Beter (z)onder dwang?

Advies uitgebracht door de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Zoetermeer, augustus 1997

Inhoudsopgave

Samenvatting **5**

1 Inleiding **9**
1.1 Maatschappelijke context 9
1.2 De adviesvragen en de beleidscontext 10

2 Dwang, drang en het recht **13**
2.1 Dwang en drang 13
2.2 Wetten en hun rechtvaardigingsgronden 14
2.3 Adviesdomein 17

3 Bouwstenen voor een integrale beleidsvisie **19**
3.1 Problemen 19
3.2 Constateringen per plaats 21
3.3 Constateringen per groep 24
3.4 Enkele eerste bouwstenen 26

4 Dwang in de geestelijke gezondheidszorg **29**
4.1 Achtergronden 29
4.2 Ambulante dwang 32
4.3 Klinische dwang en ambulante dwang 39
4.4 Zelfbinding 43

5 Advies 47
5.1 Antwoorden op de beleidsvragen 47
5.2 Aanbevelingen 48

Bijlagen

1 Dwang en drang in het adviesprogramma van de RVZ 57
2 Samenstelling van de RVZ 61
3 Adviesprocedure 63
4 Juridisch overzicht dwang en drang 65
5 De praktijk van dwang en drang in de gezondheidszorg in Nederland: een fragmentarische momentopname 81
6 Dwangbehandeling in de WGBO en de Wet bopz 101
7 Lijst van gebruikte afkortingen 103
8 Literatuur 105
9 Overzicht publicaties RVZ 121

Bij dit advies behoren een achtergrondnota van dr. R.L.P. Berghmans (gepubliceerd onder publicatienummer RVZ 97/07) en een literatuuroverzicht van drs. D. Bauduin (opvraagbaar bij het RVZ-secretariaat)

Samenvatting

Dwang en drang

Dwang die mag

Dwang in de gezondheidszorg komt voor als gedwongen opneming en als gedwongen behandeling van mensen met een geestesstoornis (psychiatrische patiënten, verstandelijk gehandicapten, psycho-geriatrische patinten, tbs gestelden) en als gedwongen opneming en gedwongen onderzoek van mensen met een besmettelijke ziekte. De wetten die dit regelen zijn de Wet Bijzondere opnemingen psychiatrische ziekenhuizen (Wet bopz) en de Wet Bestrijding infectieziekten en opsporing ziekte-oorzaken (Wet bioz). Ook de Wet op de Geneeskundige behandelings overeenkomst (WGBO) erkent, onder voorwaarden en zonder het zo te noemen, dwangbehandeling.

Drang

Drang in de gezondheidszorg komt waarschijnlijk veel voor. Van drang is sprake als iemand in zijn keuze wordt beïnvloed met het doel hem een bepaalde, door de hulpverlener wenselijk geachte, keuze te laten maken. De laatste tijd komt er meer belangstelling voor zowel de positieve als de negatieve kanten van drang; er is ook een aantal termen voor in gebruik, zoals 'bemoeizorg' en 'hulpverlening onder voorwaarden'.

Problemen

Ten onrechte doen én nalaten

Met de toepassing van dwang is een aantal problemen in de praktijk geconstateerd. Problemen kunnen zich zowel voordoen als hulpverleners of instellingen ten onrechte dwang toepassen, als wanneer zij ten onrechte geen dwang toepassen. Op verschillende plaatsen is mogelijk sprake van het onterecht toepassen van dwang: in de thuissituatie zijn voorbeelden bekend van dementerende ouderen die in hun huis worden vastgebonden; in de dak- en thuislozenzorg komt het voor dat medicijnen in de soep of in de koffie worden gedaan zonder dat de betrokkene het weet. Ook bij patinten die onder de Wet bopz vallen wordt nogal eens ten onrechte dwang toegepast. Hulpverleners erkennen en melden dwangbehandeling ook niet altijd. Dit komt, omdat zij de regeling van dwangbehandeling in de wet ingewikkeld vinden.

Meldpunt bepleit voor 'onbehandelbare' patiënten in ggz

Het komt ook voor dat er mogelijk ten onrechte *geen* dwang wordt toegepast. Daarbij moeten we vooral denken aan patinten die niet worden opgenomen in psychiatrische inrichtingen en niet worden behandeld, ondanks het feit dat zij mogelijk voldoen aan de voorwaarden gesteld aan gedwongen opneming en dwangbehandeling in het kader van de Wet bopz. Deze patinten zijn reeds bekend bij de hulpverlening, zijn (in de ogen van hulpverleners) 'onbehandel-

baar' en hebben in het verleden zoveel schade en onrust veroorzaakt dat instellingen hen niet meer gedwongen willen opnemen. Om erachter te komen om hoeveel patiënten het gaat, bepleit de Raad een meldpunt.

Oplossingen

Preventie van dwang staat voorop

Dwang moet zo terughoudend mogelijk worden toegepast in de hulpverlening: elke inbreuk op iemands autonomie dient in verhouding tot het te bereiken doel te staan en met het voor de cliënt minst ingrijpende middel te gebeuren. Dat geldt op alle zorgterreinen en voor alle cliënten/patiënten. De Raad vindt dat preventie van dwang centraal moet staan en in de komende tijd meer aandacht verdient.

Meer aandacht voor drang bepleit

Over drang is het laatste woord niet gezegd, de minister zou dit thema in de hulpverlening nader moeten problematiseren met het doel terughoudendheid bij de toepassing ervan te waarborgen, dwang te voorkomen en de zorg voor sommige groepen mensen te verbeteren. De Raad vindt het niet nodig om drang in wetgeving te regelen en bepleit vooral meer aandacht voor drang die dwang kan vervangen: als het minder ingrijpende middel werkt, kan het ingrijpende middel in de ijskast.

Zorgaanbod voor 'zorgwekkende zorgmijders' aanpassen

De Raad vindt een aanpassing van het beleid gewenst voor 'zorgwekkende zorgmijders' die dak- en thuisloos zijn, die ernstige overlast veroorzaken en die ondanks een ernstige chronische psychiatrische aandoening niet regelmatig hulp hebben. De meeste 'zorgwekkende zorgmijders' zijn niet beter geholpen met een verruiming van de mogelijkheden tot dwangtoepassing in de Wet bopz. Voor deze mensen is veeleer een op hun behoeften passend zorgaanbod nodig, waarbij 'verleiden tot vertrouwen' centraal staat en dwang zo min mogelijk voorkomt. De openbare geestelijke gezondheidszorg moet initiator zijn van de ontwikkeling en bestendiging van een dergelijk, laagdrempelig aanbod voor dak- en thuislozen en overlast veroorzakers. Daarnaast bepleit de Raad een verdere investering in een verbetering van het zorgaanbod in de richting van casemanagement en rehabilitatie voor chronische psychiatrische patinten. Daarmee is winst te behalen in de zin van meer kwaliteit van leven voor deze groep.

Aanpassing dwangbeleid met kleine stapjes

Er zijn echter ook 'zorgwekkende zorgmijders' waarvoor wel aannemelijk is dat zij met een (bescheiden) aanpassing van het dwangbeleid beter af zijn. Dan gaat het om mensen met een stoornis van hun geestvermogens die door een combinatie van medicijnen en ambulante steun kan verbeteren. Deze groep -een

recente schatting wijst op zo'n 5000 mensen in Nederland-mankeert een stabiele relatie met de hulpverlening. Omdat er nog veel onduidelijk is, bepleit de Raad op dit moment een voorzichtige en stapsgewijze aanpassing van het dwangbeleid voor deze groep. En wel als volgt.

Ambulante dwang in de geestelijke gezondheidszorg

Alleen ambulante dwang die de rechten van de patiënt niet bedreigt mogelijk maken

Er zijn vier varianten van ambulante dwang. Twee van de vier varianten wijst de Raad op dit moment af, dat zijn 'farmacotherapeutische ambulante dwangbehandeling' en 'preventieve ambulante dwangbehandeling'. De overige twee varianten wil de Raad stimuleren. In de eerste plaats is dat ambulante dwang 'als nazorg', die nu al mogelijk is. Deze variant verdient het nadrukkelijker onder de aandacht van hulpverleners en patinten te komen. In de tweede plaats wil de Raad ambulante dwang als 'alternatief voor een klinische dwangopname' mogelijk maken. Daartoe moet de Wet bopz worden aangevuld met een artikel waarin een 'rechterlijke machtiging onder voorwaarden' mogelijk wordt. Iemand die in aanmerking komt voor een dwangopname moet de keus krijgen tussen de dwangopname of het accepteren van ambulante dwang in de vorm van medicijnen en een case-manager. De Raad pleit voor onderzoek naar de vraag hoeveel mensen van deze variant gebruik gaan maken.

Zelfbinding in de geestelijke gezondheidszorg

Zelfbinding niet juridisch regelen

Zelfbinding houdt in dat iemand zich voor de toekomst wil binden aan aanwijzingen die hij daartoe vooraf aan anderen heeft gegeven, ook als hij in die toekomstige situatie een andere mening heeft. Zelfbinding wijkt af van de gangbare juridische praktijk waarin een eenmaal gegeven toestemming altijd herroepbaar is. Een investering in het juridisch mogelijk maken van zelfbinding vindt de Raad op dit moment niet opportuun.

Experimenteer met wilsverklaringen

De Raad beveelt aan na te gaan in de praktijk in hoeverre 'wilsverklaringen' een uitkomst bieden voor een adequate zorg aan mensen met een psychiatrische stoornis in crisissituaties en of deze verklaringen 'dwang op maat' mogelijk kunnen maken. De Raad is voorstander van een proefondervindelijke aanpak: experimenteren met deze verklaringen stelt in staat de (on)mogelijkheden in kaart te brengen. Om te waarborgen dat patinten betrokken zijn bij de manier waarop hun behandeling eruit ziet, moet er meer dan nu, met behandelingsplannen worden gewerkt. Deze zijn verplicht in de Wet bopz.

Wils(on)bekwaamheid en 'farmacotherapeutische' dwangbehandeling

Regeling voor dwangbehandeling met medicijnen bezien

De Raad wil dat de minister bewerkstelligt dat binnenkort een discussie wordt gevoerd over de vraag hoe de juridische regeling van 'farmacotherapeutische' dwangbehandeling te verbeteren is. Dwang mag in de Wet bopz plaatsvinden als beveiliging (van anderen en van de persoon zelf) en als behandeling (onder andere met medicijnen). De voorwaarden waaronder dat mag, zijn bij beide soorten dwangtoepassing hetzelfde ('gevaar' bij dwangopname en 'ernstig gevaar' bij dwangbehandeling). De wet houdt er geen rekening mee of de patiënt al dan niet 'wilsbekwaam' is, dat wil zeggen 'in staat is tot een redelijke waardering van zijn belangen terzake'.

Meer aandacht voor wils(on)bekwaamheid bepleit

De Raad vindt dat een vreemde zaak. Immers daar waar 'beveiligen' voldoende is, zou een wilsbekwaam verzet tegen behandeling serieus genomen moeten worden en daar waar 'behandeling' effectief kan zijn, zou een wilsonbekwaam verzet genegeerd moeten worden. Aandacht voor de mate van wils(on)bekwaamheid bij het beoordelen van verzet tegen dwangbehandeling komt dan ten goede aan zowel de patiënt die wilsbekwaam als aan de patiënt die wilsonbekwaam is.

1 Inleiding

1.1 De maatschappelijke context

Te weinig dwang?

"De maatschappij wil dat we ons om zorgwekkende zorgmijders bekommeren: de zieke zwervers, de echte gekken. Dat we daar achteraan moeten, daarover is de consensus groot", aldus een directeur van een instelling voor geestelijke gezondheidszorg in Vrij Nederland (Koelewijn et al, 1997).

Klopt dit? Vinden wij dat in Nederland en wat betekent dit voor de hulpverlening? Moeten we dan ons beeld van en onze regels over dwang en drang in de gezondheidszorg bijstellen? Moet 'bemoeizorg' op alle agenda's? Kan dat de problemen oplossen van de 'zorgwekkende zorgmijders'? Of is dat te hoog gegrepen en moeten we ons meer realiseren dat niet alle problemen op te lossen zijn?

Veel wetten

In de afgelopen tijd zijn diverse wetten in werking getreden die de relaties tussen de betrokkenen in de gezondheidszorg regelen, zoals de Wet Bijzondere opnemingen psychiatrische ziekenhuizen (Wet bopz), de Wet op de Geneeskundige behandelings overeenkomst (WGBO), de Wet op het Mentorschap, de Wet Klachtrecht clinten zorginstellingen (WKCZ) en de Wet Medezeggenschap cliënten zorginstellingen (WMCZ). Het zijn wetten die gemeenschappelijk hebben dat zij de positie van de gebruiker van de gezondheidszorg versterken. De Wet bopz, die in 1994 in werking is getreden, bepaalt de rechtspositie van de psychiatrische patiënt die onvrijwillig wordt opgenomen. Een principiële inhoudelijke verandering ten opzichte van het verleden is, dat onder de Wet bopz onvrijwillige opneming in het 'bestwil' van de patiënt niet langer mogelijk is. Het recht op 'zelfbeschikking' weegt zwaarder.

Zelfbeschikking en weldoen

In de afgelopen periode heeft 'zelfbeschikking' een prominentere plaats gekregen dan 'het bestwil-denken' of 'weldoen' van de hulpverlening. Deze verschuiving gaat niet probleemloos. In de discussies over de Wet bopz lijkt het erop dat we toe zijn aan het opmaken van een tussenstand: al die aandacht voor zelfbeschikking is mooi, maar zijn we daarin niet wat té ver gegaan? Doen we daarmee wel 'recht' aan mensen met een gezondheidsprobleem die niet goed voor zichzelf kunnen opkomen en doen we wel voldoende aan het beschermen van de maatschappij tegen gevaarlijke mensen en (zware) overlastveroorzakers? Moeten we hen niet wat

'doortastender' aanpakken omwille van hun eigen 'bestwil' en ter beveiliging van de maatschappij?
De volgende drie achtergronden verklaren de toegenomen belangstelling voor de relatie tussen zelfbeschikking en weldoen in de gezondheidszorg.

Extramuralisering

In de eerste plaats is dat de extramuralisering en vermaatschappelijking van de gezondheidszorg waardoor steeds meer mensen met chronische aandoeningen buiten de intramurale gezondheidszorg blijven. De gedachte is dat hierdoor de zorg vermaatschappelijkt en de patiënt emancipeert. Het betekent tevens dat mensen buiten de boot kunnen vallen en niet de noodzakelijke zorg krijgen die ze toekomt.

Aandacht voor chroniciteit

In de tweede plaats is er een toenemende aandacht voor de chronische patiënt. Veel stoornissen zijn chronisch van aard en dit vereist dat de hulpverlening zijn aanbod daarop afstemt: het aanbod moet integraal, continue en vooral 'op maat' zijn. Dat betekent dat niet 'het genezen', maar het zoveel mogelijk op peil houden van de kwaliteit van leven van de chronische patiënt centraler komt te staan.

Rationalisering

In de derde plaats speelt de zogenaamde rationalisering van de hulpverlening een rol. Hulpverlening moet behalve toegankelijk en zo goedkoop mogelijk, ook vooral doelmatig zijn en als het even kan 'evidence based' en anders tenminste 'experience of consensus based' (Kaasenbrood, 1996). Dat geldt ook in de psychiatrie, waar bio-medische verklaringen van psychische gestoordheid weer meer gangbaar zijn dan in voorgaande perioden. Erkenning dat er sprake is van ziekte houdt ook in dat behandeling gewenst kan zijn.

1.2 Adviesvragen en beleidscontext

Vragen vanuit de ggz

Het advies geeft, op verzoek van het ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport, antwoord op de volgende vragen (zie ook bijlage 1):
Uitgaande van het gegeven dat de cliënt centraal staat:

1 Welke mogelijkheden bestaan er om dwangbehandeling toe te passen, zowel in ambulante als in intramurale setting?
2 Wat is de relatie tussen dwangopname en dwangbehandeling? Welke argumenten zijn er voor het verruimen van de mogelijkheden van ambulante dwangbehandeling vanuit het zicht van betrokkenen (klant, hulpverlener, beleid)?

3 In hoeverre kan drang dwang voorkomen en is dit wenselijk? Is het gewenst dat het hulpverleningsaanbod zich meer in die richting gaat ontwikkelen? Wat zijn daarbij de kansen en bedreigingen? Welke voorwaarden kan de overheid hiervoor scheppen?
4 Wat zijn de mogelijkheden van de zogenaamde zelfbindingsverklaringen in relatie tot dwang en drang vanuit het zicht van betrokkenen?
5 Hoe kan een en ander een beleidsmatige vertaling krijgen en hoe ziet een invoeringsscenario eruit?

Integrale beleidsvisie

Behalve een antwoord op deze vragen, heeft het ministerie van VWS de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg gevraagd een integrale beleidsvisie over dwang en drang in de gezondheidszorg te schetsen. Dwang en drang is al jarenlang één van de kernthema's in de geestelijke gezondheidszorg en de gehandicaptenzorg, maar het speelt ook een rol van betekenis in andere gebieden van de volksgezondheid, zoals de infectieziektenbestrijding, de verslaafdenzorg en de jeugdhulpverlening/kinderbescherming. Een integrale beleidsvisie is nog niet eerder apart geformuleerd. Dat betekent niet dat er geen beleid is gevoerd. Dit beleid bestaat uit het geheel aan wetten en regels en andere instrumenten om dwang en drang in de gezondheidszorg vorm te geven.

Praktijkproblemen centraal

Het advies brengt de diverse kanten van dwang en drang in de Nederlandse gezondheidszorg in kaart. Het geeft enkele bouwstenen aan voor een integrale beleidsvisie van de overheid door na te gaan of er bij gelijkblijvend beleid aanleiding is om aan te nemen dat er sprake is van een toename van problemen. Welke problemen zijn dat? Is een aanpassing van het beleid gewenst en welke dan? De aldus geformuleerde bouwstenen geven het kader aan voor de beantwoording van de adviesvragen die zich nu in de geestelijke gezondheidszorg voordoen.

Evaluatie Wet bopz

In eerste instantie was een advies over dwang en drang in de gezondheidszorg pas voor 1998 gepland. De specifieke beleidscontext maakt het echter gewenst dat het advies al in de zomer van 1997 beschikbaar komt. Dat hangt samen met de evaluatie van de Wet bopz. Het evaluatierapport met 43 aanbevelingen is in december 1996 aangeboden aan de beide verantwoordelijke bewindspersonen, de ministers Borst en Sorgdrager. De belangrijkste conclusie is dat de evaluatie een beeld geeft van een uitvoeringspraktijk in wording. De periode van drie jaar dat de wet nu operationeel is, blijkt nog niet voldoende om haar in volle werking te kunnen zien.

Adviestermijn

Het kabinet formuleert naar verwachting na de zomer van 1997 een regeringsstandpunt over het evaluatierapport. In verband daarmee wil de minister van VWS beschikken over een advies van de RVZ over zorginhoudelijke aspecten rond dwang en drang. Onder andere het feit dat er voor de advisering over zo'n omvangrijk en complex onderwerp maar een relatief korte tijd beschikbaar was, maakt het noodzakelijk het adviesdomein in te perken.

Leeswijzer

Hoofdstuk 2 gaat over de begrippen dwang en drang en over de wetgeving. Tevens komt het domein van dit advies aan de orde. Hoofdstuk 3 beschrijft welke problemen zich in de praktijk met dwang kunnen voordoen. Wat de overheid daaraan zou kunnen doen, staat in de laatste paragraaf waarin de Raad enkele bouwstenen schetst voor een algemeen beleidskader. Hoofdstuk 4 gaat over dwang in de geestelijke gezondheidszorg. Eerst komen enkele achtergronden aan bod, vervolgens ambulante dwangbehandeling, de relatie tussen klinische en ambulante dwang en zelfbinding. In hoofdstuk 5 worden de beleidsvragen beantwoord en de aanbevelingen aan de minister geformuleerd.

2 Dwang, drang en het recht

2.1 Dwang en drang

Dwang

De RVZ spreekt van *dwang* als iemand tegen zijn wil tot enig doen of nalaten wordt genoodzaakt. Degene om wie het gaat, heeft wat dit betreft geen enkele keuze meer en wat er dan gebeurt, is altijd tegen zijn wil. Bij dwang is er sprake van een wettelijke en/of een feitelijke beperking. In ons land is dwang in de gezondheidszorg meestal verbonden aan een opname in en soms aan een voorwaardelijk ontslag uit een intramurale voorziening: een psychiatrisch ziekenhuis, een verpleeghuis, een instelling voor verstandelijk gehandicaptenzorg, een kliniek voor verslaafdenzorg of een tbs-instelling.

Drang

De RVZ spreekt van *drang* als iemand op enigerlei wijze in zijn keuze wordt benvloed met het doel hem een bepaalde, door de uitoefenaar van de drang gewenst geachte, keuze te laten maken. De vrijheid om te kiezen blijft bestaan, maar bij drang wordt een bepaalde optie onaantrekkelijk gemaakt door er een (meestal aanzienlijk) nadeel aan te verbinden. Het doel is ongewenst gedrag onaantrekkelijk te maken oftewel gewenst gedrag uit te lokken.

Bemoeizorg

Onder *'bemoeizorg'* wordt zorg verstaan waarbij degene die de zorg verleent, drang gebruikt. Deze drang beoogt iemand over te halen een bepaald zorgaanbod te accepteren en hem vervolgens te motiveren tot blijvende zorgacceptatie. Dit gebeurt 'outreachend': de hulpverlener zoekt de cliënt op, hij neemt het initiatief en hij zorgt ervoor dat het contact wordt onderhouden.

Drang in vele gradaties

Drang vindt plaats in vele gradaties, van mild naar zeer sterk. De mate van voordelige dan wel nadelige consequenties van een bepaalde keuze voor de betrokkene bepaalt de sterkte van de drang. Een voorbeeld van sterke drang is het bieden van de keuze tussen 'je geld of geen eten', minder sterke drang is 'je geld of geen toetje'.

Wanneer drang dwang wordt

Het is de vraag wanneer de sterke vormen van drang overgaan in dwang. Om deze overgang te verduidelijken, hanteren wij het volgende onderscheid. Aan dwang kan iemand zich niet onttrekken, aan drang wel. Drang gaat dwang heten als de aangeboden opties dermate nadelige consequenties hebben voor de betrokkene dat er eigenlijk geen sprake meer is van een keuze. 'Je geld of je

leven' is een voorbeeld van dwang.

Continuüm van drang en dwang

In dit advies gaat de RVZ uit van *een continuüm van drang en dwang* dat gaat van volledige zelfbeschikking tot volledige vrijheidsbeneming (fysieke dwang). Drang bestaat uit een spectrum van middelen waarmee mensen tot handelen (i.c. tot gedragsverandering) zijn aan te zetten. Het begint met iemand sterk aanraden iets te doen of te laten, vervolgens overreden/overtuigen om hem aan te zetten tot gewenst handelen en het gaat ergens op het continuüm over in dwingen. Iemand aanzetten tot gewenst gedrag kan door hem een als..., dan... constructie aan te bieden (coercive force, coercive offer). Van deze constructie zijn veel voorbeelden mogelijk, waarvan de één dwingender is dan de ander. Op een gegeven moment -en dat is sterk situationeel bepaald- gaat drang over in dwang. Dat is, zoals gezegd, aan de orde als alle aangeboden opties zeer nadelige consequenties hebben voor de betrokkene. Het continuüm eindigt met dwang, dat wil zeggen als iemand tegen zijn wil tot enig doen of nalaten wordt genoodzaakt. Het continuüm van dwang en drang gaat samen met een ander continuüm, namelijk dat van de mate van vrijwilligheid in het handelen van de betrokkene: hoe minder dwang hoe meer vrijwilligheid (Berghmans, 1992).

2.2 Wetten en hun rechtvaardigingsgronden

Over zelfbeschikking en de wet

De fundamentele rechten van een individu zoals de eerbiediging van het persoonlijk leven, de onaantastbaarheid van het lichaam en het persoonlijke recht op vrijheid, wegen zwaar in ons rechtsstelsel. Zelfbeschikking of het beginsel van respect voor autonomie is een belangrijke onderliggende waarde van deze rechten. Deze rechten zijn gewaarborgd in de Grondwet (artikelen 10, 11 en 15). Ook zijn ze in een aantal internationale verdragen vastgelegd. Inbreuken op deze rechten zijn alleen mogelijk op grond van nadere, bij wet te stellen, regels. De Wet bopz is een voorbeeld van nadere wetgeving. In bijlage 4 is een overzicht opgenomen van de bestaande mogelijkheden tot dwang en drang in relevante wetgeving.

Rechtvaardiging voor dwang

Inbreuken op grondrechten moeten dus op een of andere wijze zijn gerechtvaardigd. Er zijn formele en materiële *rechtvaardigingsgronden voor de toepassing van dwang* door de overheid. De formele rechtvaardigingsgronden zijn te vinden in de wetgeving; dat kan het strafrecht zijn, maar ook het civiel recht, bestuursdwang, de Wet bopz, etc. De materile rechtvaardigingsgron-

den voor dwang geven antwoord op de vraag waarom de wet dwang legitimeert. De Wet bopz legitimeert dwang bijvoorbeeld als noodzakelijke reactie op gevaar. Hierbij gaat het om verschillende uitingen van gevaar:

- gevaar voor anderen: het waarborgen van de algemene veiligheid van personen of goederen is de grondslag voor het rechtvaardigen van de vrijheidsbeperking;
- gevaar voor zichzelf: dwang is gelegitimeerd om het welzijn van de betrokkene te behartigen indien hij een gevaar vormt voor zichzelf.

Onderscheid tussen gedwongen opneming en -behandeling

Bij de toepassing van dwang in de gezondheidszorg is een onderscheid gemaakt tussen gedwongen opneming en gedwongen behandeling. De juridische mogelijkheden voor gedwongen opneming zijn ruimer dan die voor gedwongen behandeling. Gedwongen opneming is geregeld via de Wet bopz (bij gevaar wegens stoornis der geestelijke vermogens) en de Wet bioz (bij gevaar voor besmetting). De juridische mogelijkheden voor gedwongen behandeling (dwangbehandeling) zijn beperkt, zelfs bij de justitieel zware maatregel van de terbeschikkingstelling. Een gedwongen opneming leidt er niet toe dat iemand ook automatisch gedwongen kan worden behandeld. Op grond van de Wet bopz is alleen voor het afwenden van 'ernstig gevaar' voor de betrokkene zelf of voor anderen 'dwangbehandeling' mogelijk. Op grond van de Wet bioz is in uitzonderingsgevallen gedwongen onderzoek mogelijk, maar geen gedwongen behandeling.

artikel 7:465, zesde lid BW

De WGBO kent het begrip 'verrichting waartegen de patiënt zich verzet'. Daartoe zijn zowel verrichtingen in het kader van geneeskundige behandeling, als beschermende maatregelen te rekenen. Anders dan de Wet bopz, bevat de WGBO hiervoor geen expliciete regeling. De WGBO erkent dwangbehandeling door te bepalen dat indien de patiënt zich verzet tegen een verrichting van ingrijpende aard, zij met toestemming van de vertegenwoordiger mag worden toegepast, indien zij kennelijk nodig is teneinde ernstig nadeel voor de patiënt te voorkomen. (artikel 7:465, zesde lid BW). In noodsituaties waarin de beslissing van de vertegenwoordiger niet kan worden afgewacht, dient de hulpverlener zelf te handelen zoals de professionele standaard voorschrijft (artikel 7:466, eerste lid BW). Zie voor de verschillen tussen de Wet bopz en de WGBO op dit punt bijlage 6.

Rechtvaardiging voor drang

De *rechtvaardigingsgronden voor drang* zijn moeilijker aan te geven. Als materiële rechtvaardiging geldt dat de drang moet

voorkomen dat de betrokkene in de nabije toekomst te maken krijgt met (waarschijnlijk optredend) groter leed dan zonder de toegepaste drang. Als formele rechtvaardiging voor de toepassing van drang is een aantal algemene noties uit wet- en regelgeving af te leiden. Een juridisch gelegitimeerde vorm van sterke drang is het stellen van voorwaarden. Zo kan de rechter in sommige situaties bepalen alsnog het strafrecht of het civielrecht (een ondertoezichtstelling) als zwaarder middel in te zetten als iemand zich niet houdt aan de gestelde voorwaarden. Hiermee kan bijvoorbeeld een verslaafde die een strafrechtelijke overtreding heeft begaan, ertoe worden aangezet een behandeling te ondergaan. Of een gezin kan voorkomen dat er een ondertoezichtstelling plaatsvindt door zich te laten behandelen.

