen van bezoek en bewegingsvrijheid. Het briefverkeer van patiënten mag in het geheel niet worden beperkt. Alleen controle op meegezonden voorwerpen in het bijzijn van de patiënt is toegestaan. De overige drie vrijheden (telefoonverkeer, bezoek en bewegingsvrijheid) mogen slechts op basis van individuele beslissingen worden beperkt. De BOPZ noemt drie beperkingsgronden:

- a. vrees voor ernstige nadelige gevolgen voor de gezondheidstoestand van de patiënt;
- b. ter voorkoming van strafbare feiten;
- c. ter voorkoming van verstoring van de orde in het ziekenhuis zoals in de huisregels omschreven.

Het is de behandelaar die moet beoordelen of er vrees voor ernstige nadelige gevolgen voor de gezondheidstoestand van de patiënt bestaat. Bij de oplegging van een bezoekbeperking moet de behandelaar per bezoek de vrees voor ernstige gezondheidsschade beoordelen. Elke opgelegde vrijheidsbeperking moet worden gemeld aan de geneesheer-directeur.

Vrijheidsbeperkende maatregelen in de praktijk

Op een derde van de onderzochte afdelingen beperkte men wel eens een patiënt in post, anders dan ter controle op meegezonden voorwerpen. Onder de BOPZ is dit uit den boze. Beperking in het ontvangen van bezoek, bewegingsvrijheid of telefoonverkeer kwam op vrijwel alle onderzochte afdelingen voor. De meest genoemde reden voor het opleggen van een vrijheidsbeperking was ernstig gevaar voor de gezondheid van de patiënt zelf. Daarnaast werden er redenen voor vrijheidsbeperking genoemd die met de BOPZ wringen. Zo behoorde de oplegging van vrijheidsbeperkingen op heel wat afdelingen tot de standaardprocedure bij opname van een patiënt met een inbewaringstelling of rechterlijke machtiging. Dit betrof met name beperking van de bewegingsvrijheid (21-58% van de ziekenhuizen). Omdat onder de BOPZ per individueel geval beoordeeld moet worden of voldaan is aan één van de drie gronden voor vrijheidsbeperking, is een dergelijke standaardprocedure niet langer toegestaan. Soms werd een vrijheidsbeperkende maatregel toegepast als sanctie. Ook dit motief kan op gespannen voet staan met de gronden voor vrijheidsbeperking in de BOPZ.

Indien een beperking werd opgelegd vanwege vrees voor ernstige schade aan de gezondheid van de patiënt, werd deze vrees meestal, doch niet in alle gevallen, beoordeeld door de behandelaar. Een bezoekbeperking vanwege vrees voor ernstige gezondheidsschade werd vaak voor een bepaalde periode opgelegd. Onder het regime van de BOPZ zal het bestaan van deze vrees altijd per bezoek door de behandelaar moeten worden beoordeeld.

Slechts in een minderheid van de gevallen werd de oplegging van een vrijheidsbeperkende maatregel aan de geneesheer-directeur gemeld.

Conclusie

Ook op het gebied van de vrijheidsbeperkingen stond de praktijk in verscheidene opzichten nog ver af van de door de wetgever gewenste situatie. In de praktijk hadden patiënten vaak te maken met standaardbeperkingen van hun vrijheidsrechten, wat met de BOPZ wrijft. Ziekenhuismedewerkers waren nog niet gewend de noodzaak van vrijheidsbeperking in individuele gevallen te toetsen aan de toegestane gronden. Op dit punt moet er in de attitude van ziekenhuismedewerkers nog het nodige veranderen. Ook het melden van vrijheidsbeperkingen aan de geneesheer-directeur moet nog ingeburgerd raken.

Klachtenbehandeling in de BOPZ

De BOPZ geeft patiënten het recht om te klagen. Patiënten kunnen op grond van art. 41 klagen over een aantal beslissingen aangaande hun interne rechtspositie. Deze klachtwaardige beslissingen zijn de wilsonbekwaamverklaring, dwangbehandeling, dwangtoepassing ter overbrugging van een tijdelijke nood situatie, oplegging van een vrijheidsbeperkende maatregel en het niet-uitvoeren van het overeengekomen behandelingsplan. Ook naasten van de patiënt en medepatiënten hebben als belangenbehartigers van de patiënt het recht te klagen over deze beslissingen. Voorts hebben alle patiënten, ook de vrijwillig opgenomenen, op grond van art. 76 BOPZ het recht om te klagen over alle jegens hen genomen besluiten en gedragingen van het ziekenhuispersoneel.

Elk ziekenhuis dient in het bezit te zijn van een klachtenreglement. De eisen waaraan klachtenbehandeling moet voldoen, zijn vastgelegd in art. 41 BOPZ en het Besluit klachtenbehandeling BOPZ (zie hierover: Van de Klippe 1994). Het bestuur van een ziekenhuis kan besluiten zelf klachten te gaan behandelen of het kan deze taak opdragen aan een klachtencommissie. Klagers met een 'art. 41-klacht' hebben de mogelijkheid van beroep op de rechter.

Klachtenbehandeling in de praktijk

In bijna de helft van de ziekenhuizen was medio 1993 een klachtencommissie belast met de klachtenbehandeling of was men van plan een klachtencommissie in te stellen. Eveneens ongeveer de helft van de ziekenhuizen had een serieus klachtenreglement, bijna zonder uitzondering ziekenhuizen met een klachtencommissie. Vaak waren deze reglementen geënt op het uit 1991 daterende Model-klachtenreglement voor instellingen aangesloten bij de Nederlandse Vereniging voor Geestelijke Gezondheidszorg. Bij analyse van deze reglementen bleek dat de meeste nog niet aan de eisen van de BOPZ en het Besluit klachtenbehandeling BOPZ voldeden. Nagenoeg alle ziekenhuizen moesten hun klachtenreglement medio 1993 nog op belangrijke punten bijstellen. Hier beperken we ons tot het vermelden van enkele saillante punten waarop bijstelling nodig was. In veel reglementen verplichtte men de klager een bepaald voortraject te doorlopen alvorens de klacht ter behandeling in te dienen. Dit is in strijd met de BOPZ. Vrijwel alle reglementen kenden bovendien een beslissingstermijn die langer was dan de (inderdaad krappe) veertien-dagentermijn die de BOPZ stelt.