Goed hulpverlenerschap

In andere situaties biedt de inhoud van het begrip 'goed hulpverlenerschap' een zekere rechtvaardiging voor drang. Op grond van de WGBO is de hulpverlener verplicht bij de werkzaamheden de zorg van een goed hulpverlener in acht te nemen. De hulpverlener handelt daarbij in overeenstemming met de op hem rustende verantwoordelijkheid, voortvloeiende uit de voor hulpverleners geldende professionele standaard (Legemaate, 1995a). Theoretisch zou deze 'plicht tot goed hulpverlenerschap' een legitimering kunnen vormen voor de toepassing van sommige vormen van drang (zoals 'bemoeizorg') die in het belang van een bepaalde patint kunnen zijn.

Gevaar voor willekeur

Het juridisch kader voor drang is dus veel minder duidelijk dan dat voor de toepassing van dwang. Het gevaar van willekeur is aanwezig. Naarmate professionele standaarden meer ontwikkeld zijn en er meer duidelijkheid ontstaat over het handelen in bepaalde situaties kan die willekeur afnemen. Dit betekent niet dat hiermee het laatste woord hierover is gezegd. Berghmans maakt duidelijk dat de context waarbinnen drang plaatsvindt en de subjectieve beleving daarvan door de betrokkene van groot belang zijn voor het bepalen van de morele rechtvaardiging ervan (Berghmans, 1997).

2.3 Adviesdomein

Ingeperkt domein

Het domein van dit advies was aanvankelijk zeer breed: dwang en drang in de gezondheidszorg. Zoveel mogelijk is nagegaan hoe vaak en in welke zorgsectoren dwang en drang voorkomen; (Bauduin, 1997) en bijlage 5. De mate van beschikbaarheid van deze informatie, alsmede de adviestermijn en de nadruk in de be-

leidsvragen op dwang in de geestelijke gezondheidszorg vormen de redenen om het domein als volgt af te bakenen.

Dwang die mag

De meeste informatie is bekend over de 'gelegitimeerde' dwang. Hierbij is altijd onvrijwilligheid aan de orde: hulp wordt niet alleen niet gevraagd, maar vaak ook niet gewenst. Het meest duidelijk is dit bij hulpverlening in relatie tot wetsovertreding (zoals in de tbs, sommige verslaafdenzorg en delen van de kinderbescherming), bij hulpverlening aan mensen met een besmettelijke ziekte en bij hulpverlening aan mensen die door hun geestesstoornis een gevaar opleveren voor zichzelf of hun omgeving. Dit advies gaat vooral over de laatste categorie. Dwang en drang in de overige zorgsectoren komen slechts in inventariserende zin aan de orde.

Dwang die niet mag

Minder informatie is er over de niet-gelegitimeerde vormen van dwang in de hulpverlening. Daarbij kan het zowel gaan om allerlei vormen van dwang die onterecht worden toegepast op patinten die onder het regime van de Wet bopz vallen (bijvoorbeeld psychiatrische patiënten die ten onrechte met dwang te maken krijgen), als op patiënten die daar niet onder vallen (bejaarden thuis, verstandelijk gehandicapten in gezinsvervangende tehuizen, psycho-geriatrische patinten in verzorgingshuizen). De laatste tijd komt er meer aandacht voor deze niet-gelegitimeerde dwang in de gezondheidszorg. De Inspectie voor de Gezondheidszorg is initiator van diverse onderzoeken op dit terrein (zie bijlage 5). Dit advies gaat niet verder op deze problematiek in.

Drang in vele gradaties

De minste informatie is beschikbaar over allerlei vormen van drang. Er zijn desalniettemin aanwijzingen dat het gebruik van drang in de hulpverlening flink toeneemt. Zo komen steeds meer als...dan...constructies in gebruik, zowel in de ggz, in de openbare geestelijke gezondheidszorg (oggz) als bij het algemeen maatschappelijk werk. Er bestaat echter geen zicht op hoe vaak drang wordt gebruikt, welke drang dan precies wordt gebruikt en wat de effecten zijn van die drang. Dit, samen met het eerder geconstateerde onduidelijke juridische kader voor de toepassing van drang, maakt een nadere orintatie op drang noodzakelijk. De Raad kan hierop op dit moment slechts zijdelings ingaan.

'Zorgwekkende zorgmijders'

Tenslotte zijn er mensen die geen passende hulpvraag hebben en die ook geen gevaar veroorzaken. In deze gevallen is dwang momenteel, gegeven de Wet bopz, niet aan de orde. Als wel hulp nodig is -in de ogen van bijvoorbeeld de directe omgeving van ie-

mand-, rijst de vraag of het gevaarscriterium als legitimering voor ingrijpen onder dwang voor deze groepen wel adequaat is. Mensen met (psychische) gezondheidsproblemen die wel zorg nodig hebben, maar daar niet om vragen om wat voor reden dan ook, noemen we 'zorgwekkende zorgmijders'.

Wat de Raad daarmee bedoelt

De Raad is niet gelukkig met deze aanduiding, maar prefereert hem boven 'verkommerden en verloederden'. Deze laatste aanduiding wordt tegenwoordig steeds meer gebruikt (zie Evaluatiecommissie Wet bopz, 1996, rapporten 2 en 10). De omschrijving 'verkommerd en verloederd' is stigmatiserend en plakt een etiket dat nadelig is voor de betrokkene. De term zorgwekkende zorgmijder is iets optimistischer, omdat deze suggereert dat als iemand passende zorg geboden wordt, hij minder 'zorgwekkend' wordt. Hiermee doet de term overigens geen recht aan de diverse redenen die er in de praktijk bestaan om zorg te mijden. Het kan om het 'bewust' en 'onbewust' mijden van zorg gaan. Sommige mensen zijn er niet in geslaagd -ondanks herhaalde pogingen- passende zorg te vinden en hebben daarom de moed opgegeven. Deze mensen zullen de term 'zorgwekkende zorgmijder' als onjuist ervaren, omdat het in hun ogen pas echt zorgwekkend is dat er voor hen geen goede zorg is. Dat ligt anders bij de groep die niet om zorg vraagt omdat ze niet in de gaten heeft dat die nodig is, bijvoorbeeld als gevolg van een stoornis. De problemen van deze twee verschillende groepen zorgmijders vragen om andere oplossingen. De term 'zorgwekkende zorgmijders' staat voor een diffuse probleemgroep van ondermeer dak- en thuislozen met psychiatrische problematiek, (zware) overlast veroorzakers en chronische psychiatrische patinten die om de een of andere reden geen adequaat zorgaanbod krijgen. In dit advies richten we ons op deze groepen.

3 Bouwstenen voor een integrale beleidsvisie

3.1 Problemen

Is er een toename van problemen?

Is er aanleiding aan te nemen dat er sprake is van (een toename van) problemen op het terrein van dwang en drang in de gezondheidszorg die een aanpassing van het beleid gewenst maken? Om welke problemen gaat het? Om deze vragen te kunnen beantwoorden, is zowel inzicht in het huidige beleid als zicht op de werking daarvan in de praktijk nodig. We moeten weten wat er in de praktijk gebeurt, welke problemen daar spelen om een inschatting te kunnen maken van eventuele gewenste beleidsaanpassingen.

Tentatieve opsomming van problemen

In hoofdstuk 2 stond het beleid (juridisch kader) centraal, dit hoofdstuk behandelt de praktijk. Eerst gaan we na welke problemen er kunnen spelen bij dwangtoepassing in de gezondheidszorg. We sluiten aan bij de gangbare juridische praktijk van dwangtoepassing en stellen die hier niet ter discussie. We komen dan tot een tentatieve opsomming van problemen die zich kunnen voordoen. Er is sprake van een probleem als er ten onrechte dwang wordt toegepast en als er ten onrechte geen dwang wordt toegepast. Drang is niet nader geproblematiseerd; er ontbreekt immers een duidelijk beleidskader om de praktijk tegen af te kunnen zetten. Drang komt wel weer aan de orde in de inventarisatie die is gemaakt van de praktijk in paragraaf 3.3.

Dwang die niet mag

Ten onrechte doen
We spreken van 'ten onrechte doen' als hulpverleners of instellingen dwang toepassen waar dit wettelijk niet is toegestaan. Dit kan gebeuren op de volgende plaatsen: in de thuissituatie, de spreekkamer, BOPZ-instellingen, niet-BOPZ-instellingen. De redenen hiervoor kunnen de volgende zijn:
- Dwang is noodzakelijk om de patiënt te beschermen of te behandelen, maar het past niet binnen de huidige Bopz-criteria, noch binnen andere wettelijke kaders.
- Dwang is niet noodzakelijk voor de patiënt zelf, maar wordt gebruikt om anderen (mantelzorg, hulpverleners of medepatinten) te ontlasten, uit gebrek aan middelen, door personeelstekort of iets dergelijks. De wijze waarop de zorginstelling is georganiseerd (het behandelings- en bejegeningsklimaat), speelt hierbij een belangrijke rol.

Problemen

De problemen die hieruit voortvloeien, zijn de volgende:
- Voor de patiënt die daar anders over denkt, kan het heel vervelend zijn als hij met dwang 'in zijn belang' te maken krijgt. Voor zijn omgeving zal het doorgaans minder of geen probleem vormen.
- Als een patiënt echter te maken krijgt met ten onrechte uitgeoefende dwang die bijvoorbeeld wordt toegepast, omdat de instelling waar hij verblijft slecht functioneert, is dat extra traumatiserend, zowel voor de patint zelf als voor zijn omgeving. Enige informatie over hoe vaak dit voorkomt is via het klachtrecht te achterhalen (Jaarverslag Stichting PVP, 1997; Bauduin, 1997).
- Voor de hulpverlener die dwang toepast in het belang van de patiënt, maar buiten het wettelijke kader, geldt dat hij de wet overtreedt. Dat kan heel vervelend zijn: hij wil zijn beroep op een goede wijze uitoefenen, maar moet daarvoor de wet overtreden. Van belang is erachter te komen hoe vaak hulpverleners zich in deze positie bevinden.
- Als hulpverleners ten onrechte dwang uitoefenen vanwege andere redenen dan omdat het in het belang is van de patint, dan zijn zij eveneens strafbaar. Hier bestaat het probleem eruit dat dit vaak ongezien en ongestraft blijft.

Ten onrechte nalaten

Dwang die nodig is, maar niet wordt toegepast

Als hulpverleners of instellingen geen dwang toepassen, terwijl dat wel zou moeten volgens het bestaande juridische kader, dan is dat ten onrechte. Hierdoor ontstaat een zorgtekort of dreigt een zorgtekort te ontstaan. De redenen voor het ten onrechte nalaten van het gebruiken van dwang zijn onder andere de volgende:
- Patiënten passen niet binnen de kaders van de hulpverlening: de hulpverlening merkt ze aan als 'niet behandelbaar'. Alhoewel dit wettelijk geen criterium is om mensen die voldoen aan de BOPZ-criteria, toch niet gedwongen op te nemen, lijkt het alsof hulpverleners het in de praktijk wel zo gebruiken (Van Ginneken, 1993; Van Panhuis, 1997). Hulpverleners verwijzen daarbij naar de noodzaak andere patiënten in de inrichting bescherming en een goed behandelklimaat te bieden. Empirische gegevens hierover ontbreken. Niet bekend is hoe vaak het voorkomt en of het een incidenteel of een structureel probleem is. De wijze waarop de instelling is georganiseerd (het behandelings- en bejegeningsklimaat) speelt hierbij waarschijnlijk een belangrijke rol.
- Hulpverleners zijn bang de wet te overtreden en zijn daarom te voorzichtig met gedwongen opnemen en met gedwongen behan-

delen.
- Het capaciteitsprobleem: omdat gedacht wordt dat er toch geen plaats is binnen een bepaalde instelling, begint men soms niet eens aan een dwangopname-procedure. Hoe vaak dit speelt, is onbekend.

Problemen

De problemen die hieruit voortvloeien, zijn de volgende:
- Voor de patiënt is de kans groot dat hij ten onrechte geen zorg ontvangt; er bestaat een steeds groter wordende categorie 'onbehandelbare' patinten (namen circuleren op illegale lijsten) die geen plek (meer) krijgen in diverse instellingen. Het is onbekend om hoeveel mensen het gaat.
- Voor sommige hulpverleners geldt dat zij zich onvoldoende gesteund weten door een helder en overzichtelijk juridisch kader en door empirisch onderzoek naar de effecten van dwang op de therapie, waardoor zij steeds minder bereid zijn om 'vuile handen' te maken. Zij zijn geneigd zich uitsluitend te beperken tot zorgverlenen binnen de voor hen duidelijke kaders (Kortmann, 1995a, 1996).

3.2 Constateringen per plaats

Hoe vaak doen deze problemen zich voor in de praktijk? De gevonden gegevens daarover zijn summier. Ze zijn geordend naar de plaatsen waar cliënten die met dwang en drang te maken kunnen hebben, zich bevinden en vervolgens naar diverse groepen 'zorgwekkende zorgmijders'.

De thuissituatie

Gegevens over omvang ontbreken

In de thuissituatie komt dwang en drang voor. Er zijn echter nauwelijks gegevens over hoe vaak dit voorkomt, bij welke groepen en tot wat voor soort problemen het leidt. De overheid voert al jarenlang een beleid dat het mogelijk moet maken voor zoveel mogelijk patiënten zo lang mogelijk thuis te blijven. Het is daarom belangrijk zicht te krijgen op het voorkomen van vormen van dwang en drang speciaal bij psychogeriatrische patiënten, verstandelijk gehandicapten en psychiatrische patinten die thuis of in een particulier pension verblijven. Daarnaast is er waarschijnlijk sprake van het ontbreken van 'voldoende' drang vanuit de hulpverlening om mensen te behoeden voor vereenzaming en verkommering en verloedering (RMO, 1997; Bauduin, 1997).

De spreekkamer

Hulpverlening onder voorwaarden

Het is niet aannemelijk dat er sprake is van dwang in de spreekkamer. Drang komt wel voor, al weten we niet hoe vaak en hoe (on)gewenst dit is. Drang kan plaatsvinden in bejegening en voorlichting, als bemoeizorg, als 'voorwaardelijke' hulpverlening en in preventie. Het verlenen van hulp onder voorwaarden door het algemeen maatschappelijk werk en door de ambulante ggz komt steeds meer in gebruik (Van der Laan, 1997; Bauduin, 1997). Ook komt het voor dat hulpverleners in de ambulante ggz dreigen met het weigeren van hulp of met het beëindigen van de hulpverleningsrelatie als een hulpvrager zijn medicijnen niet inneemt of zich niet aan andere afspraken houdt. Hoe vaak dit voorkomt, is onbekend. De RVZ vindt deze vorm van drang niet acceptabel. Het is weliswaar een goede zaak om afspraken met cliënten te maken en die ook te bekrachtigen in zorgcontracten, maar het is niet toelaatbaar om daar als dreigement aan te verbinden de hulpverlening stop te zetten.

Het algemene ziekenhuis

Stel dwangprotocollen op

Allereerst is het gewenst meer zicht te krijgen op de aard, omvang en ernst van het gebruik van dwang, meestal in de vorm van vrijheidsbeperkende maatregelen, in algemene ziekenhuizen. Vervolgens zal in de praktijk van ziekenhuizen meer aandacht moeten komen voor de juridische (on)mogelijkheden bij het toepassen van vrijheidsbeperkende maatregelen. Hulpverleners zijn nog onvoldoende op de hoogte van welke vrijheidsbeperkingen in welke situatie wel en niet toelaatbaar zijn. Een protocol waarin tevens registratie, melding en toetsing door bijvoorbeeld een interne commissie is geregeld, zal de bewustwording bij hulpverleners bevorderen en willekeur voorkomen bij de toepassing van dwang.

De voorzieningen voor dak- en thuislozen

Geen dwang voor dak- en thuislozen

Het belangrijkste probleem is (ook) hier dat onvoldoende informatie bestaat over het optreden van allerlei vormen van dwang en drang en hun effecten. Zijn deze effecten positief of negatief? De RVZ realiseert zich dat op het complexe terrein van de zorg voor dak- en thuislozen het laatste woord niet gezegd is: dat beoogt dit advies dan ook geenszins. Een uitspraak van dak- en thuislozen zelf dat dwang voor hun groep per definitie slecht is, maar drang niet (Basisberaad ggz, 1996b) verdient in de directe toekomst uitwerking, bijvoorbeeld door evaluatie van diverse vormen van drang in de hulpverlening aan dak- en thuislozen en door het ontwikkelen van nieuwe vormen.

De voorzieningen voor verstandelijk gehandicapten en psycho-

geriatrische patiënten

Vermijd dwang bij verstandelijk gehandicapten en psycho-geriatrische patiënten

Voor verstandelijk gehandicapten en voor psycho-geriatrische patiënten geldt dat een vermindering van toepassing van dwang mogelijk is door de accommodatie, de personeelsbezetting en de dagbesteding beter af te stemmen op de zorgbehoefte van de bewoners (Evaluatiecommissie Wet bopz, 1996, rapporten 7 en 8). Daarnaast kunnen het inschakelen van consulententeams, teams van speciaal opgeleid personeel, en een toegesneden therapie de situatie verbeteren (Nissen et al, 1997). De ervaring die er in de zorg voor verstandelijk gehandicapten met deze teams bestaat, is wellicht tevens bruikbaar in de zorg voor psycho-geriatrische patiënten. Daar waar verzet is tegen verblijf en verzorging en dwangmiddelen onontkoombaar zijn, is overplaatsing naar een BOPZ-aangemerkte instelling noodzakelijk.

De voorzieningen voor psychiatrische patiënten

Meer ingrijpen om 'bestwil' in de psychiatrie nodig?

Voor sommige psychiatrische patiënten is sprake van een roep om meer mogelijkheden tot het toepassen van dwang juridisch te faciliteren. Deze roep wordt gehoord vanuit een deel van de hulpverlening (De Turck en Van den Berg, 1994; Kortmann, 1995a; Hassing et al, 1997; Bloemers, 1997; Van Panhuis, 1997), een deel van de mantelzorg en de cliëntenbeweging (Ypsilon en Anoiksis, 1996; Lindeboom, 1997; Pandora, 1996) en 'de maatschappij'. Aan de orde is onder andere de (al dan niet gedeeltelijke) vervanging van het gevaarscriterium door het ruimere beschermingscriterium als rechtvaardiging voor dwang, het mogelijk maken van ambulante dwangbehandeling en zelfbindingsverklaringen en het verruimen van de voorwaarden voor klinische dwangbehandeling.

De grondrechten

Dat hierbij een aantal fundamentele rechten van de mens in het geding is, zoals het recht op eerbiediging van het persoonlijk leven, de onaantastbaarheid van het lichaam en het recht op vrijheid, maakt het des te noodzakelijker dat de overheid als wetgever eventueel te zetten stappen zeer goed fundeert en beargumenteert. Nog veel onduidelijkheid bestaat over de invulling van de opgesomde verruimingen: welke criteria zijn van toepassing, wat is het effect, voor welke groepen en welke problemen moeten ze oplossen? Op deze vragen gaat hoofdstuk 4 van dit advies nader in.

De voorzieningen voor verslaafden

Drang(zorg) voor verslaafden

Voor verslaafden bestaan diverse drangprojecten (Bauduin, 1997). Dat komt door drie factoren. In de eerste plaats door de brede overeenstemming die er in de verslaafdenzorg bestaat over de

slechte resultaten van 'gedwongen afkicken'. In de tweede plaats door het feit dat er in de verslaafdenzorg voor iemand die een delict heeft gepleegd onder bepaalde voorwaarden de keuze bestaat tot het aanvaarden van een behandeling in plaats van een detentie. In de derde plaats door de mogelijkheden tot het verkrijgen van subsidie voor dergelijke projecten. Deze drie factoren zorgen voor een ontwikkeling op drang-zorg-gebied.

3.3 Constateringen per groep

Zorgwekkende zorgmijders

In dit advies richten we ons op de groep mensen waarbij problemen kunnen spelen door gebrek aan de juiste maat van dwang in de hulpverlening. Het gaat dan vooral om 'zorgwekkende zorgmijders'.

Dak- en thuislozen

Een groot deel van de dak- en thuislozen heeft een psychiatrische stoornis. Het gaat hier volgens de meest 'optimistische' en breed geaccepteerde cijfers om tussen de 3000 en 6000 mensen (15% à 30% van 20.000 dak- en thuislozen) (Schene et al, 1993; Gezondheidsraad, 1995). Andere cijfers, die minder optimistisch zijn, spreken van een forse groei in de komende jaren van de dak- en thuislozen en van het aantal psychiatrisch gestoorden onder hen (NRV, 1993b). Onder deze laatste groep bevinden zich 'zorgwekkende zorgmijders'. Dit rechtvaardigt volgens de Raad een aanpassing in het beleid: als de overheid niets onderneemt, is de kans groot dat de problematiek van deze groep verergert.

Overlast veroorzakers

Tevens behoren de mensen die (extreme) overlast veroorzaken tot de groep 'zorgwekkende zorgmijders'. Om hoeveel mensen het dan gaat, is onbekend. De weinige gegevens die er zijn, wijzen ook hier op een toename van de problematiek. Zo groeit de omvang van de cliëntengroep van het 'Vangnet & Advies' project van de GG en GD in Amsterdam (Bauduin, 1997). Ook voor deze groep acht de RVZ een aanscherping van het overheidsbeleid gewenst.

Meer dwang is geen oplossing

De RVZ wil dus meer aandacht voor 'zorgwekkende zorgmijders' met een psychiatrische stoornis die dak- en thuisloos zijn en die ernstige overlast veroorzaken. De Raad vindt dat de overheid een nadrukkelijker beleid moet voeren om hulpverleners ertoe aan te zetten deze groepen te bereiken. Hoe? Het is niet realistisch te veronderstellen dat deze zorgwekkende zorgmijders die doorgaans de zorgvoorzieningen vaak heel bewust mijden, geholpen zijn met meer dwang, uitgeoefend door die zorginstellingen. Ook ambu-

lante dwangbehandeling in de vormen die in hoofdstuk 4 aan de orde komen, biedt naar verwachting voor de dak- en thuisloze en de overlast veroorzakende 'zorgwekkende zorgmijders' geen betere zorg.

Bemoeizorg wel

Het is verstandiger hier ruimte te maken voor drang als minder ingrijpend middel om in de eerste plaats de doelgroep te bereiken en in de tweede plaats te zorgen dat deze groep niet verder marginaliseert. 'Bemoeizorg' verdient aanbeveling, evenals samenwerking tussen de instellingen die te maken hebben met 'zorgwekkende zorgmijders' op gemeentelijk niveau zoals de geestelijke gezondheidszorg, de openbare geestelijke gezondheidszorg, de gemeente, justitie, uitkeringsinstanties, woningbouwverenigingen en welzijnsorganisaties. Projecten die experimenteren met methodieken om de bovengenoemde groepen te bereiken en een passend zorgaanbod te bieden, verdienen een sterke stimulans. De ggz moet prioriteit geven aan het bieden van consultatie aan dergelijke projecten.

Chronische psychiatrische patinten die zorg mijden

Vervolgens zijn problemen geconstateerd bij de groep mensen met een psychiatrische stoornis die weliswaar min of meer regelmatig zorg ontvangt onder het BOPZ-regime, maar die ondanks de mogelijkheden die nu bestaan, toch geen goed zorgaanbod krijgt. Deze groep bestaat uit mensen die chronisch lijden aan psychosen en die behandeling weigeren, terwijl dat ze wel goed zou doen. Een schatting leert dat er momenteel zo'n 5000 chronisch psychiatrische patiënten in Nederland zijn zonder een stabiele zorgrelatie met de ggz (Van Panhuis, 1997). De hulpverlening, zoals die nu is georganiseerd, sluit onvoldoende aan op de zorgbehoeften van deze groep. Mede daardoor leeft deze groep vaak onder kommervolle omstandigheden. In de literatuur wordt ervoor gepleit voor deze groep de mogelijkheden tot dwangbehandeling met medicijnen te verruimen naar de ambulante sfeer (Berghmans, 1992, 1997; De Turck en Van den Berg, 1994; Kortmann, 1995a; Henselmans, 1997; Hassing, 1997; Van Panhuis, 1997). De Raad vindt een dergelijke aanpassing het overwegen waard en werkt de wijze waarop dat kan gebeuren uit in het volgende hoofdstuk.

Meer zorg-aan-huis en dwang-op-maat voor chronische patiënten

Discussie laait op over de vraag hoe het vooral komt dat deze groep zorg mijdt: zijn het de juridische regels of komt het door de wijze waarop de zorg is georganiseerd? Het antwoord op deze vraag is niet gemakkelijk. Er zijn aanwijzingen dat casemanagement, zorgcordinatie en rehabilitatieprogramma's voor chronische

psychiatrische patinten redelijk effectief zijn: zij bevorderen de kwaliteit van leven (Henselmans, 1993; Wolf, 1995; Kroon, 1996). De introductie van voldoende zorg-aan-huis voor chronische patinten die buiten de klinieken verblijven, is dan ook noodzakelijk en kan terugval en dus dwang voorkomen (Janssen et al, 1995; Petry et al, 1997).

Luister beter naar patiënten

Een ander probleem is dat de vraag waarom patinten behandeling weigeren tot op heden nog onvoldoende is beantwoord door de patiënten zelf. Dat kan komen door een gebrekkig inzicht in hun eigen situatie, maar het kan ook gaan om een bewuste weigering uit angst voor de bijwerkingen van de medicijnen. Het is noodzakelijk goed te luisteren naar de argumenten van patinten die behandeling weigeren. Onderzoek hiernaar is nodig om een beter zicht te verkrijgen op gewenste en doeltreffende aanpassingen in de zorg voor diverse groepen patinten.

3.4 Enkele eerste bouwstenen

Aanpassing van beleid gewenst

We hebben in Nederland een uitgebreid stelsel van wetten die over dwang gaan. Toch gebeuren er dingen die niet mogen: verschillende zorgsectoren passen dwang toe zonder dat dit wettelijk is toegestaan. Door de bank genomen liggen daar twee groepen van argumenten aan ten grondslag: het gebeurt in het belang van de patiënt, ter bescherming, uit goed hulpverlenerschap of het gebeurt vanwege personeelsgebrek, een slechte organisatie, te weinig middelen of omdat het altijd al zo ging. Ook komt het voor dat hulpverleners dwang ten onrechte niet toepassen. In situaties waar dat wettelijk mag of moet, doen zij het niet. Als argumenten daarvoor gelden meestal bescherming van anderen dan de betreffende patiënt (mede-patinten), te weinig behandelperspectief en soms ook te weinig middelen. De problemen die hierdoor bestaan, vereisen aanpassingen in het beleid van de overheid. Aan welke aanpassingen de Raad denkt, staat in de aanbevelingen (hoofdstuk 5). Hieronder schetst de Raad, op basis van de tot nu beschikbare summiere informatie over de problemen in de praktijk, enkele eerste bouwstenen voor een integrale beleidsvisie van de overheid.

Zo min mogelijk dwang

Dwang in de gezondheidszorg is in principe vermijdbaar, ook in de zorg voor mensen met psychische problematiek. Er zijn situaties bekend in andere landen (in Australië en in Triëst in Noord-Italië) waar men erin slaagt met veel minder dwang goede resultaten te boeken in de zorg voor psychiatrische patiënten (Van Veld-

huizen, 1994; Janssen et al, 1995). Binnen onze huidige wettelijke systemen en zorgsystemen is dwang echter een gegeven. Uitgaande van dit gegeven moet dwang in de hulpverlening zo terughoudend mogelijk worden toegepast: elke inbreuk op iemands autonomie dient in verhouding tot het te bereiken doel te staan en het minst ingrijpende middel verdient altijd de voorkeur. Dat geldt op alle zorgterreinen en voor alle patintengroepen. De Raad wil daarbij het volgende onderscheid aanbrengen.

Dwang als beveiliging

Dwang in de zin van *beveiliging* door vrijheidsbeneming en -beperking dient in de hulpverlening vooral om onhoudbare situaties te couperen. Van belang is die situaties van onhoudbaarheid zoveel mogelijk te voorkomen door eerder, op een minder ingrijpende wijze, zorg te bieden aan mensen die het risico lopen terecht te komen in dergelijke situaties. Mensen die daarop een verhoogde kans lopen zijn psychiatrische patinten, dak- en thuislozen, overlastveroorzakers, verstandelijk gehandicapten en psycho-geriatrische patinten. Als er zich dan toch onhoudbare situaties voordoen, dan biedt het 'gevaarscriterium' zoals dat momenteel in de praktijk wordt toegepast volgens de RVZ (Evaluatiecommissie Wet bopz, 1996, rapport 2) voldoende mogelijkheden om enerzijds dwangopname te legitimeren en anderzijds de patiëntenrechten te waarborgen. Dit geldt zowel voor de opnamen onder dwang als voor de vrijheidsbenemende en -beperkende middelen en maatregelen die binnen de BOPZ-instellingen kunnen worden toegepast.

Farmacotherapeutische dwangbehandeling

Dwang in de zin van *behandeling tegen de wil van de patiënt* mag op dit moment volgens de Wet bopz ook alleen in een intramurale setting plaatsvinden. De Wet bopz maakt geen onderscheid tussen dwang gericht op beveiligen (fixeren, afzonderen, separeren) en dwang gericht op 'therapeutische' behandeling: dat wil zeggen die interventies die direct ingrijpen op de psyche via het lichamelijk substraat (medicatie, ECT, chirurgie) (Widdershoven, 1997). De therapeutische dwangbehandeling is in de Wet bopz onder eenzelfde rechtvaardigingssystematiek gebracht als de dwang die noodzakelijk is vanwege beveiliging. Ook therapeutische dwang mag dus in de Wet bopz alleen als er sprake is van volstrekte noodzaak om ernstig gevaar af te wenden. De vraag die beantwoord moet worden is in hoeverre verandering van de mogelijkheden tot farmacotherapeutische dwangbehandeling voor zorgwekkende zorgmijders met chronische psychosen een verbetering van hun situatie oplevert en in hoeverre dit ethisch en juridisch te verantwoorden is. In hoofdstuk 4 maakt de Raad een begin met het

beantwoorden van deze vraag.

Nog geen wet over drang nodig

Bij drang gaat het, in tegenstelling tot dwang, niet om inbreuken op de grondrechten. Dit maakt voor de juridische rechtvaardiging dus een belangrijk verschil. Drang behoeft wel een ethische rechtvaardiging. De context waarin de drang plaatsvindt en de subjectieve beleving van degene die het betreft, zijn hierbij van belang. Dit betekent dat er vanuit ethisch gezichtspunt ook met het toepassen van allerlei vormen van drang in principe zo terughoudend mogelijk moet worden omgegaan in de hulpverlening. De Raad is vooralsnog geen voorstander van een nadere juridisering van drang. Net als de NRV dat in 1992 was, is ook de RVZ nu van mening dat een nadere juridisering van drang in de hulpverlening op dit moment niet wenselijk is (NRV, 1992).

Wel meer aandacht vanuit beleid

Wel pleit de Raad, zoals eerder gezegd, voor meer aandacht voor drang in de hulpverlening. Daarvoor zijn drie redenen. In de eerste plaats om in de toekomst beter te kunnen waarborgen dat terughoudendheid betracht wordt bij het uitoefenen van drang in de hulpverlening. In de tweede plaats omdat het vanwege het subsidiariteitsbeginsel (als het minder ingrijpende middel werkt, mag het meer ingrijpende middel niet worden aangewend) verstandig is ruimte te maken voor drang als dit dwang kan vervangen. In de derde plaats omdat door het gebruik van sommige vormen van drang het hulpaanbod aan bepaalde groepen patinten of cliënten kan verbeteren.

4 Dwang in de geestelijke gezondheidszorg

4.1 Achtergronden

De toegenomen belangstelling voor een andere kijk op dwang in de geestelijke gezondheidszorg heeft de volgende achtergronden. Sommige van deze achtergronden zijn ook genoemd in de algemene inleiding. Hier zijn ze specifiek betrokken op de geestelijke gezondheidszorg.

Extramuralisering van de ggz

Dwang buiten de muren

De extramuralisering van de gezondheidszorg leidt ertoe dat steeds meer mensen met chronische aandoeningen buiten de intramurale gezondheidszorg verblijven. Wat betreft de extramuralisering in de geestelijke gezondheidszorg is er sprake van een relatieve achterstand in vergelijking met het buitenland. Dit blijkt uit het aantal bedden in de APZ-en en uit de hoeveelheid alternatieve zorgmogelijkheden voor chronische psychiatrische patiënten (RVZ, 1996). Het feit dat in Nederland nog geen mogelijkheden tot ambulante dwangbehandeling zijn, zien sommigen als een uiting van deze achterstand. De Wet bopz is alleen van toepassing op intramurale instellingen en dus niet 'meegegroeid' met de extramuralisering van de ggz. Volgens de Inspectie voor de Gezondheidszorg moet deze lacune dan ook nodig worden opgevuld (IGZ, 1995a).

Meer aandacht voor de chronische psychiatrische patiënt

Zoeken naar de juiste maat

Chronische patiënten in de psychiatrie hebben door hun stoornis langdurige en ernstige problemen in het persoonlijke en sociale functioneren. Zij hebben een in zijn geheel 'beperkt' leven, met weinig vrijheid in gedrag en weinig autonomie in het handelen (Schnabel, 1995). De problematiek van deze patinten doet zich veelal voor op diverse levensgebieden tegelijk, zoals wonen, werk, dagbesteding, sociale contacten en gezondheid. De toegenomen aandacht voor de chronische patint heeft in de afgelopen periode geleid tot verschillende verbeteringen in de zorg. Naast psychofarmaca zijn (woon)begeleiding, praktische ondersteuning en training de belangrijkste ingrediënten in deze zorg. Hierbij blijft het evenwel zoeken naar de juiste maat en continuïteit (Schnabel, 1995).

Ambulante steunsystemen moeten chronische psychiatrische patinten in staat stellen zo goed mogelijk te leven met hun beperkingen. Een opname in een psychiatrisch ziekenhuis is een tijdelijke

onderbreking van de ambulante situatie als het even niet anders meer kan. Ambulante dwang kan - evenals bemoeizorg - een uitbreiding zijn van het benodigde arsenaal van de hulpverlening. Toch zal voor een bepaald aantal chronische psychiatrische patinten een meer permanente opvangvoorziening nodig zijn: de zogenaamde asielfunctie van het APZ kan dan ook niet verdwijnen. Sommigen pleiten zelfs voor een op- en herwaardering van de asielfunctie (Schoemaker, 1997; Van Panhuis, 1997).

Meer aandacht voor rationalisering van hulpverlening in de ggz

Pillen en psychosen

De in de tijd van de 'antipsychiatrie' (1970-1985) geldende opvatting dat psychiatrische ziekten niet bestaan, is inmiddels achterhaald. Er is weer veel aandacht voor psychiatrische stoornissen als ziekten die behandelbaar zijn. De afgelopen periode is veel onderzoek gedaan naar de werkzaamheid van medicijnen. De effectiviteit van antipsychoticagebruik bij psychotische stoornissen mag worden aangenomen. Psychoses komen zowel voor bij schizofrenie, de manisch-depressieve stoornis als de schizoaffectieve stoornis.

Schizofrenie

Bij patiënten met schizofrenie verminderen antipsychotica in 70% van de gevallen psychotische symptomen (Henselmans, 1997; Kahn, 1997). Antipsychotica kunnen tevens een recidief van de psychose uitstellen of voorkomen, alhoewel deskundigen van mening verschillen over de mate waarin dat mogelijk is (Leufkens et al, s.a.; Kahn, 1997). Twee factoren beperken de effectiviteit: gebrek aan therapietrouw en gebrek aan resultaat van de medicatie, terwijl therapietrouw verzekerd is (Henselmans, 1993). De therapietrouw bij mensen met schizofrenie is niet groot door de bijwerkingen van de medicijnen en door een gebrekkig ziekteinzicht. Er is inmiddels een nieuwe generatie anti-psychotica op de markt. Deze middelen kunnen helpen bij patinten die niet of onvoldoende reageren op de klassieke anti-psychotica én ze veroorzaken minder bijwerkingen; het is alleen nog niet mogelijk ze in depot toe te dienen (dat wil zeggen per injectie waardoor ze 2 tot 4 weken werkzaam zijn) (Kahn, 1997).

Manisch-depressieve stoornis

Bij manisch-depressieve patiënten is de effectiviteit van het gebruik van stemmingsstabilisatoren bij de behandeling van hun stoornis eveneens aangetoond. Medicijnen voorkomen bij 65% van de patiënten het optreden van nieuwe manische en depressieve episoden. Er zijn echter verschillende redenen waarom patiënten met deze aandoening niet graag zulke medicijnen gebruiken. Zij kunnen last hebben van de bijwerkingen en zich zo gezond voelen

dat ze geen reden meer zien om de medicijnen te blijven slikken (Kahn, 1997).

Naar een nieuw evenwicht tussen weldoen en autonomie?

Discussie van alle tijden

De discussie over een evenwichtige relatie tussen weldoen en autonomie is van alle tijden. In het Nederlandse debat houden zowel gezondheidsjuristen als ethici zich hiermee bezig (Leenen, Roscam Abbing, Legemaate, van de Klippe, Berghmans). Opvallend is dat de psychiatrische beroepsgroep wat dit betreft het minst van zich doet spreken. Zij heeft nauwelijks van zich laten horen toen de Hoge Raad in 1982 bepaalde dat het gevaars-criterium doorslaggevend werd en ook bij de inwerkingtreding van de Wet bopz bleef het stil. "Het is opmerkelijk dat van de zijde van de psychiaters zo weinig is ondernomen om erop te wijzen dat naast het belang van rechtsbescherming ook een adequate behandeling een belang kan zijn voor geesteszieken." (Van Panhuis, 1997). Daarin komt overigens de laatste tijd wel verandering.

Gemankeerde autonomie vereist meer 'weldoen'

Het evenwicht tussen weldoen en autonomie is heel ingewikkeld, zeker als er sprake is van een gebrekkige autonomie bij mensen die hulp vragen of nodig hebben. Een van de terreinen waarop deze discussie zich manifesteert, is in het debat tussen gevaar en bestwil. In dit debat staat de vraag centraal of het gevaarscriterium wel voldoende bescherming biedt. Zo zegt bijvoorbeeld de psychiater Van Panhuis dat de meeste psychiaters gevaar en best-wil als twee onlosmakelijke aspecten van hun klinische werkelijk-heid zien (Van Panhuis, 1997). Juristen aan de andere kant maken zich er zorgen over dat het gevaars-criterium in de praktijk teveel wordt opgerekt waardoor de rechtspositie van de patiënt onvoldoende gewaarborgd is (Van Ginneken, 1993). Ethici bena-drukken het belang van een goede balans tussen weldoen en autonomie. Zo legt Berghmans de nadruk op de wils(on)be-kwaamheid die als het ware een scharnierfunctie moet vervullen in het spanningsveld tussen respect voor autonomie en weldoen. Hoe minder wilsbekwaam iemand is, hoe meer het mogelijk zou moeten zijn vanwege zijn bestwil onder dwang in te grijpen (Berghmans, 1992, 1997).

4.2 Ambulante dwang

Ambulant

Het begrip 'ambulant' slaat op alle situaties waarbij geen sprake is

van opname in een intramurale instelling. Behandeling in de ggz betekent het volgende: een handeling/activiteit gericht op veranderingen/herstel of op handhaving (incl. vertraging van de achteruitgang); dit laatste voor zover zonder handelen verslechtering optreedt (ZFR, 1990).

Kan het ambulant?

Dwangbehandeling in de Wet bopz mag alleen binnen instellingen als is voldaan aan strikte voorwaarden. Is dwangbehandeling over te plaatsen naar een ambulante setting? Vooraf zal duidelijk moeten zijn of ambulante dwangbehandeling mogelijk is binnen de internationaal geldende rechtsnormen. Voorlopig lijkt de nieuwe Europese kaderconventie (vormen van) ambulante dwangbehandeling niet in de weg te staan (Hendriks, 1997).

Zes kwesties

In Nederland zijn de meningen over ambulante dwangbehandeling verdeeld. Er bestaat niet zoiets als 'de mening van de cliënten' en 'de mening van de hulpverleners'; zie de achtergrondnota bij het advies (Berghmans, 1997). Om helderheid te scheppen - niet iedereen verstaat hetzelfde onder ambulante dwangbehandeling, waardoor ook het oordeel wordt beïnvloed over of het wel of niet mag - gaan we op zes kwesties in.

1 Ambulante dwang of ambulante drang?

De begrippen: dwang of drang?

Wanneer is er sprake van ambulante dwang en wanneer van ambulante drang? Om dit te verduidelijken, onderscheiden we de volgende situaties.

- Ten eerste situaties waarin onder fysieke dwang farmacotherapeutische dwangbehandeling plaatsvindt in een ambulante setting (thuis, in een pension, een RIAGG-kantoor).
- Ten tweede situaties waarin iemand wordt ontslagen uit een psychiatrisch ziekenhuis onder de voorwaarde dat hij ambulante behandeling accepteert. Als iemand zich dan niet aan deze voorwaarde houdt, kan het ontslag worden ingetrokken. Deze situatie is al mogelijk in de praktijk.
- In de derde plaats denken we aan situaties waarin iemand die voldoet aan de criteria voor dwangopneming, de keuze krijgt voorgelegd tussen dwangopneming in de kliniek of medicijnen innemen in een ambulante setting. Deze situatie is nog niet mogelijk in de praktijk.
- In de vierde plaats zijn situaties denkbaar waarin hulpverleners dreigen met dwangopneming teneinde iemand te bewegen zijn medicijnen in te nemen. In zulke situaties voldoet iemand nog niet aan de criteria voor dwangopneming, maar gaat het er juist om te voorkomen dat het zover komt.

De Raad wil alleen in de vierde situatie spreken van drang, immers de betrokkene kan zich onttrekken aan het innemen van medicijnen, zonder dat daarop automatisch dwangopneming volgt. Deze drang is een vorm van 'bemoeizorg' die nog geen dwang is. Als de dreiging met dwangopneming, die de derde en de vierde situatie kenmerkt, in de derde situatie ook daadwerkelijk kan worden uitgevoerd door een voorwaardelijke rechtelijke machtiging, dan wil de Raad spreken van ambulante dwang. Ook in de eerste twee situaties spreekt de Raad van ambulante dwang. De Raad is zich ervan bewust dat er vooral in de tweede en derde situatie sprake is van een overgangsgebied op het drang/dwang-continuüm. Dit zou reden kunnen zijn in die situaties dan 'maar' van drang te spreken omdat dat 'makkelijker' is, vanwege het bijbehorende minder zware rechtsregime. De Raad vindt het echter onbevredigend om situatie twee en drie 'drang' te noemen, omdat er sprake is van een dusdanig ingrijpen in iemands leven, dat daarvoor bepaalde waarborgen noodzakelijk zijn.

Drang op overgangsgebied is dwang

2 Welke ambulante dwang mag?

Bij ambulante dwang in de vorm van 'farmacotherapeutische ambulante dwangbehandeling' worden - zo nodig - onder fysieke dwang medicijnen toegediend. Dat kan thuis of op het Riagg-kantoor gebeuren met het doel de situatie van een ambulant verblijvende patint langdurig te verbeteren en hem te behoeden voor een klinische dwang(her)opname. Ambulante dwangbehandeling in deze vorm is in de huidige wetgeving niet mogelijk. Deze vorm onderscheidt zich door zijn 'langdurigheid' van de eenmalige en kortdurende interventies die tegen de wil van de wilsonbekwame patint in noodsituaties onder de WGBO mogelijk zijn (artikel 7:466 lid 6 BW). Het doel van een dergelijk interventie is bijvoorbeeld de patint te kalmeren voor vervoer.

Farmacotherapeutische ambulante dwangbehandeling

Voor de introductie van deze 'langdurige' farmacotherapeutische ambulante dwangbehandeling ziet de Raad op dit moment geen argumenten. In de eerste plaats past deze vorm niet binnen het bestaande juridische kader voor dwang. In de tweede plaats is er momenteel onvoldoende bekend over de voorwaarden waaronder een dergelijke uitbreiding van dwang zorginhoudelijk, ethisch en juridisch te rechtvaardigen zou zijn.

Farmacotherapeutische ambulante dwangbehandeling wijst de Raad af

'Ambulante dwang als nazorg', als vervolg op een klinische dwangopname, behoort al tot de mogelijkheden in de Wet bopz; de artikelen 45 t/m 47 bevatten regels voor (proef)verlof,

Ambulante dwang als nazorg

voorwaardelijk ontslag en intrekking daarvan. Verlof en ontslag kunnen onder voorwaarden worden verleend. Tot deze voorwaarden kan behoren dat iemand zich onder toezicht stelt van een instelling of een persoon die hem ondersteunt bij het nakomen van andere voorwaarden, zoals het innemen van medicijnen. Als de patiënt de voorwaarden niet nakomt, kan de geneesheer-directeur het verlof of het voorwaardelijk ontslag intrekken (artikel 46). Dit artikel schept de mogelijkheid om dat te doen zonder dat er sprake hoeft te zijn van gevaar.

Ambulante dwang als nazorg wil de Raad stimuleren

De bestaande mogelijkheden tot proefverlof en tot voorwaardelijk ontslag maken ambulante dwangbehandeling in feite dus reeds mogelijk, maar dit geldt alleen voor patiënten die onder dwang zijn opgenomen en in aanmerking komen voor een proefverlof of een voorwaardelijk ontslag (Evaluatiecommissie Wet bopz, 1996, rapporten 3 en 6). Helaas zijn er geen bruikbare gegevens over de mate waarin deze ambulante dwang als nazorg in de praktijk al wordt toegepast. De Raad vindt dat deze gegevens in de komende tijd boven tafel moeten komen en dat deze variant het verdient beter onder de aandacht van de hulpverleners en de patinten gebracht te worden.

Ambulante dwang als alternatief

'Ambulante dwang als alternatief' voor een klinische dwangopname betekent een uitbreiding van het hulpverleningsaanbod. Ambulante dwang kan een alternatief bieden voor gedwongen opname van mensen met een gebrekkig inzicht in hun situatie bij wie psychofarmaca effectief gebleken zijn ter voorkoming van decompensatie of desintegratie. Ambulante dwang moet altijd vergezeld gaan van 'een ambulante steunstructuur': een casemanager of zorgcoördinator die de patiënt begeleidt en erop toeziet dat de afspraken worden nagekomen. De toepassing van ambulante dwang als alternatief veronderstelt dat is voldaan aan de wettelijke criteria die gelden voor een dwangopname, dus als zodanig is er geen sprake van een uitbreiding van dwangtoepassing. Door Van Borssum Waalkes is deze variant voorgesteld in de vorm van een 'voorwaardelijke' rechterlijke machtiging (in: Berghmans, 1997). Met deze variant is al veel ervaring opgedaan in het buitenland, met name in de Verenigde Staten. De Wilde en Bijl hebben deze variant geplaatst in het kader van het ultimum remedium criterium uit de Wet bopz (1993).

Ambulante dwang als alternatief wil de Raad mogelijk maken

Het is aan de patiënt om te kiezen voor ambulante dwang of dwangopneming. In de praktijk zal het dan vooral gaan om

patiënten die opgenomen worden met een rechtelijke machtiging (RM) (in 1994 waren dat er 1063). Als er sprake is van een in bewaring stelling (IBS), is het niet waarschijnlijk dat de patiënt tot een dergelijke keuze in staat is (De Turck en Van den Berg, 1994). De rechter moet volgens de Raad de mogelijkheid krijgen, als de patiënt daarvoor kiest, een 'rechterlijke machtiging onder voorwaarden' op te leggen. Als iemand dan zijn medicijnen niet blijft innemen, dan kan alsnog dwangopneming in de kliniek volgen door de voorwaardelijke rechtelijke machtiging om te zetten in een onvoorwaardelijke machtiging, net zoals in de 'nazorgvariant'. De Raad ziet op dit moment nog geen argumenten om de beslissing voor of tegen ambulante dwangbehandeling -tegen de wil van de patiënt- uitsluitend op voordracht van de behandelaar te laten plaatsvinden; daarvoor zijn onvoldoende gegevens beschikbaar over de voorwaarden waaronder dit te rechtvaardigen is (zie de volgende paragraaf).

Ambulante dwang als preventie

Ambulante dwangbehandeling in de vorm van tijdige toediening van medicatie onder dwang kan (dwang)opnamen in de (nabije) toekomst voorkomen. Dit wordt wel de 'preventieve variant' genoemd. Er is dan sprake van een verruiming van de criteria voor de toepassing van dwang: het gaat immers om dwangingrijpen in een situatie waarin nog niet is voldaan aan de criteria voor een klinische dwangopneming (Berghmans, 1997). Deze variant is vermoedelijk alleen denkbaar als er ook gekozen wordt voor het mogelijk maken van het - zo nodig- onder fysieke dwang toepassen van farmacotherapeutische dwangbehandeling thuis, zoals de Raad hierboven heeft afgewezen.

Ambulante dwang als preventie vindt de Raad een stap té ver

Alhoewel het doel van deze variant aanspreekt, is niet voor te stellen hoe de uitvoering ervan op korte termijn plaats kan hebben zonder dat sprake is van een verslechtering van de rechtspositie van de patiënt. Het mogelijk maken van ambulante dwang ter preventie van een klinische dwangopneming vindt de Raad dan ook op dit moment niet haalbaar. Eerst zal een discussie gevoerd moeten worden over de voorwaarden waaronder tot farmacotherapeutische dwangbehandeling mag worden overgegaan (zie volgende paragraaf).

3 Voor welke doelgroep ?

Psychotici die de zorgboot missen

In Nederland zijn, zoals gezegd, zo'n 5000 chronisch psychiatrische patinten die momenteel geen adequaat zorgaanbod ontvangen (Van Panhuis, 1997). Van Panhuis noemt dit het 'nieuw chronisch bestand', mensen die door de deïnstitutionalisering nooit ge-

hospitaliseerd zijn en die buiten de zorgboot vallen. Deze groep heeft een sterke neiging tot het gebruik van allerlei middelen (drugs en alcohol), waardoor hun situatie verslechtert. De groep leidt aan chronische psychosen.

Alleen de psychose is behandelbaar

Henselmans wijst als mogelijke doelgroep voor ambulante dwang op de groep mensen die zowel last heeft van psychiatrische problemen in engere zin als van problemen in het sociale functioneren die leiden tot maatschappelijke verloedering. Beide groepen van problemen komen vooral voor bij mannelijke schizofreniepatiënten tussen 20 en 45 jaar. Gebrekkig ziektebesef en alcohol- of drugsgebruik compliceren de moeilijkheden van de psychose (Henselmans, 1997). Henselmans waarschuwt voor teveel 'behandeloptimisme' bij ambulante dwangbehandeling: het is immers alleen mogelijk verbeteringen op het gebied van de psychotische stoornis te bereiken, het sociaal functioneren zal slechts marginaal worden beïnvloed (Henselmans, 1997; zie ook Kahn, 1997).

Bed, bad, brood en vangnet

Zoals ook in het vorige hoofdstuk aan de orde kwam, is niet aannemelijk te maken dat alle zorgwekkende zorgmijders die dak- en thuisloos zijn of die (ernstige) overlast veroorzaken, gebaat zijn bij ambulante dwang(behandeling). Voor hen is een laagdrempelig zorgaanbod nodig (bed, bad en brood / vangnet) met zo min mogelijk dwang.

Ambulante dwang kan helpen

De potentiële doelgroep voor ambulante dwangbehandeling bestaat uit die groep chronische psychiatrische patiënten waarvan bekend is dat medicijnen in hun geval werkzaam zijn en dat hun situatie ernstig verslechtert als ze deze niet (blijven) innemen. Als ze dan ook nog een gemankeerde relatie met de ggz-hulpverlening hebben, dan kan ambulante dwang een oplossing zijn, waarbij het altijd gaat om een combinatie van medicijnen met een ambulant steunsysteem. De Raad erkent dat de kwetsbaarheid van deze patiënten een levenslange aangelegenheid is die voortdurende interventies vereist en dat de zorg voor deze groep chronische patiënten moeilijk is. Het is zwaar en vaak ondankbaar werk, maar het gaat hier bij uitstek om noodzakelijke zorg die niet mag ontbreken. Daarover is, getuige onder andere het citaat in de inleiding, de consensus groot.

4 Wat betekent ambulante dwang voor de inhoud van de zorg?

Hulpverleners moeten méér doen

Ambulante dwang bij de bovenstaande doelgroep betekent een taakverzwaring voor de ggz-hulpverleners. Het betekent dat zij

ervoor moeten zorgen dat er goede ambulante steunstructuren zijn voor patiënten die onder ambulante dwang zijn geplaatst. Hulpverleners moeten nagaan of deze patiënten hun medicijnen blijven innemen en ze moeten ingrijpen als dat niet het geval is. In de praktijk kan dat veel regelwerk en overleg vragen. De extramurale ggz zal nauw samen moeten werken met de intramurale ggz en er zullen meer dan in het verleden 'nazorg-garanties' moeten komen. De organisatie van de ggz in zorgcircuits waarbinnen relatief veel aandacht is voor de chronisch psychiatrische patint betekent een verbetering van de zorg voor deze groep.

Ggz kan het niet alleen

De organisatievormen in de ggz zijn sterk in verandering. Er is sprake van steeds meer fusies tussen APZ'en, RIAGG's en RIBW's, van een toenemende regionalisatie en van meer intersectorale afstemming met onder meer de verslaafdenzorg en de ouderenzorg. Een betere afstemming tussen intra- en extramurale ggz staat hiermee op de agenda's van veel regio's; voor de zorg betekent dit meer kansen op een integrale benadering en op continuïteit. Wat helaas vaak nog ontbreekt is samenwerking met de oggz en de maatschappelijke opvang. Dat verdient in de toekomst uitbreiding, zeker als het gaat om een verbetering van de zorg voor de chronische psychiatrische patiënten.

Dwangpreventie niet vergeten

Het is bekend dat de wijze waarop de zorg is georganiseerd dwang kan voorkomen (Janssen et al, 1995). Zo zijn er in de diverse regio's opvallende verschillen in aantallen gedwongen opnemingen en aantallen dwangbehandelingen (Evaluatiecommissie Wet bopz, 1996, rapport 10). Dit is een nog praktisch braakliggend terrein: we weten nog weinig van organisatiemodellen en bejegeningsaspecten in relatie tot dwang. Het mag niet zo zijn dat de introductie van ambulante dwangbehandeling de aandacht in de verkeerde richting leidt: namelijk dat hulpverleners zich gesteund voelen in het toepassen van dwang en dat zij zich minder gaan afvragen welke factoren juist tot vermindering ervan kunnen leiden.

5 Wat betekent ambulante dwang voor de rechtspositie van de patiënt?

Alleen bij ernstig gevaar

Tijdens de Krankzinnigenwet (KW) werd de verbinding tussen dwangopname en dwangbehandeling vanzelfsprekend geacht: de rechterlijke machtiging legitimeerde tot gedwongen behandeling. Met de totstandkoming van het grondrecht op onaantastbaarheid van het menselijk lichaam (artikel 11 in de Grondwet) werd deze verbinding problematisch. Het was toen -vanaf 1988- de vraag of

de KW voldoende basis bood voor een uitzondering op dit artikel. Door dit artikel kan de patiënt behandeling weigeren, tenzij een wettelijke regeling de toestemming terzijde stelt. In de jurisprudentie van die jaren werden de grenzen afgebakend waarbinnen gedwongen behandeling bij gedwongen opgenomen patinten rechtvaardig werd geacht: er moet sprake zijn van uit de stoornis voortvloeiend ernstig gevaar, voor de patiënt of anderen (Leenen, 1994).

Rechtspositie van de patiënt niet in het geding

Ambulante dwang in de nazorg variant en in de variant die een alternatief biedt voor een klinische dwangopname bedreigen de rechtspositie van de patiënt niet. Als de patiënt zich niet aan de voorwaarden houdt, kan hij tegen zijn wil opgenomen worden. Dan hoeft er feitelijk op dat moment geen sprake te zijn van 'gevaar', wel moet aannemelijk zijn dat sprake is van 'toekomstig' gevaar. Met de huidige interpretatie van het gevaarscriterium is dit al mogelijk (IGZ, 1995b). Als de patint dan gedwongen wordt opgenomen, moet voldaan zijn aan het criterium van volstrekte noodzaak ter afwending van ernstig gevaar om hem tegen zijn wil te mogen behandelen. Als niet aan dat criterium voldaan wordt, is in feite 'alles voor niets geweest' en is de patiënt weer terug bij 'af', want 'uitbehandeld'. Dat maakt dat psychiaters zich soms cipiers in plaats van behandelaren voelen. In de directe toekomst acht de Raad het wenselijk dat er zicht komt op de vraag hoe vaak dit soort situaties zich voordoen.

6 Is ambulante dwang uitvoerbaar?

Artikel aan Wet bopz toevoegen

De Raad stelt voor een artikel aan de Wet bopz toe te voegen waarin de rechter, als de patiënt daarvoor kiest, een voorwaardelijke machtiging af kan geven. Dat stelt in staat om ervaring met ambulante dwang op te doen. Tevens kan dan nagegaan worden hoeveel patiënten voor ambulante dwang kiezen en hoeveel van de onder ambulante dwang geplaatste patinten ook daadwerkelijk terugkomen in de kliniek, dan wel erbuiten kunnen blijven.

Conclusie: ambulante dwang is als nazorg en als alternatief voor klinische dwangopneming acceptabel

De Raad vindt dus ambulante dwang als nazorg en als alternatief voor klinische dwangopneming acceptabel, ook vanuit rechtsbeschermingsoogpunt en verwacht daarvan een verbetering van de zorg voor een deel van de chronische psychiatrische patiënten dat nu buiten de zorgboot valt. In de toekomst bepleit de Raad een discussie over een eventuele bijstelling van de voorwaarden waaronder 'farmacotherapeutische' dwangbehandeling mag plaatsvinden.