Uit recent onderzoek van de Stichting Patiëntenvertrouwenspersoon Geestelijke Gezondheidszorg blijkt dat er op 1 augustus 1994 nog slechts één klachtenreglement voorhanden was dat volledig aan de eisen van de BOPZ voldeed (PVP-krant, nr. 2, september 1994).

Conclusie

Geconcludeerd moet worden dat nog lang niet alle ziekenhuizen medio 1993 beschikten over een klachtenreglement. Voor zover ziekenhuizen wél over klachtenreglementen beschikten, behoefden deze nagenoeg alle bijstelling, omdat ze nog niet voldeden aan de eisen die de Wet BOPZ stelt.

Slotconclusie en -beschouwing

Uit dit onderzoek komt het beeld naar voren van een praktijk die medio 1993 nog ver afstond van de rechtspositionele voorschriften van hoofdstuk III BOPZ. Ruim een half jaar na onze peildatum, op 17 januari 1994, werd de BOPZ ingevoerd. Inmiddels zijn de eerste praktijkervaringen met de nieuwe wet opgedaan. Gezien de resultaten van ons onderzoek lijkt het niet erg waarschijnlijk dat de Wet BOPZ op het gebied van de interne rechtspositie nu al volledig geïmplementeerd zal zijn. Het wennen aan nieuwe begrippen en criteria kost tijd. Bovendien moet de inhoud van sommige begrippen zich nog uitkristalliseren.

Bij deze voormeting vóór invoering van de BOPZ ging het nog niet om een beoordeling van de wet op haar merites; daarvoor was het nog te vroeg. De vraag of de nieuwe wet, behalve het beoogde effect (versterking van de rechtspositie van de patiënt), in de praktijk ook ongewenste effecten heeft, komt pas aan de orde bij de evaluatie van de wet over drie jaar (art. 71 BOPZ). Op het moment van die evaluatie zal de BOPZ geïmplementeerd moeten zijn, wil men alle effecten ervan, ook de ongewenste, in kaart kunnen brengen. Voor het welslagen van deze toekomstige evaluatie is het nodig dat instellingen de wet naar letter en geest trachten uit te voeren, ook de onderdelen waarbij vraagtekens kunnen worden geplaatst.

Bij de evaluatie drie jaar na invoering zal onderscheid gemaakt kunnen worden tussen knelpunten die terug te voeren zijn op invoeringsperikelen en knelpunten waaraan meer structurele oorzaken ten grondslag liggen. Wanneer de meer structurele problemen in kaart zijn gebracht, zal men zich kunnen bezinnen op de vraag in hoeverre het gewenst is dat deze problemen door middel van wetswijziging uit de wereld worden geholpen.

Literatuur

Franchimont, M., en H. van de Klippe (1994), *Op de drempel van de BOPZ. De interne rechtspositie van psychiatrische patiënten vóór invoering van de Wet BOPZ*

. NcGv-reeks 94-10. Nederlands centrum Geestelijke volksgezondheid, Utrecht.

Klippe, C.J. van de (1994), Klachtenbehandeling in de BOPZ: aanbevelingen en praktijk. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 49, 679-697.

Legemaate, J. (1994), Dwangtoepassing op grond van de BOPZ. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 49, 710-717.

Werkgroep wilsonbekwaamheid (1994), *Handreiking voor de beoordeling van wilsonbekwaamheid*. Ministeries van Justitie en Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur, 's-Gravenhage.

Summary: On the threshold of the BOPZ: results of research on the legal position of involuntarily committed psychiatric patients, before the introduction of the Psychiatric Hospitals Compulsory Admission Act

The Psychiatric Hospitals Compulsory Admission Act (Wet Bijzondere Opnemingen in Psychiatrische Ziekenhuizen, BOPZ) was introduced in The Netherlands in January 1994, and will be evaluated in 1997, when both its intended and unintended effects will be assessed. Such an evaluation is only possible, however, if placed in the light of the situation prevailing prior to the introduction of the Act. The present study of the rights of involuntarily committed psychiatric patients, therefore, focuses on the situation prior to 1994, i.e. during the Summer of 1993, before the Act was officially brought into operation. The findings indicate that the then current practice was often far removed from the provisions contained in the Act for safeguarding the legal rights of involuntarily committed psychiatric patients. The study has also spotlighted the areas of greatest difference between every-day practice in 1993 and the legal requirements of the Act as from 1994. It is hoped that the focus on these discrepancies will help the hospitals and their staffs to properly implement both the spirit and the content of the Act, for the benefit of the patients in their care.

C.J. van de Klippe, jurist, is senior-wetenschappelijk medewerkster bij het Nederlands centrum Geestelijke volksgezondheid. M.A. Franchimont, psycholoog, is wetenschappelijk medewerkster bij het Nederlands centrum Geestelijke volksgezondheid en onderzoekster bij Psychotherapeutisch Centrum De Viersprong te Halsteren. Correspondentieadres: C.J. van de Klippe, NcGv, Postbus 5103, 3502 JC Utrecht.

Het artikel werd voor publikatie geaccepteerd op 27-1-1995.