4.3 Klinische dwang en ambulante dwang

Geen band tussen wils(on)bekwaamheid en dwangbehandeling

De mogelijkheden om mensen die onvrijwillig zijn opgenomen tegen hun wil te behandelen, zijn geregeld in de artikelen 38 en 39 van de Wet bopz. Alleen als 'het volstrekt noodzakelijk' is om 'ernstig gevaar' af te wenden mag 'dwangbehandeling' plaatsvinden. Dat betekent dat alleen dan het behandelingsplan mag worden uitgevoerd tegen de wil van de patiënt. Dit geldt zowel voor wilsbekwame als voor wilsonbekwame patiënten. Dwangbehandeling moet gemeld worden aan de Inspectie. In 1995 zijn er 1100 dwangbehandelingen gemeld (IGZ, 1996a).

Onduidelijkheid over relatie dwangbehandeling en middelen en maatregelen

Als er nog geen behandelingsplan is en in een noodsituatie, mogen maximaal 7 dagen achtereen middelen en maatregelen worden toepast (afzondering, separatie, fixatie, medicatie en toedienen van vocht en voeding). Ook dit moet aan de Inspectie worden gemeld. In 1995 zijn 3500 meldingen binnengekomen (IGZ, 1996a). Het gemelde aantal dwangbehandelingen en toegepaste middelen en maatregelen is indicatief omdat de meldingen pas in de loop van 1995 op gang gekomen zijn (IGZ, 1996a). Uit de evaluatie van de Wet bopz blijkt dat geen goede registratie en melding van dwangtoepassing in de klinieken plaatsvindt. Volgens de onderzoekers is sprake van een onder-melding (Evaluatiecommissie Wet bopz, 1996, rapport 6). Dat komt onder andere omdat hulpverleners het onderscheid tussen dwangbehandeling en -middelen en -maatregelen niet duidelijk vinden (Roering en de Vries, 1997).

Het verblijf in een instelling betekent nog geen (dwang)behandeling

De mensen die vrijwillig zijn opgenomen, vallen niet onder de Wet bopz. Als zij door hun geestesstoornis een ernstig gevaar vormen dat alleen door toepassing van middelen en maatregelen kan worden voorkomen, moet voor deze patinten een IBS of een RM worden aangevraagd, aldus de Inspectie (IGZ, 1997). Dit laatste komt steeds vaker voor: er is sinds de invoering van de Wet bopz sprake van een opmerkelijke stijging van patinten die 'van titel veranderen' tijdens hun verblijf in de APZ-en (Poletiek, 1997). De Inspectie betoont zich in dit verband voorstander van een nadrukkelijker koppeling van verblijf in een instelling aan behandeling (IGZ, 1997). Ook van Ginneken constateert een vervaging van het onderscheid tussen onvrijwillig opnemen en het toepassen van dwangmiddelen (1997). Alhoewel er dus in juridische zin sprake is van een gescheiden beoordeling van onvrijwillige opneming en onvrijwillige behandeling, vindt in de praktijk een heroverweging plaats. Verblijf en behandeling

worden meer gekoppeld, zowel volgens de Inspectie die dit ook bepleit, als volgens Van Ginneken die het veroordeelt.

Heroverweging bepleit

De RVZ pleit voor een verdere scheiding tussen het wel of niet plaatsvinden van dwangbehandeling en het wel of niet opgenomen zijn in een psychiatrische instelling. De Raad plaatst vraagtekens bij (een deel van) de manier waarop de interne rechtspositie in de Wet bopz is geregeld. In de Wet bopz doet de mate van wils(on)bekwaamheid van degene die zich verzet tegen de dwang niet ter zake. Dat nu is een vreemde zaak waar het gaat om farmacotherapeutische behandeling tegen iemands wil. Dit kan er immers toe leiden dat aan de ene kant wilsonbekwamen onvoldoende 'bescherming' krijgen en aan de andere kant dat wilsbekwamen onvoldoende 'rechtsbescherming' hebben.

Relatie Europees recht

Daar waar met beveiligen kan worden volstaan, zou een wilsbekwaam verzet tegen behandeling gehonoreerd moeten worden. Daar waar behandeling effectief kan zijn, zou een wilsonbekwaam verzet genegeerd moeten worden. Tevens verdient de vraag opheldering of het niet meewegen van de mate van wilsbekwaamheid bij verzet tegen dwangbehandeling, wel strookt met het Europees recht (Biesaart, 1997; Widdershoven, 1997). De Raad pleit er dan ook sterk voor deze gedachtegang nader uit te werken en doet hieronder enkele tentatieve suggesties daartoe.

Over wils(on)bekwaamheid en dwangbehandeling

Meer 'bestwil' bij 'wilsonbekwamen' patiënten gewenst

Berghmans betoogt dat de beoordeling van wilsbekwaamheid ethisch gezien een scharnierfunctie zou moeten vervullen bij de rechtvaardiging van dwangtoepassing. Hij vindt het onhoudbaar dat dwangbehandeling ook bij een wilsonbekwame patint alleen is toegestaan als dit noodzakelijk is ter afwending van ernstig gevaar (Berghmans, 1997). Hij schetst tevens hoe wils(on)bekwaamheid te beoordelen zou zijn, namelijk door het hanteren van een 'variabele procesmaatstaf'. Hierdoor staan de gevolgen centraal die het respecteren van de keuze van de patint hebben voor zijn welzijn en gezondheid: hoe ernstiger die gevolgen, hoe hoger de eisen die aan iemands beslisvaardigheid zijn te stellen. Een dergelijke benadering heeft tot gevolg dat ook bij (dreiging van) minder ernstige schade voor de patiënt zelf dan ernstig gevaar, een interventie tegen zijn wil gerechtvaardigd kan zijn.

Zoek oplossingen op individueel niveau

De Raad vindt deze betooglijn belangwekkend en stelt een uitwerking daarvan voor. Over wils(on)bekwaamheid is veel gezegd en geschreven, maar tot op heden ontbreekt een duidelijke

operationalisering (Van de Klippe, 1990; Van Lomwel et al, 1995; Van Veen in Legemaate, 1995a; Berghmans, 1992, 1997; Janssen et al, 1995). Er is nog geen consensus over het begrip en over de manieren waarop is vast te stellen of een persoon wilsonbekwaam is. Een oplossing in de zin van algemene regels die voor alle patiënten gelden, lijkt niet mogelijk. De Raad pleit ervoor een oplossing te zoeken in de praktijk van de gezondheidszorg op het individuele niveau van de patiënt die het betreft. De problemen en gegroeide inzichten die op dat niveau spelen, moeten richting geven aan een mogelijke bijstelling van de relatie tussen dwangopname en dwangbehandeling voor bepaalde patinten. Of dwangbehandeling dan klinisch of ambulant plaatsvindt, zou op termijn geen rol meer hoeven te spelen. De rechtsbescherming van deze patiënten zou dan niet meer in materiële zin (op basis van het criterium van ernstig gevaar), maar in procedurele zin gestalte kunnen krijgen.

Tentatieve uitwerking

Bij de vraag of iemand aan een dwangbehandeling mag worden onderworpen, zou een weg gevolgd moeten worden die aan de ene kant de rechten van de patiënt waarborgt en aan de andere kant 'goed hulpverlenerschap' mogelijk maakt. Als een behandelaar van mening is dat 'de patiënt niet in staat is tot een redelijke waardering van zijn belangen terzake' (hij is 'wilsonbekwaam') en dat de behandeling 'kennelijk nodig is teneinde ernstig nadeel voor de patiënt te voorkomen', kan hij de patint aanmelden voor dwangbehandeling. Er moet dan een bepaalde procedure worden doorlopen waarin een aantal zaken wordt verhelderd, bijvoorbeeld als volgt.

Regionale commissie

De beoordeling of het 'rechtvaardig' is aan een bepaalde patint dwangbehandeling op te leggen, zou in handen kunnen worden gelegd van op te richten regionale commissies bestaande uit diverse deskundigen: een behandeldeskundige, een ervaringsdeskundige en een toezichthoudend deskundige. Zo'n commissie geeft als het ware een 'second opinion' vooraf. Deze commissie kan zich tevens buigen over de vraag waar de dwangbehandeling mag worden uitgevoerd. De dwangbehandeling zou aan een maximale tijdsduur moeten worden gebonden (bijvoorbeeld maximaal 2 jaar). De commissie zou eens per halfjaar geïnformeerd moeten worden over de voortgang door de behandelaar. Als de patiënt zich blijft verzetten, dan kan hij altijd naar de rechter, of als hij in de kliniek verblijft, een klacht indienen (artikel 41 Wet bopz).

Inhoudelijke criteria

De criteria die de commissie kan hanteren bij het toetsen van een aanvraag, kunnen bijvoorbeeld de volgende zijn:
- de patiënt is niet in staat tot een redelijke waardering van zijn belangen terzake (hij is wilsonbekwaam);
- de behandeling is kennelijk nodig om ernstig nadeel voor de patiënt te voorkomen;
- er is een vaste aanspreekbare behandelaar;
- de diagnose is helder;
- het effect van de medicatie bij de patiënt is bekend;
- de bijwerkingen zijn bekend;
- gegevens over de therapie(on)trouw zijn bekend;
- de dwangmedicatie is opgenomen in het behandelingsplan en een geïntegreerd onderdeel van de rest van de behandeling;
- er moet een plan zijn over de gewenste duur van de dwangbehandeling (met een maximum van 2 jaar);
- er is een plan over de afbouw van dwang in de behandelingsrelatie.

Conclusie

Dwangbehandeling kan op deze wijze plaatsvinden zonder dat sprake is van 'ernstig gevaar' als aan de vorenstaande procedurele en inhoudelijke criteria is voldaan. Als de patiënt zich blijft verzetten kan hij zich wenden tot de rechter, die de uitspraak van de commissie in zijn oordeel zal meewegen. De Raad is van mening dat een dergelijke weg enerzijds de wilsonbekwame patiënt een betere 'bescherming' biedt en dat de wilsbekwame patint er een betere 'rechtsbescherming' door krijgt.

4.4 Zelfbinding

Dwang of geen dwang: in eigen hand

Zelfbinding houdt theoretisch in dat een persoon zich voor de toekomst wil binden aan aanwijzingen die hij daartoe vooraf aan anderen heeft gegeven, ook als hij in die toekomstige situatie een andere mening is toegedaan (Berghmans, 1992). Zelfbinding betekent dwang op (een van te voren geformuleerd) verzoek. De aanwijzingen wanneer dwang moet worden toegepast, legt de betrokkene vast in een schriftelijke verklaring: de zogenaamde zelfbindingsverklaring. In de oudheid deed men al aan zelfbinding (Molewijk et al, 1997):

Odysseus is door Kirke gewaarschuwd voor het verleidelijke gezang van de Sirenen. Allen die langs het eiland van de Sirenen varen, zullen een zekere dood op de klippen tegemoet gaan. Alvorens het eiland te passeren geeft Odysseus zijn bemanning de opdracht hem aan de mast vast te binden en hem met nog veel meer banden te omknellen wanneer hij hen smeekt of beveelt hem los te maken. Als het schip het eiland nadert, smeert

Odysseus zijn makkers was in de oren, waarna hij wordt vastgebonden. Op deze wijze lukt het Odysseus te genieten van het gezang van de Sirenen, zonder de noodlottige gevolgen.

Patiënt heeft eigen inbreng

In de ggz wordt zelfbinding door sommigen bepleit voor mensen met periodiek terugkerende psychiatrische klachten, die regelmatig leiden tot een dwangopname. Op grond van eerdere ervaringen kunnen zij aanwijzingen geven over het tijdig in gang zetten van een (dwang)opname en (dwang)behandeling. Zelfbinding voorkomt dat mensen van adequate hulp verstoken blijven omdat ze, als ze in crisis zijn, hulp weigeren. Daarnaast komt zelfbinding tegemoet aan de behoefte van patiënten om een eigen inbreng te hebben in hun begeleiding en behandeling (Pandora, 1996).

Juridische obstakels

Juridisch is 'zelfbinding' ongebruikelijk: het is namelijk altijd de meest actuele wilsuiting die geldt, ook wanneer die wordt gedaan ten tijde van een mogelijke wilsonbekwaamheid. Een eerder opgestelde verklaring is niet rechtsgeldig wanneer de betrokkene op een later tijdstip een andere opvatting heeft of de verklaring intrekt. Oftewel: een eenmaal gegeven toestemming is juridisch altijd herroepbaar. En dat is niet alles. Een andere belangrijke beperking is dat dwangbehandeling en dwangopname alleen kunnen plaatsvinden op basis van de BOPZ-criteria. Als niet is voldaan aan die criteria, is dwangopname niet mogelijk. Om zelfbinding mogelijk te maken, is dus aanpassing van wetgeving nodig. Of het zover moet komen, is de vraag die thans voorligt.

Doelen van zelfbinding

De opvattingen over de doelen en de wenselijkheid van zelfbinding lopen in de praktijk sterk uiteen. Niet alleen tussen verschillende betrokkenen (patinten, hulpverleners, juristen en ethici), maar ook binnen die geledingen bestaan verschillen van inzicht; zie de achtergrondnota bij het advies (Berghmans, 1997). Zo denkt men met zelfbinding de volgende doelen te kunnen bereiken:

- het voorkomen dat een groep mensen met psychische problemen verkommert, omdat de hulpverlening hen op een of andere wijze nu niet kan bereiken;
- het verbeteren van de zorg voor patinten met psychosen, met name veroorzaakt door een manisch-depressieve stoornis. Zelfbinding kan die zorg verbeteren als aan bepaalde voorwaarden is voldaan. De voorwaarden zijn onder meer dat er sprake is van regelmatig terugkerende problemen, dat de verklaring vrijwillig in een periode van wilsbekwaamheid is opgesteld, dat de verklaring bij de omgeving voldoende bekend is en dat er een psychiater bij is betrokken die de patint en diens ziektebeeld

goed kent (Berghmans, 1992, 1997; Pandora, 1996);
- het verbeteren van de houding en bejegening van hulpverleners. Door het opstellen van een zelfbindingsverklaring gaan zij meer samen met de cliënt na wat diens wensen en behoeften zijn.

Discussiepunten

Op dit moment is er nog geen consensus over nut en noodzaak van zelfbindingsverklaringen. De belangrijkste discussiepunten die bij het al dan niet realiseren van zelfbinding spelen zijn:
- het juridische bezwaar;
- het doel waarvoor en doelgroep voor wie zelfbinding een oplossing is;
- de vraag of de doelen ook anders te realiseren zijn.

Naar een keuze voor of tegen de zelfbindingsverklaring

Zelfbinding geen oplossing voor 'zorgwekkende zorgmijders'

Bij het bepalen van een keuze voor of tegen zelfbinding is het belangrijk oog te hebben voor het doel dat zelfbinding dient. Om mensen met psychiatrische problematiek voor 'verkommering' te behoeden, lijkt zelfbinding niet geschikt. Het is niet waarschijnlijk dat de dak- en thuisloze en de overlastveroorzakende 'zorgwekkende zorgmijders' daarmee beter af zijn. Daarvoor is een ander, laagdrempeliger zorgaanbod noodzakelijk zoals eerder betoogd in de paragrafen 3.3 (constateringen per groep) en 4.2 (ambulante dwangbehandeling).

Meer invloed van de patiënt gewenst

Voor het verbeteren van de zorg voor mensen met chronische psychiatrische problematiek door hen meer invloed te geven op het bepalen van de inhoud van de zorg in met name crisissituaties, kan een zelfbindingsverklaring wel een geschikt middel zijn. Onduidelijk is echter hoeveel mensen uit deze groep baat zouden hebben bij zelfbinding; de meeste baat is te verwachten bij de groep die aan psychosen lijdt ten gevolge van een manisch-depressieve stoornis. Patiënten uit deze groep moeten voldoen aan ten minste de volgende voorwaarden: zij moeten inzicht in hun situatie hebben, beschikken over een sociaal netwerk, zelfstandig keuzen kunnen maken en zij moeten een hulpverleningsverleden hebben waaruit blijkt dat de behandeling die zij door zelfbinding bereid zijn te ondergaan, werkt. Het is moeilijk te overzien om hoeveel mensen het gaat. Het is dan tevens de vraag of er niet met andere middelen dan de zelfbindingsverklaring hetzelfde doel kan worden gerealiseerd. Daartoe verwijst de Raad naar de vele initiatieven die er gaande zijn om ervaring op te doen met psychiatrische wilsverklaringen, met crisisprotocollen en de zogenaamde crisiscards (Hunsche, 1996; van Haaster et al, 1996; Kal, 1997).

Het derde doel is een betere relatie tussen zorgvrager en zorgverlener. Het is zeer gewenst dit doel te bereiken, maar dat kan ook door het werken met behandelingpsplannen (een wettelijke verplichting) sterk te stimuleren. Een vergelijking met de praktijk van de verslavingszorg is interessant. Hier worden veelvuldig schriftelijke afspraken gemaakt tussen hulpverleners en iemand met verslavingsproblemen. Daarbij wordt ook aangegeven wat de sancties zijn bij het niet nakomen van afspraken. Zo'n contract is vooral bedoeld als hulpmiddel om de betrokkene te stimuleren. De nakoming van zo'n contract kan juridisch niet worden afgedwongen (de betrokkene kan te allen tijde stoppen), maar in de praktijk vormt het contract wel een hulpmiddel om de nodige aandrang op een cliënt uit te oefenen wanneer deze de behandeling wil beëindigen. Vergelijkbare mogelijkheden ziet de Raad in de geestelijke gezondheidszorg, waarbij het overigens niet zo mag zijn dat stopzetting van de behandeling volgt op het niet nakomen van de afspraken, zoals vaak in de verslavingszorg aan de orde is.

Stimuleer werken met behandelingsplannen

Bij de totstandkoming van de WGBO is gediscussieerd over het al dan niet toekennen van een wettelijk status aan zogenaamde schriftelijke wilsverklaringen. Uiteindelijk is alleen de negatieve wilsbeschikking wettelijk verankerd (art.7:450 lid 3 BW). Dit is een schriftelijke verklaring waarin een behandeling wordt geweigerd. In beginsel is een arts verplicht deze verklaring te volgen, tenzij er gegronde (zware) redenen zijn om dat niet te doen. Zo'n verklaring moet wel aan bepaalde eisen voldoen. De positieve wilsverklaring bevat de wens om een bepaalde behandeling te ondergaan. Deze is destijds weloverwogen niet wettelijk verankerd, onder meer vanwege bezwaren die zo'n verklaring kan oproepen op het punt van geldigheid, duidelijkheid en actualiteit. De Raad pleit ervoor om in de geestelijke gezondheidszorg na te gaan in hoeverre wilsverklaringen een uitkomst bieden voor een adequate zorg aan mensen in crisis en of ze dwang op maat kunnen bevorderen.

Positieve wilsverklaringen

Er lijkt een zekere consensus over te bestaan dat voor een beperkte groep patinten zelfbinding als 'dwang op verzoek' mogelijkheden biedt. De precieze omvang van die groep is niet bekend. De consensus is echter groot als het gaat om de wenselijkheid van het bereiken van meer invloed van de patiënt op zijn behandeling (door wilsverklaringen) en van een beter contact tussen patiënt en hulpverlener (door behandelingsplannen). De Raad vindt dat hierin dan ook fors geïnvesteerd moet worden. Een investering in het juridisch mogelijk maken van zelfbinding als 'dwang op

Conclusie

verzoek' vindt hij op dit moment niet opportuun.

5 Advies

5.1 Antwoorden op de beleidsvragen

Welke mogelijkheden bestaan er om dwangbehandeling toe te passen, zowel in ambulante als in intramurale setting?
Er bestaan volgens artikel 7:465 lid 6 BW mogelijkheden om dwangbehandeling toe te passen bij wilsonbekwame patiënten, ook in een ambulante setting. De WGBO bepaalt dat als een patiënt zich verzet tegen een verrichting van ingrijpende aard deze, met toestemming van de vertegenwoordiger, mag worden toegepast als dit nodig is om ernstig nadeel voor de patiënt te voorkomen. In noodsituaties waarin de beslissing van de vertegenwoordiger niet kan worden afgewacht, dient de hulpverlener zelf te handelen zoals de professionele standaard voorschrijft (artikel 7:466, lid 1 BW).

Intramurale dwangbehandeling is geregeld in de Wet bopz (artikel 38 en 39) en alleen mogelijk onder bepaalde condities bij mensen die onvrijwillig zijn opgenomen in een BOPZ-instelling (zie 4.3 en bijlage 4). De WGBO is van toepassing op elke andere medische behandeling van een gedwongen opgenomen patiënt.

Wat is de relatie tussen dwangopname en dwangbehandeling? Welke argumenten zijn er voor het verruimen van de mogelijkheden van ambulante dwangbehandeling vanuit het zicht van betrokkenen (klant, hulpverlener, beleid)?
De relatie tussen dwangopname en dwangbehandeling is ingewikkeld en aan een voorzichtige herziening toe. Het belangrijkste argument daarvoor is dat de Wet bopz geen onderscheid maakt tussen wilsbekwaam en wilsonbekwaam verzet tegen dwangbehandeling. Daarmee ontstaat een risico op te weinig 'bescherming' voor wilsonbekwamen en te weinig 'rechtsbescherming' voor wilsbekwamen. Bij wilsbekwaam verzet is een farmacotherapeutische dwangbehandeling problematisch. Daar waar beveiligen voldoende is om gevaar af te wenden, zou een wilsbekwaam verzet tegen behandeling niet genegeerd moeten worden. Aan de andere kant bestaat het gevaar dat aan wilsonbekwamen te weinig 'bescherming' geboden kan worden omdat hun verzet even zwaar weegt als wilsbekwaam verzet. Daar waar farmacotherapeutische behandeling effectief kan zijn, zou een wilsonbekwaam verzet genegeerd moeten worden.

De diverse argumenten voor en tegen ambulante dwangbehandeling hebben ondermeer te maken met de onduidelijkheid van dit begrip. De Raad wijst 'farmacotherapeutische ambulante dwangbehandeling' op dit moment af. Hij pleit ervoor 'ambulante dwang als nazorg', nu al mogelijk, beter onder de aandacht van betrokkenen te brengen en 'ambulante dwang als alternatief' voor klinische dwangopname te faciliteren. Daarvoor is nodig een artikel aan de Wet bopz toe te voegen waarin de rechter de mogelijkheid krijgt een 'voorwaardelijke machtiging' af te geven. 'Ambulante dwangbehandeling ter preventie' van klinische dwang vindt de Raad op dit moment een stap té ver. Voor de toekomst vindt de Raad een discussie gewenst over de voorwaarden waaronder farmacotherapeutische dwangbehandeling mag worden toegepast.

In hoeverre kan drang dwang voorkomen en is dit wenselijk? Is het gewenst dat het hulpverleningsaanbod zich meer in die richting gaat ontwikkelen? Wat zijn daarbij de kansen en bedreigingen? Welke voorwaarden kan de overheid hiervoor scheppen?
Uit hoofdstuk 3 blijkt dat het antwoord hierop een volmondig "ja" is. Drang kan dwang voorkomen en verdient vanwege die constatering meer aandacht.

Wat zijn de mogelijkheden van de zogenaamde zelfbindings-verklaringen in relatie tot dwang en drang vanuit het perspectief van diverse actoren?
Zelfbinding ter verbetering van de zorg is een goede zaak: vanuit allerlei gezichtspunten bezien verdient dit kansen. De juridische stekels zijn echter zo scherp dat de Raad van mening is dat de tijd nog niet rijp is voor een juridische regeling van zelfbinding. Daarvoor in de plaats wil hij experimenten met diverse vormen van wilsverklaringen in de psychiatrie en het werken met behandelingsplannen stimuleren.

Hoe kan een en ander een beleidsmatige vertaling krijgen en hoe ziet een invoeringsscenario eruit?
Zie de volgende paragraaf.

5.2 Aanbevelingen

Algemeen beleidskader
Aanbeveling 1
De RVZ adviseert de minister van VWS samen met de minister van Justitie, regelmatig een beleidsbrief over dwang en drang in de

gezondheidszorg uit te geven. Daarnaast is het raadzaam in elke sectorale zorgvisie een juridisch-ethische paragraaf op te nemen, waarin onder andere op dwang en drang wordt ingegaan. In een beleidsbrief en in de juridisch-ethische paragraaf spreekt de overheid haar visie uit over dwang en drang in de hulpverlening: over gewenste en ongewenste ontwikkelingen. De overheid zorgt er zo mede voor dat het debat over dit thema op gang blijft. De Raad vindt hierbij de volgende ingredinten van belang.

Algemene ingrediënten

Dwang moet zo terughoudend mogelijk worden toegepast: elke inbreuk op iemands autonomie dient proportioneel (in verhouding tot het te bereiken doel) en subsidiair (het minst ingrijpende middel verdient de voorkeur) te zijn. Dat geldt op alle zorgterreinen en voor alle patiëntengroepen. Ook voor drang is terughoudendheid op zijn plaats. Er komt geen nadere juridisering van drang in de hulpverlening. Wel is ruimte gewenst voor die drang in de hulpverlening die vanwege het subsidiariteitsbeginsel dwang kan voorkomen. Het is raadzaam dwang en drang breed, over de gehele gezondheidszorg, te beschouwen omdat de indruk bestaat dat de diverse sectoren van elkaar kunnen leren (Bauduin, 1997).

Ingrediënten voor hulpverleners

- In alle gevallen bestaat er, gezien de juridische eis dat elke inbreuk op de fundamentele grondrechten proportioneel en subsidiair dient te zijn, een inspanningsverplichting voor hulpverleners om het minst beperkende alternatief voor de betrokkene te kiezen uit het drang/dwang continuüm.
- Aan de andere kant hebben hulpverleners de plicht tot goed hulpverlenerschap; dat betekent dat zij zich moeten realiseren dat mensen die er niet om vragen hun hulp toch nodig kunnen hebben; zij moeten zich dan ook verantwoordelijk tonen en bereid tot het kiezen van een van de alternatieven op het continuüm van drang/dwang om te voldoen aan de voorwaarden van goed hulpverlenerschap, rekening houdend met het patiëntenrecht.
- Als hulpverleners overgaan tot het toepassen van dwang, moeten zij dat altijd verantwoorden en motiveren. Zij melden alle vormen van dwang waarbij dat wettelijk verplicht is aan de Inspectie.
- Ook als hulpverleners ertoe overgaan geen dwang toe te passen in gevallen waarbij anderen ernstig twijfelen of de betrokkene het op eigen kracht redt, moet dat gemeld kunnen worden aan een op te richten landelijk meldpunt bij de Inspectie. Dit

meldpunt staat open voor familieleden, buren, politieagenten etc. Het moet breed onder hun aandacht gebracht worden. Het meldpunt biedt de mogelijkheid controle uit te oefenen op de besluitvorming in de psychiatrische zorg. Tevens ontstaat zo zicht op het aantal mensen dat 'door de mazen van het vangnet valt'.
- Melden heeft alleen zin als er ook een vervolg op komt; de Inspectie dient al deze gemelde gevallen te onderzoeken en de gevallen die niet door de beugel kunnen, aanhangig te maken bij de rechter.

Aanbeveling 2
De Raad adviseert de minister na te gaan in hoeverre er hulpverlening onder voorwaarden plaatsvindt in Nederland. Dit kan zij doen door het in het programma van ZON te laten opnemen. Als blijkt dat voorwaarden worden gesteld die ongewenst zijn, moet zij daar een duidelijk signaal over afgeven.

Aanbeveling 3
De minister bevordert dat in o.a. algemene ziekenhuizen meer aandacht komt voor het informeren van hulpverleners over welke dwangtoepassingen in welke situaties wel en niet toelaatbaar zijn. Dit kan zij doen door het bevorderen van 'dwangprotocollen' in deze instellingen.

Aanbeveling 4
De minister voert een actief beleid tot vermindering van de toepassing van dwang in de zorg voor verstandelijk gehandicapten en psycho-geriatrische ouderen. Dit doet zij door onderzoek te laten doen naar hoe de accommodatie, de personeelsbezetting en de dagbesteding beter af te stemmen zijn op de zorgbehoefte van de bewoners. Daarnaast bevordert zij het inschakelen van consulententeams, ook in de ouderenzorg.

De Raad adviseert de minister een actief beleid te voeren om dwangtoepassing in de psychiatrie te verminderen. Dit kan door het stimuleren van 'vergelijkend warenonderzoek' naar het voorkomen van dwangtoepassing in de psychiatrische ziekenhuizen.

Aanbeveling 5
De minister schept de voorwaarden voor kruisbestuiving op drang-zorg-gebied tussen de verschillende sectoren die daarmee ervaring

hebben (openbare geestelijke gezondheidszorg, algemeen maatschappelijk werk, verslaafdenzorg, jeugdzorg en geestelijke gezondheidszorg). Dit doet zij door een werkgroep samen te stellen bestaande uit deskundigen vanuit het veld en vanuit de betrokken departementen. Deze werkgroep krijgt de opdracht binnen een jaar met voorstellen voor een aanpak van een dergelijke kruisbestuiving te komen.

Beleidsvragen over dwang in de ggz

Aanbeveling 6

De minister kan niet verwachten dat een aanpassing van de Wet bopz soelaas biedt voor grote groepen 'zorgwekkende zorgmijders'. Daarvoor is iets anders nodig, namelijk een verbetering van het zorgaanbod voor de volgende groepen.
In de eerste plaats beveelt de Raad de minister aan in de komende tijd de voorwaarden te scheppen die nodig zijn om voor dak- en thuislozen en mensen die (ernstige) overlast veroorzaken een zo passend mogelijk zorgaanbod te ontwikkelen. Daarbij gaat het zowel om de organisatorische- (de plaats van de oggz en de relatie tussen de ggz en de oggz) als om de zorginhoudelijke voorwaarden ('het verleiden tot vertrouwen').
In de tweede plaats beveelt de RVZ een krachtige voortgang aan van casemanagement, zorgcoördinatie en rehabilitatieprogramma's voor chronische psychiatrische patiënten.

Aanbeveling 7

De Raad beveelt de minister aan een expert op het terrein van het Europees recht te laten onderzoeken welke vormen van (ambulante) dwangbehandeling wel en niet in overeenstemming zijn met het Europees recht. Deze expert dient tevens te bezien of de wijze waarop de therapeutische dwangbehandeling nu is geregeld in de Wet bopz -en waarbij geen rekening wordt gehouden met de mate van wils(on)bekwaamheid van verzet strookt met het Europees recht.

Aanbeveling 8

De Raad beveelt de minister de volgende 'kleine stapjes' aan om die ambulante dwang die past binnen het huidige juridisch kader te stimuleren cq mogelijk te maken en wel als volgt:

- Door farmacotherapeutische dwangbehandeling voorlopig af te wijzen.
- Door ambulante dwang als nazorg in de vorm van proefverlof of voorwaardelijk ontslag beter onder de aandacht van de hulpverleners en cliënten te brengen en na te gaan welke ervaringen er

zijn met deze variant in de praktijk.
- Door ambulante dwang als alternatief voor klinische dwangopname mogelijk te maken door een artikel in de Wet bopz op te nemen dat bepaalt dat de patiënt die in aanmerking komt voor klinische dwangopneming kan kiezen voor ambulante dwangbehandeling. De rechter kan dan een 'voorwaardelijke' machtiging afgeven die onvoorwaardelijk wordt op het moment dat de betrokkene zich niet aan de gestelde voorwaarden houdt. Het is raadzaam na te gaan hoe vaak gebruikt gemaakt gaat worden van deze variant en wat de patiënt ermee opschiet.
- Door ambulante dwang ter preventie van klinische dwang voorlopig niet mogelijk te maken.

Aanbeveling 9
Het juridisch mogelijk maken van zelfbindingsverklaringen vindt de Raad momenteel niet opportuun. De Raad beveelt de minister aan de volgende twee dingen te doen om de zorg voor psychiatrische patiënten die met dwang te maken hebben (of krijgen) te verbeteren:
- het werken met behandelingsplannen sterk stimuleren;
- die vormen van wilsverklaringen uitproberen die zorgen dat psychiatrische patiënten meer invloed krijgen op hun behandeling in crisissituaties. In de WGBO is alleen de negatieve wilsverklaring mogelijk; nagegaan moet worden of en hoe positieve wilsverklaringen in de psychiatrie een meer adequate zorgverlening kunnen bewerkstelligen met 'dwang op maat'.

Aanbeveling 10
De Raad beveelt de minister aan een traject uit te zetten om in de toekomst meer gegevens te vergaren op basis waarvan een beslissing genomen kan worden over de vraag of het wenselijk is farmacotherapeutische dwangbehandeling onder andere voorwaarden mogelijk te maken en te rechtvaardigen dan nu het geval is onder de Wet bopz. Dit om meer bescherming te bieden aan wilsonbekwamen aan de ene kant en om meer rechtsbescherming mogelijk te maken voor wilsbekwamen aan de andere kant.

De gegevens die nodig zijn om een dergelijke beslissing te nemen moeten door onderzoek worden gegenereerd. Daarvoor is zowel juridisch (o.a. aanbeveling 8) als zorginhoudelijk onderzoek nodig. Wat dit laatste betreft moeten we zowel meer weten over de ervaringen van patiënten met dwangbehandeling als over de omvang van de groep patiënten die als gevolg van de huidige

regeling van farmacotherapeutische dwangbehandeling 'in de kou' blijft staan. Hierbij dient zowel naar ambulant verblijvende, als naar klinisch verblijvende patinten gekeken te worden. Via het in aanbeveling 1 genoemde meldpunt bij de Inspectie moet systematisch worden nagegaan welke problematiek niet door de ggz kan worden of wordt opgelost en waarom niet.

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg,

Voorzitter,

Prof. drs. J. van Londen

Algemeen secretaris,

Drs. P. Vos

Bijlagen

Bijlage 1

Dwang en drang in het adviesprogramma van de RVZ

Uit deel 1 Adviesprogramma 1997-1998:
2.2 Dwang en drang in de (geestelijke) gezondheidszorg

Achtergrond en probleemstelling
In de jaarrapportage 1995 van de Inspectie voor de gezondheidszorg is de volgende paragraaf opgenomen (zie pagina 19).
"De praktijk van de huidige Wet bopz overziend en deze leggend naast de wetgeving in sommige andere landen, bespeurt de inspectie een lacune in de nu vigerende wetgeving. Dat betreft de mogelijkheid van een ambulante dwangbehandeling. Tussen de vrijwillige behandeling en de intramurale dwangbehandeling is geen modus voorhanden. Toch zouden sommige personen zeer gediend zijn met een ambulante dwangbehandeling, waarbij wij zouden kunnen denken aan een vorm van dwang op het nemen van medicatie en het verschijnen op bepaalde afspraken, met als consequentie dat wanneer men zich daar niet aan houdt een intramurale dwangbehandeling zal plaatsvinden.
In de Wet bopz is de mogelijkheid van een voorwaardelijk ontslag geregeld. Echter, de Wet bopz is qua oplossingsmogelijkheden een sterk op intramurale voorzieningen gerichte wet, die niet goed aansluit op de circuit-gedachte en verdere pogingen tot vermaatschappelijking van de zorg, zoals dat momenteel beleidsmatig wordt voorgestaan in de geestelijke gezondheidszorg. De ervaring in sommige landen wijst uit dat een categorie ernstige psychiatrische patiënten met ambulante dwang in een zeer goed ambulant evenwicht te houden is. Het is net dié steun in de rug die het voor sommigen mogelijk maakt zelf het evenwicht in de samenleving te herstellen en te handhaven. De inspectie is dan ook van mening dat nader onderzocht moet worden op welke wijze deze vorm van behandeling in Nederland gestalte zou kunnen krijgen".

De probleemstelling die hieruit voortvloeit is op zichzelf duidelijk en wordt ook in het veld als zodanig ervaren. Er lijkt een maatschappelijk draagvlak te bestaan voor de gedachte.
Op welke wijze kan 'bemoeizorg', pro-actieve bemoeienis, ambulante dwangbehandeling etc. op een ethisch en professioneel aanvaardbare wijze gestalte krijgen? Een aantal jaren geleden bracht de toenmalige NRV een achtergrondstudie uit over dit onderwerp. Kernbegrippen: potentieel gevaar, de ambulante situatie, preventief optreden. De probleemstelling voor de overheid luidt: waar liggen de stuurmomenten voor dit belangrijke

maatschappelijke probleem: bij de wet, bij de manier waarop deze wordt uitgevoerd, in de verstrekking, in het kwaliteitsbeleid? Men moet hierbij bedenken dat dit wellicht op zichzelf kwantitatief minder groot probleem een ontwrichtende werking kan hebben op een gehele sector, de ggz.
Van belang is tenslotte dat dit uiteindelijk een probleem is dat een groot aantal personen en instanties raakt: niet alleen de ggz, ook de gemeente etc. Voor de oplossing van dit probleem is maatschappelijk draagvlak nodig; enkelvoudige beleidsmaatregelen zullen geen effect sorteren.

Begin 1997 verschijnt een rapportage over de werking van de BOPZ op dit punt. Deze zal bij de advisering worden betrokken. De RVZ zal zich concentreren op het zorgaspect en niet op het juridische.
Gebruik zal ook worden gemaakt van de ervaringen die zijn opgedaan in de tuberculosezorg met dwang. Getracht zal worden de bevindingen toe te passen op de gehele gezondheidszorg, zodat een integrale beleidsvisie kan ontstaan op (alle) vormen van dwang en drang in (alle) vormen van zorgverlening (een integraal toetsingskader).

Vraagstelling

a. Beleidsvragen met betrekking tot 'ambulante dwangbehandeling'.
   Wat zijn de beleidsmatige achtergronden en verklaringen voor het verschijnsel en hoe is het in andere landen gesteld? Op welke wijze kan de maatschappelijke participatie van de patintengroep in kwestie worden bevorderd met maatregelen op het vlak van dwang en drang? Bestaan er valide maatschappelijke, therapeutische en juridische argumenten om dwang en drang in ambulante settings uit te oefenen en zo ja, welke criteria kunnen worden geformuleerd?
b. Beleidsvragen met betrekking tot de zorginhoudelijke reactie van de overheid op het probleem: wetsaanpassing, wijziging van het uitvoeringsregime van de BOPZ, met inbegrip van het justitieel apparaat, andere omschrijving van zorgaanspraken, inclusief de uitvoeringsorganisatie, ingrepen in het kwaliteitsbeleid, experimenten.
   Hoe ziet, als de overheidsreactie is bepaald, een mogelijk invoeringsscenario eruit?
   Welke actoren spelen hierbij een rol en hoe kan het maatschappelijk draagvlak voor te nemen beleidsmaatre-

gelen worden vergroot? Hierbij ware niet alleen aan de klassieke actoren - ggz, inspectie, patiënt, justitie - te denken, maar ook aan de gemeentebesturen, de gemeentelijke diensten en (lokale) welzijnsvoorzieningen.

c. Beleidsvragen met betrekking tot preventieve mogelijkheden bestaan ter zake, al dan niet in de vorm van zorgprogramma's.
Op welke wijze kan dwangbehandeling een plaats krijgen in breder en regulier zorgaanbod en in hoeverre biedt de huidige ggz hier voldoende mogelijkheden?

Uit deel 2 Werkprogramma 1997:

9 Dwang en drang in de gezondheidszorg

Te beantwoorden beleidsvragen

a. Welke mogelijkheden bestaan er (in Nederland en in andere landen) om, in het bijzonder in de ambulante setting, dwangbehandeling toe te passen?

b. Op welke wijze kan het hulpaanbod binnen en buiten de gezondheidszorg zo worden ingericht dat de met betrekking tot dwang en drang relevante zorg op reguliere wijze tot stand kan komen, met inbegrip van preventieve maatregelen?

c. Hoe kan een en ander een beleidsmatige vertaling krijgen en hoe ziet het invoeringsscenario er uit?

NB: De RVZ houdt bij het beantwoorden rekening met het beleid op het terrein van penitentiare inrichtingen en dat van de forensische behandeling (al dan niet ambulant).

Functie advies in beleidsproces

Het advies heeft als beleidscontext de aanhoudende signalen uit het veld over problemen met de uitvoering en toepassing van de BOPZ. Hoewel deze wet nog niet lang geleden in werking is getreden, zijn de signalen van onvrede er vanaf het begin geweest. Het advies dient hierbij als middel om een brede en integrale afweging te maken van mogelijke beleidsmaatregelen. Wetswijziging is daar een van.

Een andere functie van het advies is de draagvlakvergroting. Mede op basis van het advies, zal de minister van VWS in 1997 overleg voeren met alle betrokkenen - patinten, hulpverleners, maar ook gemeenten - over oplossingsrichtingen.

Het advies bouwt voort op de evaluatie van de BOPZ die begin 1997 verschijnt. Van de daarin opgedane bevindingen wordt

gebruik gemaakt. In de adviesvoorbereiding wordt samengewerkt met de Inspectie Gezondheidszorg.
Het advies zal tenslotte een meer algemeen - juridische functie in de beleidsontwikkeling kunnen vervullen, namelijk in de vergelijking van de toepassing van dwang en drang in verschillende zorgsectoren en -situaties.

Programmering advies in 1997
Dit zorginhoudelijke advies zal in de eerste helft van 1997 worden uitgebracht, kort na het verschijnen van de juridische evaluatie van de BOPZ. Op deze wijze is VWS in staat een integraal kabinetsstandpunt voor te bereiden over het onderhavige thema. Het advies zal een rol moeten kunnen spelen in de parlementaire discussie over dit onderwerp, die naar aanleiding van de BOPZ-evaluatie zal plaatsvinden. Deze discussie vindt waarschijnlijk plaats in het vroege voorjaar van 1997.

Bijlage 2

Samenstelling van de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ)

Voorzitter:
prof. drs. J. van Londen

Leden:
mw. prof. dr. I.D. de Beaufort
mw. M.J.M. le Grand-van den Bogaard
prof. dr. T.E.D. van der Grinten
prof. dr. P.A.H. van Lieshout
mw. prof. dr. B. Meyboom-de Jong
mr. I.W. Opstelten
mr. J.J. van Rijn
mw. prof. dr. S.P. Verloove-Vanhorick

Algemeen secretaris:
drs. P. Vos

Bijlage 3

Adviesprocedure

Het voorbereidingstraject is opgesplitst in twee fasen. In de eerste fase is informatie verzameld over dwang en drang in de gezondheidszorg. Aan dr. R.L.P. Berghmans is gevraagd een achtergrondnota op te stellen waarin hij vanuit een ethisch perspectief de diverse argumenten voor en tegen ambulante dwangbehandeling en zelfbinding op een rij zet en een aanzet voor een algemeen beleidskader formuleert. Daarnaast is nagegaan welke dwang en drang plaatsvindt in de praktijk van de gezondheidszorg. Mevrouw drs. D. Bauduin van het Trimbos Instituut heeft op verzoek van de Raad -in de beperkte tijd die beschikbaar was- zoveel mogelijk feitenmateriaal aangedragen. Op basis van dit materiaal heeft de Raad een beschrijving gemaakt van de praktijk en de problemen daarin. Per zorgterrein is een beschouwing toegevoegd (bijlage 5). Het door dr. R.L.P. Berghmans bijeengebrachte materiaal is gepubliceerd als achtergrondnota bij het advies (RVZ 97/07). De literatuurrapportage van drs. D. Bauduin is op te vragen bij het secretariaat van de RVZ.

In de tweede fase van het voorbereidingstraject is het verzamelde materiaal op diverse momenten aan een klankbordgroep van externe deskundigen voorgelegd. Daarnaast zijn andere deskundigen in een besloten conferentie geraadpleegd om hun visie te geven op de analyse van de problemen en de oplossingsrichtingen.

De klankbordgroep was als volgt samengesteld:

Betrokken raadsleden:
Mw. prof. dr. I.D. de Beaufort
Mr. I. Opstelten

Leden:
dr. R.L.P. Berghmans
dr. H.W.J. Henselmans
prof. dr. P.H.J.M. Heydendael
A.P.J. Höppener, psychiater
mw. M. de Jonge
dr. A. Kaasenbrood, psychiater
prof. dr. F.A.M. Kortmann, psychiater
prof. dr. J. Legemaate
prof. mr. C.F. Rüter
R.M.W. Smeets, psychiater

Projectgroep:
mw. drs. H.A.C. Dokter, projectleider
mw. mr. C. Nijkamp, projectmedewerker
mr. drs. P.H.M. Thewissen, projectmedewerker
mw. A. Passchier-Nobel, projectsecretariaat

Bijlage 4

Juridisch overzicht dwang en drang

Algemeen

Deze notitie bevat een overzicht van bestaande mogelijkheden tot 'dwang en drang' in relevante wetgeving. Daarbij wordt een korte typering gegeven van de desbetreffende wet (doel, doelgroep, reikwijdte) en beschreven of dwang/drang mogelijk is. In het bijzonder wordt nagegaan:

1) of de vrijheid aan een patiënt kan worden ontnomen of dat de patiënt zonder (uitdrukkelijke) toestemming kan worden behandeld en
2) of er nadere voorwaarden aan de patiënt kunnen worden opgelegd.

Grondwet en internationale verdragen

Alvorens over te gaan tot specifieke wetgeving is het nodig om stil te staan bij de Grondwet en internationale verdragen. Uit de Grondwet zijn de artikelen 10, 11 en 15 van belang. Art. 10 GrW bepaalt dat ieder recht heeft op eerbiediging van de persoonlijke levenssfeer, behoudens bij of krachtens wet te stellen beperkingen. Volgens art. 11 heeft ieder recht op onaantastbaarheid van zijn lichaam, eveneens behoudens bij of krachtens wet te stellen beperkingen. En buiten de gevallen bij of krachtens de wet bepaald mag niemand zijn vrijheid worden ontnomen (art. 15 GrW). In het algemeen geldt dat de in het geding zijnde grondrechten dusdanig zwaar wegen dat inbreuken hierop moeten zijn gebaseerd op nadere, bij wet te stellen, regels. De Gezondheidsraad stelt (p. 36): "Uit deze grondrechten vloeit onder meer voort dat vrijheidsbeneming op een wet moet steunen, dat de privacy van het individu gerespecteerd behoort te worden en dat voor geneeskundig onderzoek of behandeling de toestemming van de patiënt een vereiste is. Deze voorwaarden zijn in wetgeving nader geconcretiseerd." (1996).

Eveneens van belang zijn internationale regelingen die tot stand komen binnen de Verenigde Naties of de Raad van Europa. Sommige daarvan hebben een rechtstreekse werking in het Nederlandse recht. Zo zijn in art. 5 EVRM een aantal rechten vastgelegd rond de onvrijwillige opneming van psychiatrische patiënten. Bovendien is een aantal eisen nader geconcretiseerd in jurisprudentie van het Europese Hof. Zo moet de ernst van de geestesstoornis dusdanig zijn dat vrijheidsbeneming noodzakelijk

is. Voor de opneming is een wettelijke grondslag vereist. De procedure voor opneming dient eveneens wettelijk te zijn omschreven en er dient een periodieke herbeoordeling plaats te vinden van de noodzaak tot voortzetting van de dwangopneming. In art. 8 EVRM is het recht op eerbiediging van het privéleven opgenomen.

Deze bepalingen vormen een algemeen kader voor de landen die het EVRM hebben geratificeerd en zijn nader uitgewerkt in nationale wetgeving. Legemaate constateert in een vergelijkend onderzoek dat de besluitvorming over opneming in landen als Frankrijk en Engeland/Wales berust bij medici en in andere landen, zoals België, Duitsland en Nederland, bij de rechter. In de meeste landen is ernstig gevaar voor zichzelf of voor de omgeving het criterium voor gedwongen opneming. Enkele landen hanteren een ruimer criterium, zoals bescherming van anderen of openbare orde (1992).

Geneeskundige behandelingsovereenkomst
Doel. Regeling van de verhouding tussen patiënt en hulpverlener, benoeming van een aantal rechten en plichten
In werking. April 1995, ingevoerd in het Burgerlijk Wetboek als een aparte overeenkomst (Wet Geneeskundige behandelingsovereenkomst; WGBO).
Reikwijdte. Het begrip hulpverlener heeft een ruime betekenis en kan zowel betrekking hebben op een natuurlijke persoon als op een rechtspersoon. De wet is daarmee van toepassing op nagenoeg alle hulpverleningssituaties. Uitzonderingen zijn geneesmiddelenverstrekking en keuringen.
Doelgroep. Alle patiënten (dus inclusief vrijwillig èn onvrijwillig opgenomen psychiatrische patinten).

Inhoud. De regeling gaat ervan uit dat hulpverlener en patiënt een behandelingsovereenkomst sluiten tot het verrichten van handelingen op het gebied van geneeskunst (onderzoek, behandeling). Voor het sluiten van de overeenkomst is van belang dat de hulpverlener de patiënt duidelijk informeert over onder meer de aard en het doel van het onderzoek of de behandeling, de te verwachten gevolgen en risico's en alternatieven. In beginsel is voor verrichtingen ter uitvoering van de overeenkomst toestemming van de patiënt vereist. De relatie tussen informatie en toestemming (ook wel aangeduid als informed consent) zijn belangrijke eisen voor een behoorlijke behandelingsovereenkomst.

Op het toestemmingsvereiste bestaat een aantal uitzonderingen. Voor verrichtingen van niet ingrijpende aard is geen toestemming nodig; er wordt uitgegaan van veronderstelde toestemming. In spoedsituaties heeft een hulpverlener de plicht om noodzakelijke handelingen die in het belang van de patiënt zijn, uit te voeren.

Ook kan bij de besluitvorming een zogenoemde schriftelijke wilsverklaring worden betrokken. Zo'n verklaring maakt iemand op een moment dat diens geestelijke vermogens intact zijn, met de bedoeling eventuele beslissingen over behandeling en verzorging in de toekomst te beïnvloeden. In de verklaring kan een vertegenwoordiger worden benoemd voor situaties waarin de patiënt zelf niet meer kan beslissen of kunnen wensen worden neergelegd voor het doen of nalaten van bepaalde handelingen. De negatieve wilsverklaring, die een weigering van toestemming inhoudt (het nalaten), heeft in de WGBO een wettelijke status gekregen.

Daarnaast biedt de wet de mogelijkheid van vervangende toestemming bij onbekwame meerderjarigen. Naast de curator, de mentor en de persoonlijk gemachtigde kent de wet een aantal informele vertegenwoordigers, zoals echtgenoot of partner en ouder of kind. De bevoegdheden van de informele vertegenwoordigers zijn beperkt. De hulpverlener zal hun beslissingen overnemen, voor zover dat in het belang van de patiënt is.
Ten slotte is de hulpverlener verplicht bij zijn werkzaamheden de zorg van een goed hulpverlener in acht te nemen. De hulpverlener handelt daarbij in overeenstemming met de op hem rustende verantwoordelijkheid, voortvloeiende uit de voor hulpverleners geldende professionele standaard. Deze 'plicht tot goed hulpverlenerschap' vormt in de praktijk een legitimering voor de toepassing van handelingen waarvoor toestemming ontbreekt of onduidelijk is en waar de patiënt niet in staat is daar zelf over te beslissen, maar die wel in het belang van de patiënt worden geacht. Het kan dan bijvoorbeeld gaan om het fixeren van een patiënt om te voorkomen dat die een infuus uittrekt.

Andere bepalingen van de WGBO hebben onder meer betrekking op dossiervorming, inzagerecht, gegevensverstrekking en aansprakelijkheid.

Toestemming. Zonder toestemming van de patiënt mag in beginsel niet worden behandeld. Alleen voor verrichtingen die kennelijk

nodig zijn om ernstig nadeel voor de patiënt te voorkomen, is geen toestemming nodig. In de wet is echter niet precies omschreven wanneer zich zo'n situatie voordoet. Als de patiënt zelf niet in staat is om toestemming te verlenen op het moment van behandeling, dan kan een formele of informele vertegenwoordiger onder voorwaarden vervangende toestemming geven. Ook kan bij de besluitvorming een eerder door de patiënt opgestelde schriftelijke wilsverklaring worden betrokken.

Bij dit alles moet de hulpverlener de 'plicht tot goed hulpverlenerschap' in acht nemen. Dit betekent dat in situaties van wilsonbekwaamheid waarin toestemming ontbreekt, kan worden gehandeld conform de professionele standaard. Ook kan een hulpverlener voorbij gaan aan de vervangende toestemming of een schriftelijke wilsverklaring wanneer deze niet in het belang is van de patiënt.
Voorwaarden. Het is niet toegestaan nadere voorwaarden aan de patiënt op te leggen. Het individuele patiëntenperspectief staat voorop. Wel moet de patiënt de hulpverlener naar beste weten inlichtingen en medewerking geven die redelijkerwijs nodig zijn voor de uitvoering van de behandelingsovereenkomst.

Wet bopz

Doel. Regeling voor de onvrijwillige opneming in psychiatrische ziekenhuizen en de interne rechtspositie van degenen die onvrijwillig zijn opgenomen in een psychiatrisch ziekenhuis
In werking. Januari 1994.
Reikwijdte. Naast psychiatrische ziekenhuizen is de wet ook van toepassing op verpleeg- en zwakzinnigeninrichtingen (of delen daarvan) wanneer die zijn gericht op behandeling, verpleging en verblijf van personen die gestoord zijn in hun geestvermogens. Ook psychiatrische afdelingen van algemene of academische ziekenhuizen vallen onder de wet.
Doelgroep. Psychiatrische patiënten, verstandelijke gehandicapten, psycho-geriatrische patiënten en mensen met verslavingsproblemen (wanneer zij voldoen aan criteria).

Inhoud. Ten eerste de onvrijwillige opneming. Hiervoor is in het algemeen een rechtelijke machtiging (RM) of een inbewaringstelling (IBS; in spoedgevallen) vereist. Criteria voor opname zijn: 1) stoornis 2) gevaar 3) geen bereidheid en 4) ultimum remedium dat wil zeggen het uiterste middel. De procedure voor opneming is vastgelegd in de wet: bij de RM is het oordeel van de rechter

noodzakelijk, bij de IBS beslist de burgemeester. Het is mogelijk om een RM of IBS te verlengen.

Voor opneming in zwakzinnigen- en verpleeginrichtingen geldt een afwijkende procedure. Als de betrokkene bezwaar maakt, blijft de RM (of IBS) noodzakelijk. Als de betrokkene geen bezwaar maakt, maar ook niet de nodige bereidheid vertoont, moet een indicatiecommissie oordelen over de opneming.

Ten tweede de interne rechtspositie. Van de regels rond de interne rechtspositie zijn vooral die van belang die betrekking hebben op het behandelingsplan, dwangbehandeling en middelen en maatregelen.

Het behandelingsplan moet gericht zijn op een zodanige verbetering van de stoornis dat het gevaar dat ten grondslag ligt aan de opneming, vermindert of wordt weggenomen. Het plan wordt opgesteld in overleg met de patiënt, of diens wettelijke vertegenwoordiger, en deze moet er ook mee instemmen. Het behandelingsplan vermeldt de therapeutische middelen die kunnen worden ingezet. Voor de uitvoering van het plan is vereist dat de patiënt zich niet verzet.

Wanneer nog geen overeenstemming is bereikt over het behandelingsplan of de patiënt zich verzet tegen uitvoering van een overeengekomen plan, is onder bepaalde voorwaarden dwangbehandeling mogelijk. Die delen van het (voorgestelde) behandelingsplan mogen worden uitgevoerd die noodzakelijk zijn om ernstig gevaar af te wenden.

Onder bepaalde voorwaarden kunnen in noodsituaties ook andere middelen en maatregelen worden gebruikt dan aangeven in het behandelingsplan. De toegestane middelen en maatregelen zijn: afzondering, separatie, fixatie, medicatie en toediening van vocht en voeding. Dit kan gedurende maximaal zeven dagen, ter overbrugging van de noodsituatie. Gedurende die periode moet het behandelingsplan worden bijgesteld. Het gebruik van middelen en maatregelen moet, evenals het toepassen van dwangbehandeling, worden gemeld bij de Inspectie.

Toestemming. Zonder toestemming van betrokkene is opname in een psychiatrisch ziekenhuis mogelijk als wordt voldaan aan de vier criteria. Hulpverlener en patiënt (of diens wettelijke vertegenwoordiger) overleggen over een op te stellen behandelingsplan,

waarin de middelen worden aangegeven die kunnen worden ingezet om gevaar af te wenden.
Dwangbehandeling. Zoals al is aangegeven kan zonder toestemming van de patiënt het (voorgestelde) behandelingsplan worden toegepast als het erom gaat ernstig gevaar (voor zichzelf of voor anderen) te bestrijden. Alleen dat deel dat noodzakelijk is om het gevaar te doen afnemen mag worden ingezet.
Middelen en maatregelen. In noodsituaties kunnen andere middelen worden toegepast dan degene genoemd in het behandelingsplan (zie hiervoor).

Voorwaarden. Zowel ten aanzien van de opname als de behandeling kunnen aan de patiënt voorwaarden worden gesteld.
De rechtelijke machtiging op eigen verzoek is een bijzondere vorm van opneming waarvan gebruik kan worden gemaakt als voorzienbaar is dat de betrokkene de behandeling voortijdig zal willen afbreken. De vordering tot een RM moet op verzoek van de betrokkene zijn opgesteld en gepaard gaan met een behandelingsplan.

Ook aan het verlof kunnen voorwaarden worden verbonden. Ten hoogste twee keer per jaar kan de patiënt verlof worden verleend om het psychiatrisch ziekenhuis voor meer dan 60 uur te verlaten. Het gevaar dat de patiënt veroorzaakt, moet wel dusdanig zijn verminderd dat tijdelijke terugkeer in de maatschappij verantwoord is. Het verlof mag niet langer duren dan twee weken en moet in het belang van de patint zijn. Aan de toekenning van het verlof kunnen voorwaarden worden verbonden, zoals het onder toezicht stellen van een instelling of het gebruik van medicatie. Het verlof wordt ingetrokken bij hernieuwd gevaar en kan worden ingetrokken wanneer de patiënt de voorwaarden niet nakomt.

Voorwaardelijk ontslag kan worden verleend als het gevaar dusdanig is verminderd dat dit verantwoord is en dit in het belang van de patiënt gewenst is. De voorwaarden komen overeen met die van voorwaardelijk verlof; de gronden voor intrekking van het voorwaardelijk ontslag zijn eveneens overeenkomstig. De Wet bopz bevat geen eisen omtrent de duur van voorwaardelijk ontslag. In het algemeen dient ontslag plaats te vinden wanneer niet langer wordt voldaan aan de criteria voor een gedwongen opname of de geldigheidsduur van een rechtelijke machtiging is verlopen. Een rechtelijke machtiging wordt afgegeven voor een termijn van ten hoogste zes maanden.

Wet bioz

Doel. De Wet Bestrijding infectieziekten en opsporing ziekte-oorzaken (Wet bioz) regelt in curatieve en preventieve zin de bestrijding van infectieziekten.
In werking. De Wet bioz is in 1928 in werking getreden. In 1974 is de werkingssfeer van de wet uitgebreid tot in beginsel alle infectieziekten, ook de niet-besmettelijke. Eind april 1997 is bij het parlement een wetsvoorstel ingediend voor een nieuwe infectieziektenwet; op dit voorstel wordt hierna kort ingegaan.
Inhoud. De Wet bioz maakt een onderscheid in drie categorieën ziekten. Het preventief karakter van de wet krijgt inhoud door een meldingsplicht. Vanwege het gevaar van besmetting van derden zijn vrijheidsbeperkende maatregelen mogelijk. Noodzakelijke besluiten worden genomen door de burgemeester. De burgemeester bezit de bevoegdheid om iemand die gevaar voor verspreiding oplevert of verdacht wordt aan een A of B-ziekte te lijden, aan maatregelen van ontsmetting, afzondering, waarneming, toezicht of onderzoek te onderwerpen. Als de betrokkene zich aan deze maatregelen onttrekt, pleegt hij of zij een strafbaar feit.

Bij categorie A gaat het om besmettelijke ziekten met een ernstig karakter, waarbij ook bij het vermoeden ervan snelle maatregelen moeten worden getroffen. Patiënten met zo'n ziekte worden in beginsel verplicht geïsoleerd ('afgezonderd') in een speciale kliniek of thuis, wanneer de patiënt niet vervoerd kan worden en maatregelen zijn genomen om uitbreiding van de ziekte tegen te gaan. De afzondering wordt opgeheven als het gevaar van besmetting is geweken. De arts dient bij een (vermoeden van een) A-ziekte, zoals pest, polio en rabies, de Inspectie onverwijld in kennis te stellen. Overigens geldt voor polio een gedeeltelijke uitzondering, waardoor de patiënt niet ten alle tijde hoeft te worden afgezonderd.

Bij ziekten uit categorie B, zoals cholera, hepatitis, malaria en tuberculose, bestaat de bevoegdheid om een patiënt te isoleren. In beginsel kan verpleging thuis plaatsvinden, maar wanneer onvoldoende maatregelen kunnen worden genomen om uitbreiding van de ziekte tegen te gaan, kan de betrokkene naar een speciale kliniek worden overgebracht. B-ziekten moeten binnen 24 uur gemeld worden.

Bij C-ziekten, zoals gonorroea en syfilis, staat de melding (binnen zeven dagen) centraal om het verloop van de ziekte epidemiologisch te kunnen volgen. Er kunnen geen dwangmaatregelen worden toegepast.

Toestemming. De burgemeester is bevoegd een persoon die lijdt aan een A-ziekte aan maatregelen te onderwerpen die door de geneeskundig inspecteur noodzakelijk worden geacht. De inspecteur moet daarbij een schriftelijke motivatie geven. De maatregelen kunnen betrekking hebben op ontsmetting, afzondering, waarneming, toezicht of onderzoek. De burgemeester heft de maatregelen onverwijld op, nadat de inspecteur schriftelijk heeft verklaard dat het gevaar is geweken. Dezelfde maatregelen kunnen worden genomen bij een B-ziekte wanneer de inspecteur van mening is dat de verspreiding van de ziekte in bijzondere mate dreigt voort te gaan.

Voorwaarden. De persoon die zich niet houdt aan de door de burgemeester opgelegde dwangmaatregelen pleegt een strafbaar feit. De wet kent enige differentiatie in de toepassing van dwangmaatregelen. Mede afhankelijk van de medewerking van de patiënt hoeft bij polio niet altijd tot isolatie te worden overgegaan, ook al is het een A-ziekte. Aan patiënten met een B-ziekte kunnen verdergaande maatregelen worden opgelegd wanneer er een kans is op verdere uitbreiding van de ziekte.[1]

Voorstel infectieziektenwet

Doel. De nieuwe infectieziektenwet zal te zijner tijd in de plaats treden van de Wet bioz. Gestreefd wordt naar een evenwicht tussen het belang van de volksgezondheid en respect voor de rechten van (mogelijk) geïnfecteerde personen.
In werking. Op 29 april 1997 is een voorstel van wet ingediend voor `regels ter afwending van gevaren van infectieziekten'. De datum van inwerkingtreding is nog niet bekend.
Inhoud. Aanleiding voor het wetsvoorstel zijn onder meer gewijzigde opvattingen over bescherming van rechten van de mens, sociale veranderingen, medische ontwikkelingen en gewijzigde inzichten over bestrijding van infectieziekten. Uitgangspunt van de nieuwe wet is dat bestrijding van infectieziekten zoveel mogelijk op basis van vrijwilligheid gebeurt. De wet heeft ten doel infectieziekten zoveel mogelijk terug te dringen met de geringst mogelijke inbreuk op individuele vrijheidsrechten.

Voor het nemen van dwangmaatregelen bestaat slechts aanleiding wanneer het gevaar dreigt dat een ziekte ernstige schade kan toebrengen aan de volksgezondheid, terwijl dit gevaar niet op een andere wijze effectief kan worden afgewend. Op individueel niveau kent het wetsvoorstel twee dwangmaatregelen, namelijk gedwongen opneming ter isolatie en gedwongen medisch onderzoek. Deze maatregelen kunnen slechts worden genomen bij ernstige, in de wet genoemde, infectieziekten. Gedwongen onderzoek in het lichaam wordt gezien als de meest ingrijpende maatregel en dient daarom slechts als laatste mogelijkheid te worden toegepast, met gedwongen opneming ter isolatie als voorlaatste mogelijkheid. `Aldus wordt, met inachtneming van de vrijheid om behandeling te weigeren, de integriteit van het lichaam zo lang mogelijk gerespecteerd; namelijk zo lang als dat vanuit het oogpunt van bescherming van de bevolking als geheel tegen de gevaren van infectieziekten verantwoord is. De inbreuken die deze wet mogelijk maakt zijn proportioneel aan de belangen die met de toepassing ervan worden gediend.' (Tweede Kamer 25336, nr.3, p. 3) Dwangbehandeling maakt de nieuwe wet niet mogelijk en is in de systematiek van deze wet ook niet nodig, omdat via een gedwongen isolatie gevaar voor derden is weggenomen.

Het wetsvoorstel sluit zoveel mogelijk aan bij de Wet bopz, maar volgt dit systeem niet volledig. In beide situaties gaat het erom dat een persoon in het belang van de volksgezondheid zijn of haar vrijheid wordt ontnomen. Toch maakt een aantal specifieke omstandigheden een aparte regeling noodzakelijk, onder meer omdat bij bestrijding van infectieziekten de IBS een andere rol vervult en er minder sprake is van een behandelingssituatie. In het algemeen is de rechtsbescherming van betrokkenen die een maatregel opgelegd krijgen belangrijk verbeterd, in vergelijking met de bestaande Wet bioz.

Quarantainewet

Doel. De Quarantainewet is gericht op het weren van bepaalde besmettelijke ziekten die via internationaal verkeer worden verspreid.
In werking. De Quarantainewet is in 1964 werking getreden en een aantal keren herzien.
Inhoud. De wet sluit aan op de Internationale Gezondheidsregeling die in 1971 in werking is getreden. Deze regeling heeft voornamelijk betrekking op zogenoemde quarantainabele ziekten (pest, pokken, cholera en gele koorts). De regeling gaat onder

meer in op definities, kennisgevingen, organisatie van gezondheidsvoorzieningen en bevoegdheden. De Quarantainewet bevat dan ook bepalingen over berichtgeving, taken van de minister en van de burgemeester, verplichtingen van een aantal verantwoordelijken in internationaal verkeer en over inentingen tegen pokken, cholera en gele koorts. De burgemeester dient de nodige maatregelen te nemen om bestrijding van quarantainabele ziekten te voorkomen en tegen te gaan, daarin bijgestaan door een of meer geneeskundigen. Een bijzondere taak is weggelegd voor artsen in gemeenten met havens en luchthavens die voor internationaal verkeer worden gebruikt. Bij ernstig gevaar kan de burgemeester speciale maatregelen nemen. De toegestane maatregelen zijn limitatief vermeld in de Internationale regeling. Daarbij gaat het onder meer om ontsmetting, ondertoezichtstelling, verwijdering en isolatie.
Toestemming. Een besmet persoon kan bij aankomst door de gezondheidsautoriteit uit het vervoermiddel worden verwijderd en afgezonderd. Een verdacht persoon die een internationale reis maakt en aankomst uit een besmette kring kan onder toezicht worden gesteld tot het einde van de incubatieperiode.
Voorwaarden. Als de gezondheidsautoriteit het gevaar van overbrenging van de besmetting door de verdachte persoon uitzonderlijk ernstig oordeelt, kan de persoon alsnog worden afgezonderd.

Vaccinatie

Als intermezzo, een korte beschouwing over de geschiedenis van het Nederlandse vaccinatiebeleid. Het huidige vaccinatiebeleid is gestoeld op vrijwilligheid en levert een inentingspercentage op van ruim 95, volgens Rigter het hoogste ter wereld. De niet-ingente personen zijn voornamelijk afkomstig uit streng-gereformeerde gemeenschappen die om religieuze redenen vaccinatie afwijzen. Ook na de polio-epidemie van 1992 is besloten vast te houden aan het vrijwillige karakter en geen vaccinatieplicht in te voeren.

Van 1872 tot 1928 kende Nederland echter een indirecte vaccinatieplicht voor pokken. Leerkrachten en leerlingen die niet waren ingeënt tegen pokken en daarom geen pokkenbriefje konden overleggen, moesten van school worden geweerd. Kinderen van ouders die onoverkomelijke bezwaren hadden tegen vaccinatie waren hierdoor aangewezen op huisonderwijs door particulieren. In de politiek is meermaals een heftige strijd gevoerd om deze indirecte vaccinatieplicht. Een bijkomend gevolg van de

pokkenvaccinatie was echter het optreden van een vorm van hersenonsteking, die kon leiden tot de dood. In 1928 werd uiteindelijk de indirecte vaccinatieplicht opgeschort, omdat de overheid de burgers niet langer wilde bloot stellen aan een overheidsmaatregel waaraan gevaren voor de gezondheid waren verbonden.

Het aantal vaccinaties daalde daarna drastisch. Deskundigen vreesden dat bij ongewijzigd beleid de ziekte weer in omvang zou toenemen. In de Inentingswet van 1940 werd daarom een systeem van wettelijk gereguleerde individuele drang vastgelegd. Ouders van niet-ingeënte kinderen werden verplicht hun weigering schriftelijk en mondeling toe te lichten. Het probleem van de hersenontsteking was er echter nog steeds. De pokkenvaccinatie zelf leidde tot sterfgevallen, in de jaren 1959-1968 60 personen. De Inentingswet bleef geldig tot 1975; in 1977 werd in Somalië de laatste pokkenpatiënt geregistreerd.

Vaccinatieprogramma's tegen andere ziekten, zoals difterie, kinkhoest, tetanus en polio, zijn vanaf het begin op basis van vrijwilligheid aangeboden (met veel succes). In reactie op voorstanders van vaccinatieplicht bij polio meent Rigter (p. 109) dat zij "over het hoofd zien dat een dergelijke dwangmaatregel demotiverend werkt, protest uitlokt en niet of nauwelijks uitvoerbaar en controleerbaar is" (1993).

Jeugdrecht en jeugdhulpverlening

Op grond van verschillende wetten kunnen ook jeugdigen te maken krijgen met dwangmaatregelen. De maatregelen zelf worden genomen op basis van het civiel recht, bijvoorbeeld de ondertoezichtstelling (art 1:254 BW ev.), of het strafrecht, bijvoorbeeld de terbeschikkingstelling (art 77h Sr ev.). Andere wetten, zoals de Wet op de Jeugdhulpverlening, zien specifiek toe op het hulpaanbod aan de jeugdigen. De gronden voor de toepassing van civiel- of strafrechtelijke maatregelen kunnen verschillen, maar in het algemeen beogen de maatregelen bij de jeugdigen een pedagogisch effect te bewerkstelligen. De dwang kan zijn gericht op het aanvaarden van ambulante hulp of residentiële hulp of de plaatsing in een justitiële inrichting.

Daarnaast is het via het strafrecht mogelijk om `drang' uit te oefenen op jeugdigen. Dit kan door de toepassing van een voorwaardelijke straf of maatregel, waarbij als bijzondere

voorwaarde is gesteld dat de jeugdige een bepaalde vorm van hulpverlening zal aanvaarden. Overigens wordt in het civiele jeugdrecht wordt ook wel in pedagogische sfeer drang toegepast, namelijk door iemand de keuze voor te leggen tussen het opleggen van een zwaardere (straf)maatregel of het aanvaarden van noodzakelijk geachte hulp.

Verslavingszorg

In de verslavingszorg speelt het vraagstuk van dwang en drang al enige jaren een rol, zoals onder meer blijkt uit een reeks Kamerstukken. In januari 1988 verscheen een notitie die specifiek aan dit thema was gewijd en ook de nota Het Nederlandse drugsbeleid uit 1995 van het huidige kabinet gaat in op dwang en drang. Achtereenvolgens wordt op beide nota's ingegaan. Op basis van de eerste notitie kunnen de feitelijke mogelijkheden van dit moment worden beschreven, terwijl de nota uit 1995 nieuwe beleidsontwikkelingen aangeeft.

In 1988 stelt de regering dat een beleid wordt gevoerd waarbij op verslaafden drang wordt uitgeoefend om zich te laten behandelen. Dit speelt vooral in het kader van de strafrechttoepassing, omdat een duidelijke relatie is geconstateerd tussen alcohol- en drugsverslaving en crimineel gedrag. Beide vormen van overlast gaan gepaard met ernstige overlast voor de omgeving en met inbreuken op de rechtsorde. De notitie bevat een inventarisatie van verschillende mogelijkheden voor hulpverlening aan verslaafden, de mogelijkheden daarbij gebruik te maken van dwang en drang of van een verplichting uit hoofde van een contract.

Voorts constateert de regering dat juridische mogelijkheden voor gedwongen behandeling van verslaafden nauwelijks aanwezig zijn. Wel zijn er mogelijkheden voor onvrijwillige opname. In de praktijk van verslavingszorg worden wel vormen van drang gebruikt op verslaafden om een behandeling te beginnen of een begonnen behandeling te voltooien. Een voorbeeld is het schriftelijk vastleggen van afspraken tussen de verslaafde en de leiding van een inrichting, voordat iemand wordt opgenomen. Daarbij wordt ook aangegeven wat de sancties zijn bij het niet-nakomen van afspraken. Zo'n contract is vooral bedoeld als hulpmiddel om de betrokkene te stimuleren. De nakoming van zo'n contract kan juridisch niet worden afgedwongen, maar in de praktijk wordt wel de nodige aandrang op een cliënt uitgeoefend wanneer deze de behandeling wil beëindigen.

Zoals bekend heeft de Wet bopz hieraan de mogelijkheid van een rechtelijke machtiging op eigen verzoek toegevoegd. Zo'n machtiging kan gebruikt worden bij personen die bereid zijn een behandeling te ondergaan, maar waarbij het voorzienbaar is dat zij de behandeling voortijdig zullen willen afbreken. Met name personen met een verslaving aan alcohol of drugs zouden hiervan gebruik kunnen maken, maar uit de evaluatie van de Wet bopz blijkt dat nog nauwelijks gebruik van deze mogelijkheid is gemaakt.

Vooral via het strafrecht bestaan verschillende mogelijkheden om drang uit te oefenen, namelijk door een bijzondere voorwaarde te verbinden aan een justitiële beslissing. Mogelijkheden zijn bijvoorbeeld voorwaardelijk sepot, verschillende vormen van schorsing van voorlopige hechtenis en een voorwaardelijke veroordeling. Ook dwang is mogelijk, onder meer via de maatregel van terbeschikkingstelling. Het gaat dan veelal om intramurale hulpverlening.

Tenslotte concludeert de regering in 1988 dat geen wetswijzigingen nodig zijn om dwang en drang te introduceren. Ook voor verslaafden geldt als uitgangspunt dat zij zelf verantwoordelijk zijn voor hun handelen. "Wel dient een creatief gebruik gemaakt te worden van de mogelijkheden drang op verslaafden uit te oefenen ten einde hen ertoe te brengen zich te laten behandelen." (TK 20415, nr. 2, p.12). Dat kan onder meer wanneer de betrokkene in aanraking komt met justitie.

Onder het huidige kabinet worden deze beleidslijnen in feite voortgezet, zo blijkt uit de nota uit 1995. Hierin worden voor wat betreft het harddrugsbeleid drie groepen onderscheiden, namelijk gebruikers die ernstige delicten plegen, gebruikers die lichte misdrijven plegen en extreem verloederde gebruikers (ongeacht eventueel gepleegde feiten). Voor elk van deze groepen wordt een apart beleid gevoerd.

Voor de eerste groep zijn de bestaande dwang- en drangprojecten bedoeld. In vergelijking met de notitie uit 1988 legt de regering hierbij meer nadruk op bestrijding van overlast. Nieuw is de introductie van een forensische verslavingskliniek. De regering constateert dat de juridische mogelijkheden voor gedwongen behandeling van verslaafden nog steeds beperkt zijn, alhoewel gedwongen opname wel mogelijk is. Onderling afgesloten

behandelcontracten kunnen een aanleiding bieden om drang op een verslaafde uit te oefenen. Als belangrijk nadeel van deze contracten wordt genoemd dat deze in rechte niet afdwingbaar zijn.

Voor de tweede groep, gebruikers die lichte misdrijven plegen of agressief gedrag vertonen, is de regering voornemens een nieuwe vorm van gedwongen opvang te creëren, namelijk de invoering van een strafrechtelijke maatregel 'opvang verslaafden'. Op grond van de nieuwe maatregel moeten verslaafden minimaal drie maanden en maximaal twee jaar kunnen worden opgevangen. Gedurende die periode wordt de betrokkene dan gestimuleerd tot behandeling. Op dit moment kunnen, gelet op de aard van het misdrijf, slechts korte vrijheidstraffen worden opgelegd en daarmee is de opvang dus eveneens van korte duur.

Voor de derde groep gebruikers wordt een experiment met vrije heroïneverstrekking opgezet. Het doel hiervan is behalve het verminderen van overlast, het verbeteren van de lichamelijke en psycho-sociale gesteldheid van de betrokkene.

Terbeschikkingstelling

De terbeschikkingstelling (TBS) is hiervoor al terloops aan bod gekomen. De TBS met verpleging kan worden opgelegd aan personen die een ernstig delict hebben gepleegd en tijdens het begaan daarvan lijden aan een gebrekkige ontwikkeling of ziekelijke stoornis, met een daaruit voortvloeiend gevaar voor het opnieuw plegen van ernstige delicten. De maatregel wordt opgelegd voor twee jaar en kan telkens worden verlengd met een of twee jaar zolang de rechter dat gerechtvaardigd acht wegens de kans op recidive. De maatregel bestaat uit een tot behandeling motiverende verpleging waaraan de verpleegde zich niet of nauwelijks kan onttrekken. In acute noodsituaties kunnen uitsluitend dwangmiddelen worden toegepast en geen dwangbehandeling.

Recent zijn rond de TBS twee relevante wetten gekomen. De eerste wet behelst een wijziging van het Wetboek van Strafrecht omtrent de terbeschikkingstelling (24256). De andere wet heeft betrekking op een beginselenwet Verpleging ter beschikking gestelden (23445).
Na een wijziging van het Wetboek van Strafrecht krijgt de rechter onder meer de mogelijkheid TBS-verpleging voorwaardelijk te beëindigen, met als doel een geleidelijke terugkeer in de

maatschappij te bevorderen. De voorwaarden kunnen uiteenlopen van opname in een psychiatrische kliniek of poliklinische voortzetting van de behandeling tot gebruik van medicatie. Bij niet-naleving van de voorwaarden zal de rechter de voorwaarden kunnen aanscherpen of besluiten de verpleging te hervatten. Dit laatste moet ook gebeuren wanneer voorwaardelijke beëindiging niet langer verantwoord is, omdat betrokkene een gevaar vormt voor de veiligheid van anderen.
Daarnaast schept deze nieuwe wet de mogelijkheid van een TBS met voorwaarden. De TBS-maatregel wordt pas omgezet in een bevel tot verpleging op een moment dat de terbeschikkinggestelde zich bijvoorbeeld niet houdt aan de voorwaarden. Bij de in ontvangst neming van het evaluatierapport van de Wet bopz heeft minister Sorgdrager met name op deze maatregel gewezen als mogelijkheid voor de vormgeving van een voorwaardelijke RM.

De Beginselenwet Verpleging ter beschikking gestelden leidt tot een integrale herziening van de regelgeving voor TBS-inrichtingen. Ook bevat de wet regels ten aanzien van de (dwang)middelen die ten behoeve van controle jegens de betrokkene kunnen worden ingezet. Middelen zijn onder meer onderzoek aan of in het lichaam en het gedogen van een geneeskundige behandeling. Zo kan het hoofd van een inrichting een terbeschikkinggestelde verplichten te gedogen dat ten aanzien van hem een bepaalde geneeskundige handeling wordt verricht, indien dat noodzakelijke is ter afwending van ernstig gevaar voor de gezondheid of veiligheid van de betrokkene of van anderen. De handeling moet worden verricht door een arts, of in diens opdracht, door een verpleegkundige.
Bij de behandeling van de beginselenwet zijn in de Eerste Kamer vragen gesteld over de mogelijkheden van dwangmedicatie ten aanzien van zedendelinquenten, ook wel chemische castratie genoemd. In het bijzonder is gevraagd of art. 26 met zich meebrengt dat bij personen die wegens een zedendelict zijn opgenomen in een TBS-inrichting, dwangmedicatie ter afremming van de sexuele aandrang kan worden toegepast. De minister van Justitie heeft geantwoord dat medicijnen die beogen een behandelend effect te hebben, slechts met instemming van de verpleegde kunnen worden toegediend. Verpleging kan weliswaar onder dwang plaatsvinden, maar behandeling kan slechts geschieden met instemming van de verpleegde. Wanneer wordt voldaan aan de eisen van art. 26, eerste lid (handeling is nodig ter afwending van ernstig gevaar voor de gezondheid of de veiligheid van de verpleegde of van anderen), kan op indicatie van een arts ook aan een zedende-

linquent gedwongen medicijnen worden toegediend met een afremmende werking op seksuele aandrang. De minister denkt dat dit in de praktijk niet vaak zal voorkomen, aangezien het niet gaat om gevaar voor de samenleving, maar om gevaar voor anderen die in de inrichting verblijven. Daarnaast wordt ingegaan op de situatie in een aantal andere landen. In het algemeen kan toediening niet gedwongen plaatsvinden, maar soms kan het een onderdeel vormen van een voorwaardelijke invrijheidstelling.

Bijlage 5

De praktijk van dwang en drang in de gezondheidszorg in Nederland: een fragmentarische momentopname

Dwang en drang kan binnen de hulpverlening op de volgende plekken voorkomen:
a de thuissituatie;
b de spreekkamer;
c het algemene ziekenhuis;
d de voorzieningen voor dak- en thuislozen;
e de voorzieningen voor verstandelijk gehandicapten;
f de voorzieningen voor lichamelijk gehandicapten;
g de voorzieningen voor ouderen;
h de voorzieningen voor psychiatrische patiënten;
i de voorzieningen voor verslaafden.

Allereerst wordt kort het terrein en het toepasselijk juridisch kader aangegeven. Vervolgens zal de praktijk van dwang en drang in Nederland in kaart worden gebracht en zoveel mogelijk worden gekwantificeerd. Daarna zetten we de problemen die zich voordoen op een rij. Als 'maatlat' bij het bepalen wanneer iets al dan niet een probleem is, geldt:
- er wordt ten onrechte dwang/drang toegepast (doen);
- er wordt geen dwang/drang toegepast waardoor er een zorgtekort ontstaat (nalaten).

a De thuissituatie

Afbakening
Onder 'thuissituatie' wordt verstaan de thuissituatie met informele zorg, met reguliere thuiszorg of psychiatrische thuiszorg waaronder tevens casemanagement of bemoeizorg vallen.

Juridisch kader
Op de formele hulpverleningssituaties, de psychiatrische thuiszorg en de reguliere thuiszorg, is de WGBO van toepassing. Voor de informele zorg is geen een specifiek juridisch kader voorhanden. Wanneer het om familie zoals echtgeno(o)t(e), kinderen of ouders gaat, kan het familierecht van toepassing zijn waarin een zorgplicht van deze personen voor elkaar wordt vastgelegd.

Feiten

Het is onbekend in hoeverre hulpvragers in de thuissituatie te maken hebben met dwang. Gegevens voortvloeiend uit onderzoek over omvang, aard en ernst ontbreken (nog). Het vermoeden bestaat dat er in de thuissituatie wel degelijk sprake is van dwang. Er zijn geluiden die erop wijzen dat dit een probleem is bij met name psycho-geriatrische patinten die thuis wonen. Als risicofactoren voor het optreden van dwang kunnen worden aangemerkt een overbelaste mantelzorg, overbelaste hulpverleners, te weinig hulpverleners of lange wachtlijsten voor intramurale of semimurale voorzieningen. Als risicofactoren van de kant van de hulpvragers gelden lastigheid en/of overlast bezorgen.

In de hulpverlening aan psychiatrische patiënten in de thuissituatie wordt van verschillende vormen van drang gebruik gemaakt. Bij bemoeizorg is er sprake van een zeer actieve benadering van therapie-ontrouwe chronische psychiatrische patiënten. Met behulp van creatieve, pedagogische en koopmansstrategieën wordt aan patiënten hulp opgedrongen (Henselmans, 1993). In het casemanagement worden ook vormen van drang toegepast; een kleine groep patiënten krijgt de hulp min of meer opgedrongen, terwijl zij geen behoefte aan hulp hebben en aanvankelijk afwijzend reageren.

Cijfers
Gegevens om de vermoedens te bevestigen of te ontkrachten ontbreken nog. De Inspectie voor de Gezondheidszorg heeft recentelijk een onderzoek laten verrichten door de Universiteit van Groningen waarin 2100 respondenten een vragenlijst kregen voorgelegd over dwang en drang op de volgende plaatsen: verzorgingshuizen, woonvormen voor lichamelijke gehandicapten, gezinsvervangende tehuizen en kort-verblijfhuizen voor verstandelijk gehandicapten, de psychiatrische thuiszorg en de reguliere thuiszorg. De resultaten van dit onderzoek zullen naar verwachting in september 1997 openbaar worden gemaakt.

Problemen
Er zijn onvoldoende gegevens om de vermoedens rond de toepassing van dwang in de thuissituatie te staven. Gegevens over omvang, aard en ernst ontbreken. De toepassing van dwang in de thuissituatie van patiënten/cliënten door hulpverleners is juridisch ontoelaatbaar.

Beschouwing
Om de problemen rond het gebruik van dwang en drang in

thuissituaties helder te krijgen, zal allereerst nader onderzoek verricht moeten worden om problemen en oorzaken in kaart te brengen. Vervolgens zal de overheid haar beleid op de mogelijke risicofactoren moeten richten en het zo mogelijk positief beïnvloeden daarvan, door bijvoorbeeld: aandacht voor ondersteuning van de mantelzorg, voor het verder stimuleren van een extramuraal aanbod vanuit gespecialiseerde intramurale zorgvoorzieningen en voor het zo kort mogelijk houden van wachtlijsten. Daarnaast is het raadzaam een duidelijk 'beleidskader' te schetsen over de wenselijkheid/toelaatbaarheid van drang in de hierboven genoemde situaties.

b De spreekkamer

Afbakening
Onder de 'spreekkamer' worden die situaties verstaan waarin een hulpvrager, die niet in een intramurale instelling verblijft, contact heeft met een hulpverlener met een min of meer specifieke vraag of probleem. Die hulpverlener kan een specialist, huisarts, fysiotherapeut, psycholoog, psychiater, sociaal-psychiatrisch verpleegkundige, maatschappelijk werker of verloskundige zijn.

Het juridisch kader
Het toepasselijk juridisch kader is WGBO.

Feiten
De mogelijkheden voor de toepassing van dwang in de spreekkamer zijn gering. De patiënt kan (in principe) zelf zijn hulpverlener uitzoeken, gaat uit vrije wil naar zijn/haar spreekkamer, bepaalt zelf de hulpvraag en er is geen sprake van toezicht of controle van de hulpverlener op zijn dagelijks leven. De stoornis, beperking of handicap waarmee hij zich in de spreekkamer vervoegt, is bovendien (nog) niet zo ernstig dat hij intramurale zorg nodig heeft. Het is dan ook nauwelijks voorstelbaar dat in deze situaties hulpverleners tegen de wil van de patiënt handelen en dwang toepassen.

Lijkt dwang niet voor te komen, drang is wel voorstelbaar. De hulpvrager is immers afhankelijk van de hulpverlener; deze beschikt over de benodigde kennis en ervaring. Deze afhankelijkheid wordt versterkt, omdat het om een hoog gewaardeerd goed gaat; de gezondheid. In de bejegening komt het erop aan de patiënt met respect te behandelen; hier kan echter ook sprake zijn van

vormen van overreding, onder druk zetten, etc. Ook in de wijze waarop de hulpverlener informatie verstrekt aan de hulpvrager, kunnen elementen van drang zitten. De informatie over de behandeling van het gezondheidsprobleem waarmee de hulpvrager de spreekkamer binnenkomt, lijkt hierbij het belangrijkst. Op grond van die informatie maakt de hulpvrager immers een keuze over zijn gezondheid, door bijvoorbeeld al dan niet in te stemmen met een behandeling. Om een goede afweging te kunnen maken zal de hulpverlener volledig moeten zijn in de informatieverstrekking over de voor en nadelen van een behandeling en de verschillende behandelmogelijkheden. Daartoe is de hulpverlener ook verplicht in het kader van de WGBO.

Naar verwachting kan er een onderscheid gemaakt worden in de mate waarin drang wordt toegepast in de verschillende spreekkamersituaties. De Riagg-hulpverlener, de algemeen maatschappelijk werker (amw-er) en de CAD-medewerker zullen meer drang gebruiken dan bijvoorbeeld een fysiotherapeut of huisarts. Het iets sterk aanraden en het overreden/ overtuigen van de hulpvrager zal hier vaak onderdeel uitmaken van het behandelplan. Het bewerkstelligen van een gedragsverandering is immers in de ggz, het algemeen maatschappelijk werk en in de verslaafdenzorg vaak een hulpverleningsdoel.

Bij het algemeen maatschappelijk werk doet zich drang voor onder de noemer 'voorwaardelijke hulpverlening'. Voorwaardelijke hulpverlening houdt in dat cliënten uitstel kunnen krijgen van uithuisplaatsing, ontslag of van de verplichting hun schulden te betalen op voorwaarde dat zij begeleiding van het amw accepteren. Het is onbekend hoeveel van dit soort projecten er zijn en hoeveel cliënten ermee geconfronteerd worden. Het Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn (NIZW) werkt aan een professionalisering van deze nieuwe activerende vormen van hulpverlening (Bauduin, 1997).

Ook in de ambulante geestelijke gezondheidszorg zijn voorbeelden van hulpverlening onder voorwaarden; zo komt het voor dat er aan voormalige APZ-bewoners van een APZ woningen worden aangeboden die zij zelfstandig kunnen huren, mits zij begeleiding vanuit een RIAGG accepteren. Behalve het hulp 'opdringen' in een als...dan...constructie, komt het (dreigen met) weigeren van hulpverlening ook voor. Hoe vaak en bij wat voor soort hulpvragen dit voorkomt, is onbekend.

Preventie als een vorm van drang neemt een aparte plaats in; al geruime tijd bestaan er twee stromingen onder hulpverleners wat dit betreft: zij die ongevraagd mensen benaderen over (slechte) leefgewoonten of bijvoorbeeld voor een standaard bloeddrukmeting en zij die dat niet doen, omdat het 'bedilzucht' is. In het buitenland heeft men doorgaans minder moeite met het ongevraagd benaderen van mensen die toch de spreekkamer al bezoeken. Primaire preventie (bijvoorbeeld de griepvaccinatie) verloopt steeds succesvoller in Nederland; inmiddels laat al 60% van de risicopopulatie zich vaccineren. Ook de deelname aan secundaire preventieprogramma's (de bevolkingsonderzoeken) laat een stijgende lijn zien. Bij de tertiaire preventie, gericht op het bewerkstelligen van veranderingen in het gedrag, zijn er signalen die wijzen op een brede acceptatie van meer 'bemoeizorg' van hulpverleners om de kwaliteit van leven te bewaken (RMO, 1997).

Cijfers
Kwantitatieve gegevens over het voorkomen van dwang en drang in de spreekkamer ontbreken.

Het Nivel doet momenteel een onderzoek naar de bejegening in de spreekkamer. De vraagstelling luidt hoe aan de informatieplicht volgens de WGBO gestalte wordt gegeven in de spreekkamersituatie van huisartsen, specialisten en fysiotherapeuten.

Problemen
Problemen met dwang doen zich waarschijnlijk niet of nauwelijks voor. Problemen met drang zijn moeilijk te duiden; gepoogd is ze enigszins te systematiseren door het onderscheiden van patiëntenvoorlichting, bemoeizorg, voorwaardelijke hulpverlening en preventie.

Beschouwing
Met name voor de patiënten in de geestelijke gezondheidszorg en in de verslavingszorg (maar misschien ook wel in de jeugdhulpverlening) is het geboden verder te gaan met het ontwikkelen van methodieken van hulpverlening om een antwoord te krijgen op de volgende vragen. Hoe houd je een zwak gemotiveerde patiënt in zorg? Hoe voorkom je drop-outs? Het is bij sommige stoornissen, beperkingen en handicaps uiterst belangrijk mensen in de spreekkamer te houden en/of de spreekkamer naar de thuissituatie te verplaatsen. De indruk bestaat dat hier nog veel winst te behalen is. Tevens is het raadzaam lering te trekken uit de

ervaringen met de voorwaardelijke hulpverlening zoals die momenteel door het amw uitgeoefend wordt. Ook is het zaak een standpunt in te nemen over de (on)wenselijkheid van de steeds meer in gebruik komende verschillende vormen van als..dan...constructies.

c Het algemene ziekenhuis

Afbakening
Onder het algemene ziekenhuis worden de algemene, academische en categorale ziekenhuizen begrepen met uitzondering van de psychiatrische afdelingen en de afdelingen voor verslaafdenzorg.

Het juridisch kader
De hulp- en zorgverlening die geboden wordt in een ziekenhuis valt binnen de reikwijdte van de WGBO.

De feiten
Het weigeren van een opname of behandeling of het zich verzetten tegen een opname of behandeling zal over het algemeen niet tot problemen leiden in ziekenhuizen; patiënten verblijven vrijwillig in de instelling en zullen expliciet toestemming moeten geven voor de opname en behandeling. Desondanks kent de praktijk binnen de ziekenhuizen wel enige dwang. In de ziekenhuizen worden vrijheidsbeperkende maatregelen zoals fixeren met behulp van een Zweedse band, bedhekken en isolatie toegepast. In de meeste situaties worden deze maatregelen genomen om patiënten te beschermen. Patinten kunnen uit bed vallen of infuuslijnen of andere noodzakelijke apparatuur verwijderen. Daarnaast kunnen vrijheidsbeperkende maatregelen toegepast worden om medepatiënten te beschermen; bijvoorbeeld isolatie om verdere verspreiding van een infectie of virus te voorkomen of fixatie in verband met fysieke agressie.

Fixeren met behulp van Zweedse band of polsbanden zal vooral bij onrustige patiënten worden toegepast. De onrust kan verschillende oorzaken hebben; dementie, (sub)coma, medicijnen, delier, ontwenningsverschijnselen of psychische ziekte. Toepassing van vrijheidsbeperkende maatregelen kan als dwang worden omschreven wanneer de patiënt daarvoor geen toestemming heeft gegeven of zich daar zelfs tegen verzet. De 'onrustige' patiënten zullen doorgaans niet in staat zijn om toestemming te geven voor de fixatie en zullen wellicht verzet

tonen.

Gelijk als in de spreekkamer zal de patiënt in een ziekenhuis drang kunnen ervaren. Dit kan veroorzaakt worden door de wijze waarop hulpverleners patiënten bejegenen, de (hoeveelheid) informatie die verstrekt wordt of door ziekenhuishuisregels. Daarnaast zal (positieve) drang door hulpverleners gebruikt worden om patiënten te motiveren, te stimuleren of in te laten in stemmen met een noodzakelijk geachte behandeling of opname.

Cijfers
Kwantitatieve gegevens omtrent de toepassing van dwang en drang ontbreken.

Problemen
Het gebruik van vrijheidsbeperkende maatregelen zonder toestemming van de patiënt wordt door de hulpverleners in de ziekenhuispraktijk vaak niet als problematisch maar als noodzakelijk ervaren. Schijnbaar wordt ook door patiënten de toepassing van vrijheidsbeperkende maatregelen zonder toestemming niet als probleem ervaren, gezien het geringe aantal klachten en gerechtelijke procedures hierover. Probleem is wel dat het gebruik van dwangmiddelen niet altijd gelegitimeerd is in het kader van de WGBO. Het gebruik van vrijheidsbeperkende maatregelen zonder toestemming van betrokkene wordt in de praktijk onvoldoende geregistreerd en getoetst en toezicht ontbreekt.

Beschouwing
Allereerst is het gewenst meer zicht te krijgen op de aard, omvang en ernst van het gebruik van dwangmiddelen in ziekenhuizen. Vervolgens zal in de praktijk van ziekenhuizen meer aandacht moeten komen voor het toepassen van vrijheidsbeperkende maatregelen en de juridische (on)mogelijkheden. Hulpverleners zijn nog onvoldoende op de hoogte van welke vrijheidsbeperkingen in welke situatie wel en niet toelaatbaar zijn. Een protocol waarin tevens registratie, melding en toetsing door óf de inspectie óf een interne commissie zal de bewustwording bij hulpverleners bevorderen en willekeur voorkomen bij de toepassing van vrijheidsbeperkende maatregelen.

d De voorzieningen voor dak- en thuislozen

Afbakening
Deze voorzieningen die momenteel in Nederland bestaan voor dak- en thuislozen vallen maar gedeeltelijk onder de noemer 'gezondheidszorg'. Er kan een onderscheid gemaakt worden tussen de maatschappelijke opvangvoorzieningen, sociale pensions, de schilvoorzieningen en projecten vanuit de openbare geestelijke gezondheidszorg (bijvoorbeeld de 'vangnetprojecten' vanuit GGD-en die verkommering en verloedering proberen tegen te gaan).

Juridisch kader
Daar waar de voorzieningen onder de noemer 'gezondheidszorg' kunnen worden gebracht, zal de WGBO van toepassing zijn.

Feiten
In 1993 werd aangenomen dat er in Nederland 30.000 dak- en thuislozen waren en dat dit er in het jaar 2000 ruim 50.000 zouden zijn (NRV, 1993b). De Gezondheidsraad gaat in zijn advies Daklozen en thuislozen uit van 20.000 thuislozen in Nederland in de jaren 1989-1990 en plaatst vraagtekens bij de tot dan toe gangbare groeiprognose (Gezondheidsraad, 1995). In de literatuur gaat men ervan uit dat er bij tussen de 15% en 30% van de dak- en thuislozen psychische stoornissen voorkomen. Het blijkt dat hiervan de chronische psychiatrische patinten extra kwetsbaar en het vaakst dakloos zijn (Schene e.a., 1993).

Problemen
Wat kunnen we zeggen over het voorkomen van dwang en drang in de bovenstaande voorzieningen? Niet veel: we weten niet zeker in hoeverre dwang en drang gangbaar is en tot welke problemen het onterecht uitoefenen of nalaten van dwang/drang leidt.

Mogelijke voorbeelden van dwang:
- IBS of RM;
- medicijnen in de soep of de koffie van iemand die dat niet wil;
- wegpesten of uithuiszetting;
- ontsmetting van de woning.

Er zijn geen cijfers over het optreden van deze vormen van dwang bij de dak- en thuislozen bij ons bekend.

Hoe vaak drang voorkomt, is ook onduidelijk; wel duidelijk is dat het voorkomt en waarschijnlijk in een steeds grotere mate. Voorbeelden van het uitoefenen van drang zijn de volgende:
- sociale pensions die als dwingende voorwaarde stellen dat mensen hun medicatie nemen; als ze dat niet doen, worden ze

op straat gezet;
- voorwaarden (zoals het tussen 9.00 en 16.00 uur toelaten van hulpverleners) die door ggz-zorgvernieuwingsprojecten worden opgenomen in de huurcontracten van woningen van voormalige APZ-bewoners;
- initiatieven voor samenwerking met woningbouwverenigingen en uitkeringsinstanties om vormen van 'voorwaardelijke hulpverlening' te realiseren (bijvoorbeeld: een woning wordt alleen toegewezen als er begeleiding wordt geaccepteerd en een uitkering als er wordt gedoucht);
- in de opvangvoorzieningen is een kentering richting bemoeizorg te constateren: de ervaring leert dat dak- en thuislozen zonder outreachende hulp en begeleiding niet veel verder komen, terwijl ze dat wel willen;
- ook de zgn. vangnetprojecten maken veelvuldig gebruik van (lichte vormen van) drang zoals motiveren en overreden om mensen te bewegen opvang of hulp te accepteren (Bauduin, 1997).

Onderzoek

Op de vraag of het 'onterecht' nalaten van gedwongen opneming tot problemen leidt, geeft het onderzoek in het kader van de BOPZ-evaluatie door Scholten en Tjadens (Evaluatiecommissie Wet bopz, 1996, rapport 10) antwoord. Er is onderzocht in hoeverre een afwijzing door de rechter van een IBS (25% afgewezen) of een voorlopige RM (11% afgewezen) leidt tot verkommering en verloedering. De conclusie is dat mensen die zijn geconfronteerd met zo'n afwijzing niet verkommeren en verloederen; de gegevens wijzen eerder in omgekeerde richting: de respondenten zijn er een tot anderhalf jaar na de afwijzing (veel) beter aan toe dan op het moment van de aanvraag tot onvrijwillige opneming (p.87). Daarmee is te stellen dat bij deze populatie (er zijn 174 mensen onderzocht, waarvan 30% behoort tot de 'verkommerden en verloederden') geen sprake is van onterecht nalaten van het gebruik van dwang. De onderzochte populatie blijft niet onverzorgd achter: bijna iedereen krijgt op het moment van afwijzing een professioneel hulpverleningsalternatief aangeboden. Het alternatief is vaak vrijwillige opneming. De meeste afgewezenen accepteren dit alternatief. Helaas is er geen vergelijkend onderzoek gedaan om erachter te komen of er bij mensen die wel gedwongen zijn opgenomen ook sprake is van een overeenkomstige verbetering in hun situatie. Meer duidelijkheid over de effecten van gedwongen opneming op het 'welbevinden' van de psychiatrische patinten onder de dak- en thuislozen is (ook

over langere tijd bezien) dringend gewenst.

Conclusie
Het probleem is dat er onvoldoende informatie bestaat over het optreden van allerlei vormen van drang en dwang en van de effecten ervan. In de praktijk lijken met name de vormen van drang niet tot problemen te leiden, integendeel: het is veeleer de afwezigheid van dit soort methodieken dat tot problemen leidde en leidt. Al met al is het een goede zaak dat er in de zorg voor dak- en thuislozen meer wordt gewerkt met overreden, overtuigen, bemoeizorg etc, kortom met lichte vormen van drang. Dit kan immers verlies van autonomie en verdere marginalisering van de betrokkene voorkomen. De zwaardere vormen van drang (de als..., dan...constructies waarbij o.a. sprake is van 'voorwaardelijke huisvesting') verdienen nadere aandacht van het beleid.

Vormen van dwang moeten zoveel mogelijk worden voorkomen. Dit lost immers de problemen van dak- en thuislozen niet op. "Dwang is per definitie slecht, drang niet", dit is een van de verklaringen die dak- en thuislozen hebben opgesteld in een inspraakronde in Rotterdam. Ook wijzen zij erop dat dak- en thuislozen door de mazen van het zorgnet vallen en dat het overlastargument zwaarder gaat wegen dan het zorgargument (Basisberaad GGZ, 1996b).

e De voorzieningen voor verstandelijk gehandicapten

Afbakening
Inrichtingen voor verstandelijk gehandicapten kunnen onderscheiden worden in algemene instellingen voor verstandelijk gehandicapten, instellingen voor jeugdige licht verstandelijk gehandicapten, gezinsvervangende tehuizen, en observatieklinieken. Informatie en cijfermateriaal rondom de toepassing van dwang en drang in de verstandelijk gehandicapten zorg heeft voornamelijk betrekking op de algemene instellingen voor verstandelijk gehandicapten en de gezinsvervangende tehuizen (GVT-en).

Juridisch kader
De Wet bopz is tevens van toepassing op de instellingen voor verstandelijk gehandicapten, maar niet op de GVT-en. Voor de bewoners die op vrijwillige basis verblijven in de instellingen voor verstandelijk gehandicapten en in de GVT-en is de WGBO van toepassing.

Feiten
Het NZi heeft onderzoek verricht naar de interne rechtspositie binnen de instellingen voor verstandelijk gehandicaptenzorg ten behoeve van de BOPZ-evaluatie. Uit gesprekken met de hulpverleners blijkt dat het gebruik van vrijheidsbeperkende maatregelen vaak ge(ver)legenheidsoplossingen zijn. Uit het onderzoek van het NZi blijkt dat ook binnen GVT-en regelmatig algemene en individuele vrijheidsbeperkingen worden toegepast (Bauduin, 1997).

Cijfers
De Inspectie voor de Gezondheidszorg heeft in 1996 een uitgebreid onderzoek verricht naar het gebruik van vrijheidsbeperkende maatregelen in alle BOPZ-aangemerkte instellingen voor verstandelijk gehandicapten. Bij 28% van alle bewoners werden vrijheidsbeperkende maatregelen toegepast. Slechts 2% van de bewoners van instellingen voor verstandelijk gehandicapten heeft een RM en minder dan 9% van de bewoners heeft een BOPZ-indicatie. Bij ruim 28% van de vrijwillig verblijvende bewoners worden vrijheidsbeperkende maatregelen toegepast (IGZ, 1996c).

De Inspectie heeft in het onderzoek ook 313 zorgplannen onder de loep genomen van bewoners waarbij vrijheidsbeperkende

maatregelen werden toegepast. Uit dit onderzoek is gebleken dat er in 75% sprake is van toepassing van vrijheidsbeperkende maatregelen in het kader van de behandeling of verzorging. Dit was vastgelegd in het zorgplan. Slechts 1 op de 6 bewoners had schriftelijk ingestemd met het zorgplan. Instemming met het zorgplan door ouders of familieleden of wettelijke vertegenwoordigers werd in 50% van de gevallen gegeven. Echter uit 47% van de zorgplannen bleek dat er tevens sprake was van verzet bij de uitvoering van vrijheidsbeperkende maatregelen. Bij 90% werd het zorgplan toch ten uitvoer gelegd zonder dat de juridische status van de bewoner werd aangepast (IGZ, 1996c).

Problemen
Dwang wordt in de instellingen voor verstandelijk gehandicapten toegepast zonder dat hiervoor altijd een wettelijke grondslag bestaat. Daarmee is de rechtspositie van bewoners die een BOPZ-indicatie of een RM hebben op papier beter dan die van vrijwillig opgenomen bewoners. Toepassing van vrijheidsbeperkende maatregelen blijkt in de praktijk niet altijd noodzakelijk te zijn en kan dus worden voorkomen. Hulpverleners voeren als oorzaken aan gebrekkige accommodatie, te weinig personeel, geen goede dagbesteding voor bewoners en een weinig klantgerichte attitude van hulpverleners (Evaluatiecommissie Wet bopz, 1996, rapport 7).

Beschouwing
Het lijkt ons van belang dat er in de gehele sector van de verstandelijk gehandicaptenzorg een voortdurende discussie gevoerd blijft worden over de zin en onzin van en alternatieven voor vrijheidsbeperkende maatregelen. Koepel- en werk-ontwikkelingsorganisaties moeten dit thema langdurig op hun agenda plaatsen. Suggesties als het inschakelen van consulenten-teams, teams van vast en speciaal opgeleid personeel en een toegesneden therapie kunnen de situatie verbeteren.

f De voorzieningen voor lichamelijk gehandicapten

Feiten
Hierover zijn geen feiten gevonden in de literatuur.

g De voorzieningen voor ouderen

Afbakening
Inrichtingen voor ouderen omvatten somatische en psychogeriatrische verpleeghuizen en verzorgingshuizen.

Verpleeghuis: Juridisch kader
Op de zorgverlening in verpleeghuizen is de WGBO van toepassing. Daarnaast strekt de Wet bopz zich uit tot psychogeriatrische verpleeghuizen of afdelingen.

Verpleeghuizen: feiten
In het kader van de BOPZ-evaluatie heeft het NZi in 1995 onderzoek gedaan naar de interne rechtspositie van bewoners in psycho-geriatrische verpleeghuizen. Verpleeghuizen gebruiken allerlei vrijheidsbeperkende maatregelen in de zorg voor psychogeriatrische bewoners. Een onderscheid kan worden gemaakt in zogenaamde immobiliserende maatregelen (bijvoorbeeld fixatie m.b.v. Zweedse Band), elektronische hulpmiddelen (bijvoorbeeld vloercontactmatjes), het opdringen of onthouden van vocht of voedsel en het opdringen van medicatie. Vrijheidsbeperkende maatregelen, met name fixatie, afzondering en medicatie, worden toegepast om de kans op *mogelijk* lichamelijk letsel af te wenden. De link met het gedrag van een specifieke bewoner is niet altijd zichtbaar. Veel handelen is gericht op het voorkomen van mogelijk letsel.

Vrijheidsbeperkende maatregelen worden ook toegepast bij vrijwillig opgenomen bewoners. Verzet hiertegen of tegen verblijf in de instelling komt veel voor in psycho-geriatrische verpleeghuizen, maar wordt niet als zodanig erkend. Hulpverleners in verpleeghuizen stellen eisen aan verzet; verzet moet reëel, consistent en consequent zijn, daarnaast moet de bewoner wilsbekwaam zijn. Verzet vormt vaak geen aanleiding om de juridische status van bewoners aan te passen (Evaluatiecommissie Wet bopz, 1996, rapport 8).

Verpleeghuizen: cijfers
Koopmans heeft onderzoek verricht naar de toepassing van beschermende maatregelen in Huize St. Joachim & Anna, een psycho-geriatrisch verpleeghuis. Bij 69,1% van de bewoners werden één of meer beschermende maatregelen toegepast. Voor het merendeel was dit een dagelijks terugkerend gebeuren dat veel langer dan drie maanden bestond. Bij 43% van de bewoners werden zelfs zonder onderbreking, gedurende het gehele etmaal, diverse maatregelen toegepast (1991).

Verpleeghuizen: problemen
In verpleeghuizen worden dwangmiddelen toegepast zonder dat hiervoor altijd een wettelijke grondslag bestaat. De juridische status van psycho-geriatrische bewoners is nog onvoldoende aangepast. De interne rechtspositie van bewoners met een BOPZ-indicatie of een rechtelijke machtiging is beter gewaarborgd dan die van vrijwillig opgenomen bewoners. Niet alle toegepaste vrijheidsbeperkende maatregelen blijken noodzakelijk te zijn. Creativiteit in het zoeken naar alternatieve maatregelen ter voorkoming van het gebruik van vrijheidsbeperkende maatregelen komt bij verpleegkundigen en verzorgenden maar langzaam op gang. Gebrek aan personeel, gemakzucht en bouwkundige beperkingen zijn volgens zorgverleners de grote struikelblokken om tot alternatieve acties over te gaan (Evaluatiecommissie Wet bopz, 1996, rapport 8).

Verpleeghuizen: beschouwing
Behalve zorgen voor voldoende goede accommodatie en gekwalificeerd personeel is het raadzaam dat koepel- en werkontwikkelingsinstellingen zich ook voor deze groepen patiënten richten op het ontwikkelen van methodieken die verpleging en verzorging helpen bij het bedenken van alternatieven voor dwang. Creatieve oplossingen zijn nodig (zoals het snoezelen dat destijds was).

Verzorgingshuizen: juridisch kader
De verzorgingshuizen vielen tot 1 januari 1997 onder de Wet op de Bejaardenoorden (WBO). Deze wet regelde de planning van voorzieningen, financiering, toezicht en indicatiestelling. Per 1 januari 1997 vallen verzorgingshuizen binnen de gezondheidszorg en worden gefinancierd vanuit de AWBZ. De Inspectie voor de Volksgezondheid zal het toezicht overnemen. De verzorgingshuizen vallen nu binnen de reikwijdte van de WGBO.

Verzorgingshuizen: feiten
Het aantal bewoners in verzorgingshuizen met een psycho-geriatrische problematiek breidt zich uit. Overplaatsing naar psycho-geriatrische verpleeghuizen is niet altijd mogelijk vanwege wachtlijsten en niet altijd wenselijk vanwege de verandering van omgeving die de problematiek van de betrokkene negatief kan beïnvloeden. Bewoners met een psycho-geriatrische aandoening hebben in de meeste gevallen extra begeleiding en zorg van zorgverleners nodig die niet altijd geboden kan worden vanwege een krappe personeelsbezetting. Om de bewoners toch te behoeden voor vallen, weglopen, en dergelijke neemt het aantal noodsituaties in verzorgingshuizen waarin men grijpt naar vrijheidsbeperkende maatregelen dan ook toe.

Vrijheidsbeperkende maatregelen die bij psycho-geriatrische bewoners worden toegepast zijn gesloten afdelingen, bedhekken, zweedse band, medicatie die zonder medeweten of gedwongen wordt toegediend, rolstoel op de rem, tafelblad op stoel, vastbinden aan de stoel (Bauduin, 1997).

Verzorgingshuizen: cijfers
De mate waarin, welke maatregelen en in welke situaties is nog niet systematisch geregistreerd of gerapporteerd.

Verzorgingshuizen: problemen
Bij de toepassing van vrijheidsbeperkende maatregelen in verzorgingshuizen ontbreekt vaak een wettelijke grondslag. Toezicht op zorgvuldigheid bij de besluitvorming tot en uitvoering van de vrijheidsbeperkende maatregel ontbreekt. De rechtspositie van psycho-geriatrische bewoners in verzorgingshuizen is dan ook, op papier, slechter gewaarborgd dan die van de psycho-geriatrische bewoner in een psycho-geriatrisch verpleeghuis.

De accommodatie, personeelsbezetting en dagbesteding in verzorgingshuizen zijn onvoldoende afgestemd op de zorg die psycho-geriatrische bewoners behoeven. Toepassing van vrijheidsbeperkende maatregelen in verzorgingshuizen is vaak noodzakelijk door deze tekorten.

Verzorgingshuizen: beschouwing
Vermindering van toepassing van vrijheidsbeperkende maatregelen kan gerealiseerd worden door accommodatie, personeelsbezetting, dagbesteding en dergelijke beter af te stemmen op de zorg voor psycho-geriatrische bewoners. Daar waar verzet is tegen

verblijf en verzorging en dwangmiddelen onontkoombaar zijn, zal overplaatsing naar een BOPZ-aangemerkte instelling gerealiseerd moeten worden.

h Voorzieningen voor psychiatrische patiënten

Afbakening
Als inrichtingen voor psychiatrische patiënten worden beschouwd de algemene psychiatrische ziekenhuizen, de psychiatrische universiteitsklinieken en de psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen.

Juridisch kader
Patiënten kunnen gedwongen opgenomen en eventueel behandeld worden in bovenstaande inrichtingen op grond van de Wet bopz. Voor de vrijwillige opname en behandeling in een psychiatrische inrichting geldt de WGBO.

Feiten
Het aantal gedwongen opnemingen in het kader van de Wet bopz neemt de laatste jaren toe.

De Wet bopz biedt de mogelijkheid om bij ernstig gevaar de gedwongen opgenomen patiënt gedwongen te behandelen of 'middelen en maatregelen' toe te passen. Uit de cijfers van de Inspectie blijkt dat toepassing van gedwongen behandeling nauwelijks voorkomt en 'middelen en maatregelen' iets meer. Uit onderzoek verricht door het NcGv in verband met de BOPZ-evaluatie komt echter iets anders naar voren. Dwangbehandeling wordt door hulpverleners en door patiënten niet altijd als zodanig herkend en gemeld. In de praktijk worden patiënten vaker tegen hun wil behandeld. Behandelingsplannen komen niet altijd expliciet ter sprake en er wordt niet altijd toestemming gevraagd aan de betrokkene of diens vertegenwoordiger. Verzet tegen een overeengekomen behandelingsplan wordt niet altijd als zodanig erkend en de behandeling wordt toch uitgevoerd (Evaluatiecommissie Wet bopz, 1996, rapport 6).

Hulpverleners vinden de regeling rondom dwangbehandeling in de Wet bopz ingewikkeld; dit geeft aanleiding tot twee reacties. Enerzijds nemen hulpverleners de nodige voorzichtigheid in acht voor ze besluiten over te gaan tot dwangbehandeling. Anderzijds wordt door hulpverleners gebruik gemaakt van de ruimte die het

wettelijk kader biedt en worden steeds vaker preventief dwangmiddelen opgenomen in het behandelingsplan zonder dat hiervoor een aanleiding bestaat. Voor patiënten is de reden van het gebruik van dwangmiddelen vaak onduidelijk. Alle toegestane middelen zoals fixatie, separatie, afzondering, medicatie, toediening van vocht en voeding worden in de praktijk toegepast, maar separatie het meest. Separatie wordt door patiënten als negatief ervaren. Mede omdat er dikwijls geen indicatie van de duur ervan wordt gegeven. Daarnaast worden beperkingen in de bewegingsvrijheid aan gedwongen opgenomen patiënten veelal standaard opgelegd, terwijl dit in strijd is met de wet (Evaluatiecommissie Wet bopz, 1996, rapport 6).

Ook bij vrijwillig opgenomen patiënten worden dwangmiddelen toegepast. Het onderscheid tussen vrijwillig opgenomen en onvrijwillig opgenomen patiënten is formeel-juridisch groot, maar dit onderscheid valt in de praktijk nauwelijks waar te nemen. Beide groepen patiënten verblijven vaak door elkaar op dezelfde (gesloten) afdelingen en zijn onderworpen aan dezelfde huisregels en het therapeutische regime (Legemaate, 1990).

Cijfers
In de BOPZ-evaluatie staan cijfers over hoeveel mensen elk jaar vrijwillig en gedwongen worden opgenomen in de APZ-en en in de PAAZ-en; in 1994 werden 30.791 (87,5 %) mensen vrijwillig opgenomen, 3340 (9,5%) met een IBS en 1063 (3%) met een RM. In de jaren tussen 1990 en 1994 is het totaal aantal opnemingen met bijna 24% toegenomen; de verhouding tussen het aantal vrijwillige en gedwongen opnemingen is vrijwel constant gebleven (Evaluatiecommissie Wet bopz, 1996, rapport 2).

Over cijfers van gedwongen behandeling en het toepassen van middelen en maatregelen schrijft de Inspectie dat, omdat de meldingen pas in de loop van 1995 op gang gekomen zijn, de gegevens uit 1995 hooguit indicatief zijn. Die cijfers zien er als volgt uit: 1100 dwangbehandelingen in APZ-en (8 instellingen) en 3500 toepassingen van middelen en maatregelen (26 per instelling) (IGZ, 1996a).

Het probleem
Een gedwongen opneming in een psychiatrische inrichting impliceert niet altijd een (gedwongen) behandeling. Hulpverleners en familie/mantelzorgers ervaren dit als een probleem; niet in alle

gevallen kan de zorg of behandeling die noodzakelijk wordt geacht worden gegeven. Sommige psychiatrische patiënten ervaren de relatie gedwongen opneming en dwangbehandeling ook als problematisch; zij willen dat eerder gedwongen behandeld kan worden. Andere psychiatrische patinten hechten veel waarde aan de ontkoppeling van gedwongen opneming en dwangbehandeling en benadrukken het recht om (onnodige) zorg of behandeling te weigeren.

Een groep psychiatrische patiënten blijft buiten beeld bij de ambulante en intramurale ggz. Deze patiënten leven op de rand van de samenleving en worden gerekend tot de 'zorgwekkende zorgmijders'. Deze groep patinten wordt door de maatschappij als een probleem ervaren; zij geeft aanstoot en veroorzaakt overlast. Als oplossing voor dit probleem wordt regelmatig het oprekken van de mogelijkheden voor gedwongen opneming en/of behandeling genoemd. Deze oplossing wordt gekozen vanuit het idee dat deze patinten niet die zorg of behandeling krijgen die noodzakelijk wordt geacht en waar ze recht op hebben. Vraag is of dit door de betrokkenen zelf ook zo ervaren wordt en of gedwongen opneming en/of behandeling wel het gewenste effect zal hebben.

De toepassing van dwangbehandeling is, in het kader van de Wet bopz, gekoppeld aan een gedwongen opneming. Sommige hulpverleners zouden graag de mogelijkheid willen hebben om ambulante patiënten gedwongen te behandelen, in het bijzonder toediening van medicatie, zonder dat daarvoor een gedwongen opneming vereist is. Argumenten hiervoor zijn dat ambulante dwangbehandeling minder ingrijpend en meer humaan is dan dwangbehandeling in een inrichting. Daarbij is de koppeling van dwangbehandeling uitsluitend aan intramurale instellingen tegengesteld aan het huidige beleid tot extramuralisering.

Tenslotte is er een groep patiënten die niet wordt opgenomen in psychiatrische inrichtingen en die niet behandeld wordt ondanks het feit dat zij voldoet aan de voorwaarden gesteld aan gedwongen opneming en dwangbehandeling in het kader van de Wet bopz. Deze patiënten zijn reeds bekend in het ggz-circuit, zijn vaak onbehandelbaar en hebben in het verleden zoveel schade en onrust veroorzaakt in instellingen dat instellingen hen niet meer gedwongen opnemen.

Beschouwing
Er bestaat een roep, vanuit de hulpverlening, mantelzorg, sommige

cliëntengroepen en de maatschappij, om meer mogelijkheden tot het toepassen van dwang bij psychiatrische patinten juridisch te faciliteren. Gesproken wordt over vervanging van het gevaarscriterium door het ruimere beschermingscriterium, ambulante dwangbehandeling, zelfbindingscontracten en het verruimen van de voorwaarden voor dwangbehandeling. Veel onduidelijkheid bestaat echter nog omtrent de invulling van deze mogelijkheden; welke criteria zijn van toepassing, wat is het effect, voor welke groepen patiënten, welke problemen moeten ze oplossen?

Tegenover deze roep om verruiming van de mogelijkheden tot toepassing van dwang staat het recht op eerbiediging van het persoonlijk leven, de onaantastbaarheid van het lichaam en het recht op vrijheid. Inbreuken op deze fundamentele rechten tot zelfbeschikking zullen tot een minimum beperkt dienen te blijven.

i Voorzieningen voor verslaafden

Afbakening
De verslavingszorg kent drie typen instellingen:
- Consultatiebureaus voor Alcohol en Drugs (CAD's): de CAD's bieden een totaalpakket van functies op het gebied van preventie, zorg en reclassering bij alcohol-, drugs- (inclusief medicijnen) en gokverslaving.
- Opvangvoorzieningen: de ambulante verslavingszorg kent inmiddels een groot aantal opvangvoorzieningen voor gebruikers van drugs. Deze kenmerken zich vooral door een zeer lage toegangsdrempel (bijvoorbeeld straathoekwerk en huiskamerprojecten) en richten zich doorgaans op speciale doelgroepen zoals bijvoorbeeld allochtone jongeren en heroneprostituees.
- Verslavings(poli)klinieken: De functies van de intramurale verslavingszorg zijn detoxificatie, kort- en langdurende behandeling, deeltijdbehandeling en poliklinische behandeling. Daarnaast is sprake van nazorgprogramma's en verzorgen een toenemend aantal instellingen studie-, werk- en woonbegeleiding. Het betreft zowel cliënten met alcohol- als met drugs-, gok- en medicijnproblemen.

Juridisch kader
De wettelijke gronden waarop dwang kan worden toegepast in de verslavingszorg zijn (nog) gering. In de Wet bopz is de RM op

verzoek geïntroduceerd. Deze is in het bijzonder bestemd voor personen die lijden aan een verslaving aan alcohol of drugs. Het gaat om personen die bereid zijn tot behandeling in een psychiatrisch ziekenhuis, maar waarbij het voorzienbaar is dat zij de behandeling voortijdig afbreken. Op grond van het strafrecht is het mogelijk drang uit te oefenen bij verslaafden.

De feiten
De meeste verslaafden komen slechts in therapie onder een zekere dwang; dikwijls is er flinke druk van familie, van vrienden, van de werkgever. De mogelijkheden om dwang of drang uit te oefenen zijn het grootst als er contact is met de politie en/of Justitie. Ook zijn er mogelijkheden tot onvrijwillige opneming.

Zie voor een beschrijving van diverse drangprojecten de literatuurrapportage van Bauduin (Bauduin, 1997).

Bijlage 6

Dwangbehandeling in de WGBO en de Wet bopz

WGBO	Wet bopz
onbekwaamheid uitdrukkelijke voorwaarde	zowel bij bekwaamheid als bij onbekwaamheid
alleen bij verrichtingen van ingrijpende aard indien kennelijk noodzakelijk om ernstig nadeel af te wenden	moet altijd volstrekt noodzakelijk zijn om ernstig gevaar af te wenden
gevaar moet gevaar voor de patiënt zelf zijn	kan ook gevaar voor anderen zijn
altijd toestemming vertegenwoordiger vereist, tenzij hulpverlener gebruik maakt van exceptie 'zorg van een goed hulpverlener'	toestemming van de vertegenwoordiger is niet vereist. De bovenstaande voorwaarde moet zijn vervuld
geen onderscheid tussen dwangbehandeling en middelen en maatregelen. Dwangmiddelen kunnen echter ook tot de WGBO verrichtingen worden gerekend indien in het kader van een geneeskundige behandeling als 'aanpalende handelingen' toegepast	onderscheid tussen dwangbehandeling en middelen en maatregelen
kan op somatiek en, indien betrokkene niet krachtens de BOPZ is opgenomen, op de geestelijke stoornis betrekking hebben	uitsluitend afwenden gevaar dat uit de stoornis van de geestesvermogens voortvloeit
er is geen titel om betrokkene anders dan in een kortdurende noodsituatie (b.v. in afwachting van een ibs) vast te houden	er is een rechtstitel om betrokkene te beletten zich aan de behandeling te onttrekken door de instelling te verlaten
geen formaliteiten (uiteraard wel normale aantekening in dossier)	melden op speciale registratie, toezicht Inspectie
geen speciale klachtweg	speciale klachtweg

Bron: Van Lommel en Veen: De WGBO; de betekenis voor de hulpverleners in de gezondheidszorg, 1996, p.129

Bijlage 7

Lijst van gebruikte afkortingen

APZ	Algemeen psychiatrisch ziekenhuis
BIOZ	Bestrijding infectieziekten en opsporing ziekte-oorzaken
BOPZ	Bijzondere opnemingen psychiatrische ziekenhuizen
BW	Burgerlijk Wetboek
CAD	Consultatiebureau voor Alcohol en Drugs
EMA	Educatieve Maatregel Alcohol en verkeer
EVRM	Europees verdrag voor de rechten van de mens
GGD	Gemeentelijke gezondheidsdienst
ggz	Geestelijke gezondheidszorg
IBS	Inbewaringstelling
IGZ	Inspectie voor de Gezondheidszorg
IVBPR	Internationaal Verdrag inzake Burgerrechten en Politieke Rechten
KNMG	Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst
NRV	Nationale Raad voor de Volksgezondheid
oggz	openbare geestelijke gezondheidszorg
OTS	ondertoezichtstelling
PAAZ	psychiatrische afdeling van een algemeen ziekenhuis
RIAGG	Regionale instelling voor ambulante geestelijke gezondheidszorg
RIBW	Regionale instelling voor beschermende woonvormen
RM	Rechterlijke machtiging
RMO	Raad voor de Maatschappelijke Ontwikkeling
RVZ	Raad voor de Volksgezondheid en Zorg
TBS	Terbeschikkingstelling
VBA	Verslavingsbegeleidingsafdeling
VWS	Volksgezondheid, Welzijn en Sport
WGBO	Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst
WKCZ	Wet klachtrecht cliënten zorginstellingen
WMCZ	Wet medezeggenschap cliënten zorginstelingen
ZFR	Ziekenfondsraad
ZON	Zorgonderzoek Nederland

Bijlage 8

Literatuur

Atten, J. van en Beijers, H. Pleidooi voor bereikbare hulp. *M.O. Samenlevingsopbouw,* 1994, 13e jaargang, nr. 126, p.42-44

Basis Beraad ggz. *Psychiatrie en thuisloosheid, Zorgvisie van de plenaire vergadering van het Basisberaad GGZ, Rotterdam.* Rotterdam: Basis Beraad ggz, juni 1993

Basis Beraad ggz. *Zorgvernieuwing 1996, Speerpunten criteria en voorstellen vanuit cliëntenperspectief.* Rotterdam: Basis Beraad ggz, januari 1996a.

Basis Beraad ggz. *Wat als je alleen maar dakloos ben...? Dak en thuislozen over "Beetpakken en Vasthouden".* Rotterdam: Basis Beraad ggz, mei 1996b.

Bauduin, D. *Beter (z)onder dwang: Beknopt literatuur overzicht*. Zoetermeer: Raad voor Volksgezondheid en Zorg, augustus 1997. Niet gepubliceerd; opvraagbaar bij RVZ-secretariaat.

Beaufort, I.D. de. *Over de ethiek van het bemoeien. Tekst van de Trimboslezing gehouden op 12 januari 1994 in het gebouw voor Kunsten en Wetenschap te Utrecht.* Utrecht: NcGv, februari 1994.

Bellemakers, C. en Houten, D. van. Het leven en de zorgen van mensen met een chronische ziekte. *Praktische Humanistiek,* 1996, nr. 2, p. 12-23.

Berghmans, R.L.P. *Om bestwil, paternalisme in de psychiatrie, een gezondheidsethische studie.* Amsterdam: Thesis Publishers, 1992.

Berghmans, R.L.P. Zelfbinding in de psychiatrie. *Tijdschrift voor Psychiatrie,* 1994, nr. 36, p. 625-637.

Berghmans, R.L.P., *et al.* Ambulante dwangmiddelen. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid,* 1995, nr. 1, p. 42-51

Berghmans, R.L.P. Het toepassen van dwang in de psychiatrie. *Bijblijven,* 1996, nr. 12 juli, p. 29-37.

Berghmans, R.L.P. *Beter (z)onder dwang? Achtergrondnota*.

Zoetermeer: RVZ, augustus 1997.

Biesaart, M.C.T.H. De Wet bopz, enkele kwesties. *Tijdschrift voor gezondheidsrecht,* 1997, nr. 4, p. 202-214.

Bloemers, W. Dwangopname? Een specialistische interventie onder moeilijke omstandigheden. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid,* 1997, nr. 4, p. 408-414.

Blom, T., Doelder, H. de en Hessing, D.J. De paarse drugnota en de aanpak van (hard-)drugsverslaafden; een drie-stromen aanpak. *Tijdschrift voor Gezondheidsrecht*, 1996, p. 131-1.

Centraal bureau voor de Statistiek. *Statistisch Jaarboek 1997*. Voorburg/Heerlen: Centraal bureau voor de Statistiek, januari 1997.

Cohen, A. Geen dwang zonder wettelijke kaders. Het wettelijk kader waarin ambulante dwang zich afspeelt. *Vakblad Sociale Psychiatrische Verpleegkunde,* 1997, nr. 47, p. 27-34.

College voor Ziekenhuisvoorzieningen. *Advies inzake BOPZ-opnamen in de kinder- en jeugdpsychiatrische zorg*. Utrecht: College voor Ziekenhuisvoorzieningen, januari 1997.

Cournos, M.D. F. Involuntary Medication and the Case of Joyce Brown. *Hospital and Community Psychiatry,* 1989, vol. 40. nr. 7. p. 736-740

Dennis, D.L. en Monahan, J. *Coercion and aggressive community treatment, a new frontier in mental health law.* New York and London: Plenum Press, 1996.

Dillman, R.J.M. en Kastelein, W.R. *Schriftelijke wilsverklaringen.* Utrecht: KNMG Consult, april 1994.

Het domein van de Openbare Geestelijke Gezondheidszorg. Utrecht: NVAGG, juni 1996.

Duijn, T. van. Wie verdraagt de gekte het best? De dilemma's vam de praktijk. *Vakblad Sociale Psychiatrische Verpleegkunde,* 1997, nr. 47, p. 21-27

Eerste Kamer der Staten-Generaal. *Wijziging van het Wetboek van*

Strafrecht en het Wetboek van Strafvordering omtrent de terbeschikkingstelling en de sanctietoepassing ten aanzien van geestelijk gestoorde delinquenten. Gewijzigde voorstel van wet. Den Haag: Sdu Uitgeverij, vergaderjaar 1995-1996, no. 24256.

Eerste Kamer der Staten-Generaal. *Vaststelling van een Begin-selenwet verpleging ter beschikking gestelden en overige verpleegden strafrechttoepassing en daarmede van Strafrecht en de Begin-selenwet gevangeniswezen (Beginselenwet Verpleging ter beschikking gestelden).* Brief van de minister van Justitie. Den Haag: Sdu Uitgeverij, vergaderjaar 1996-1997, no. 23445.

Elbrecht, E.A. *et al.* De patiënt aan banden; vast en zeker? *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde,* 1994, nr. 138(38), p. 1889-1892.

Evaluatiecommissie Wet Bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen. *Wet bopz, Activiteitenprogramma, Publicatiereeks nummer 1*. Rijswijk: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Directie Geestelijke Gezondheidszorg, Verslavingszorg en Maatschappelijke opvang, november 1996.

Evaluatiecommissie Wet Bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen. *Wet bopz, Evaluatieverslag, Publicatiereeks nummer 2*. Rijswijk: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Directie Geestelijke Gezondheidszorg, Verslavingszorg en Maatschappelijke opvang, november 1996.

Evaluatiecommissie Wet Bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen. *Wet bopz, Onvrijwillige opnameprocedures, Publicatiereeks nummer 3*. Rijswijk: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Directie Geestelijke Gezondheidszorg, Verslavingszorg en Maatschappelijke opvang, november 1996.

Evaluatiecommissie Wet Bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen. *Wet bopz, Externe rechtspositie psychiatrie, Publicatiereeks nummer 4*. Rijswijk: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Directie Geestelijke Gezondheidszorg, Verslavingszorg en Maatschappelijke opvang, november 1996.

Evaluatiecommissie Wet Bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen. *Wet bopz, Indicatiestelling, Publicatiereeks nummer 5*. Rijswijk: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,

Directie Geestelijke Gezondheidszorg, Verslavingszorg en Maatschappelijke opvang, november 1996.

Evaluatiecommissie Wet Bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen. *Wet bopz, Interne rechtspositie psychiatrie, Publicatiereeks nummer 6*. Rijswijk: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Directie Geestelijke Gezondheidszorg, Verslavingszorg en Maatschappelijke opvang, november 1996.

Evaluatiecommissie Wet Bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen. *Wet bopz, Interne rechtspositie verstandelijk gehandicapten, Publicatiereeks nummer 7*. Rijswijk: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Directie Geestelijke Gezondheidszorg, Verslavingszorg en Maatschappelijke opvang, november 1996.

Evaluatiecommissie Wet Bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen. *Wet bopz, Interne rechtspositie psychogeriatrie, Publicatiereeks nummer 8*. Rijswijk: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Directie Geestelijke Gezondheidszorg, Verslavingszorg en Maatschappelijke opvang, november 1996.

Evaluatiecommissie Wet Bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen. *Wet bopz, Klachtregeling, Publicatiereeks nummer 9*. Rijswijk: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Directie Geestelijke Gezondheidszorg, Verslavingszorg en Maatschappelijke opvang, november 1996.

Evaluatiecommissie Wet Bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen. *Wet bopz, Verkommerde en Verloederen, Publicatiereeks nummer 10*. Rijswijk: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Directie Geestelijke Gezondheidszorg, Verslavingszorg en Maatschappelijke opvang, november 1996.

Evaluatiecommissie Wet Bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen. *Wet bopz, Kosten van uitvoering, Publicatiereeks nummer 11*. Rijswijk: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Directie Geestelijke Gezondheidszorg, Verslavingszorg en Maatschappelijke opvang, november 1996.

Evaluatiecommissie Wet Bijzondere opnemingen in psychiatrische

ziekenhuizen. *Behandelingsplan, dwangbehandeling en middelen en maatregelen in de Wet bopz.* Rijswijk: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Inspectie voor de Gezondheidszorg. januari 1997.

Evaluatiecommissie Wet Bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen. *Gevaren in de Wet bopz.* Rijswijk: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Inspectie voor de Gezondheidszorg. januari 1997.

Fauwe. L. de. Het keurslijf van de psychiatrie. *Het Parool*, 1996-11-23, p. 19.

Frijlink, A. *Vrijheidsbeperking in de zwakzinnigenzorg en de psychogeriatrie.* Maandblad Geestelijke volksgezondheid, 1992, nr. 10, p. 1098-1108.

Frijlink, A. Rechtspositie van verstandelijk gehandicapten in instellingen voor gehandicaptenzorg. *Tijdschrift voor Gezondheidsrecht,* 1996, nr. 3, p. 122-131.

Gedwongen opname voor criminele verslaafden. *Nederlandse Staatscourant,* 1996, nr. 51, p. 1 en 6.

Geelen, K., *et al. Daar willen wij ook over meepraten.* Utrecht: Trimbos-instituut, april 1997.

Geneeskundige inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid. *BOPZ in de praktijk.* Rijswijk: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, december 1994.

Gevers, S. Evaluatie van gezondheidswetgeving. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid,* 1997, nr. 4, p. 323-325.

Gezondheidsraad. *Daklozen en thuislozen.* Den Haag: Gezondheidsraad, juni 1995.

Gezondheidsraad. *Dwang en drang tuberculosebestrijding.* Den Haag: Gezondheidsraad, 1996

Ginneken, P. van. *Een zodanig gevaar, Het gevaarscriterium bij gedwongen opneming in een psychiatrisch ziekenhuis.* Utrecht: NcGv, oktober 1993.

Ginneken, P. van. Het gevaarscriterium bij onvrijwillige opneming in een psychiatrisch ziekenhuis. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid,* 1994a, nr. 6/7, p. 651-667.

Ginneken, P. van. Wet bopz Eindelijk van kracht. *Medisch Contact,* 1994b, nr. 27/28, p. 928-929.

Ginneken, P. van. De juridische merites van het zelfbindings-contract. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 1996, nr. 1, p. 36-41.

Ginneken, P. van. 'U zit hier nu verder onvrijwillig". *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 1997, nr. 4, p. 336-348.

Graaf, J. van der. 'Zonder bewakers loop ik weg'. Rotterdamse tbc-patiënt voelt zich opgesloten maar erkent de noodzaak. *Rotterdams Dagblad,* 1996.11.19.

Haaster, H. van en Vink, M. *Crisishulpverlening in Amsterdam anno 1996*. Amsterdam: De sectie GGZ van het APCP en het Instituut voor Gebruikersparticipatie, 1996.

Haaster, H.P.M. van en Graaf, W. van de. *Van de nood een deugd, De evaluatie van de Klinieken Intensieve Behandeling vanuit het perspectief van de cliënten.* Amsterdam:Instituut voor Gebruikersparticipatie en Beleid, januari 1997.

Hassing, W.M.J., Lent, T.V. van en Velden, M. van der. De psychiater en de BOPZ: maatschappijhoeder of behandelaar? *Tijdschrift voor Psychiatrie,* 1995, nr. 37, p. 432-438.

Hassing, W.M.J., *et al.* Gedwongen behandeling als onderdeel van een professionele standaard. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid,* 1997, nr. 4, p. 386-392.

Heerma van Voss, A.J. Buiten de orde. Bestwil, onwil, weerwil. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid,* 1991, nr. 1, p. 110-111.

Hendriks, A. Convention for the protection of human rights and dignity of the human being with regard to the application of biology and medicine. *European Journal of Health Law,* 1997, p. 89-101.

Henselmans, H. *Bemoeizorg, ongevraagde hulp voor psychotische patiënten.* Delft: Eburon, 1993.

Henselmans, H. Bemoeizorg is eigenlijk heel gewoon. *De Gazet,* 1995, nr. 3, p. 6-7.

Henselmans, H. Bemoeizorg, tussen zorgzaam en bemoeizuchtig. *Het Ziekenhuis,* 1995, nr. 21, p. 15.

Henselmans, H. Beter met tegenzin? *Maandblad Geestelijke volksgezondheid,* 1997, nr. 4, p. 375-385.

Heydendael, P.H.J.M. en Nuy M.H.R. *Achtergronden van thuisloosheid.* Groningen: Wolters-Noordhoff, 1992

Heydendael, P.H.J.M. Zelfbeschikking en afhankelijkheid, tegenpolen in de maatschappelijke opvang voor dak- en thuislozen. *Thuisloos,* 1997.03.22, p. 3-4.

Hoekstra R., Ronhaar, P.K.J. en Laport, R.B. Het grijze gebied tussen gedwongen en vrijwillige opnames. Een verkenning vanuit de dagelijkse praktijk van de acute psychiatrie. *Tijdschrift voor Psychiatrie,* 1996, nr. 38, p. 713-722.

Höppener, A.P.J. Het domein van de geestelijke gezondheidszorg. *Medisch Contact,* 1996, nr. 36, p. 1135-1138.

Hunsche, P. Korte bijdrage. De praktische waarde van het zelfbindingscontract. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid,* 1996, nr. 9, p. 919-922.

Inspectie voor de Gezondheidszorg. *Jaarrapportage 1994.* Rijswijk: Inspectie voor de Gezondheidszorg, juni 1995a.

Inspectie voor de Gezondheidszorg. *Gevaar in de Wet bopz. Het gevaarscriterium bij opname.* Rijswijk: Inspectie voor de Gezondheidszorg, november 1995b.

Inspectie voor de Gezondheidszorg, *Jaarraportage 1995*. Rijswijk: Inspectie voor de Gezondheidszorg, mei 1996a.

Inspectie voor de Gezondheidszorg. *Advies Schilvoorzieningen.*

Rijswijk: Inspectie voor de Gezondheidszorg, augustus 1996b.

Inspectie voor de Gezondheidszorg. *Zorg onder beperking. Vrijheidbeperkende maatregelen in de zorg voor mensen met een verstandelijke handicap in relatie tot de Wet bopz en BOPZ indicatiestelling in de verstandelijk gehandicaptenzorg.* Rijswijk: Inspectie voor de Gezondheidszorg. december 1996c.

Inspectie voor de Gezondheidszorg. *Behandelingsplan, dwangbehandeling en middelen en maatregelen in de Wet bopz.* Rijswijk: Inspectie voor de Gezondheidszorg, januari 1997.

Janssen, M., Jonge, M. de en Pols, J. *Dwang in de psychiatrie, dilemma's, feiten, ervaringen en alternatieven.* Amsterdam: Babylon-De Geus, 1995.

Janssen, M. Dwang in zwakzinnigenzorg en psychogeriatrie. Interview met Floor Nagtzaam. *Deviant,* 1996, nr. 10, p. 32-35.

Jong, E.J.C. de. Gedwongen (forensisch) geneeskundige handelingen bij verdachten, gedetineerden en ter beschikking gestelden. *Tijdschrift voor Gezondheidsrecht,* 1997, p. 74-86.

Jong, M. de. Bemoeien met mensen die zelf geen hulp vragen. *De Gazet,* 1995, nr. 10, p. 14-16.

Jong, M. de. Wij gaan uit van de wens van de cliënt. *Maandblad Patiëntenbeweging,* S.l., p. 12-13.

Kaasenbrood, A.J.A. Evidence-based psychiatrisch handelen. *Medisch Contact,* 1996, jr. 51, nr. 46, p. 1503-1505.

Kaasenbrood, A.J.A. en Wiersma A.E.J.G. Psychotherapie voor schizofrene patiënten; de ambulante praktijk. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 1997, jrg. 39, nr. 2, p. 136-144.

Kahn, R. *Gids, Pillen en Psychiatrie, Ziektebeelden, Herkenning, Behandeling, Geneesmiddelen, Bijwerkingen.* S.l. Uitgeverij Balans, 1997.

Kal, D. Zelfbinding in de psychiatrie. *Deviant,* 1997, nr. 13, p. 10.

Kampen, D. en Ewijk, W. van. Dwangbehandeling in de ambulante praktijk. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid,* 1997,

nr. 4, p. 393-407.

Klippe, C.J. van de. Wilsonbekwaamheid in de psychiatrie: zes benaderingen. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid* 1990, jrg. 45, nr. 2, p. 123-138.

Klippe, C.J. van de en Franchimont, M.A. Op de drempel van de BOPZ: resultaten van een onderzoek naar de interne rechtspositie van psychiatrische patiënten vóór invoering van de Wet bopz. *Tijdschrift voor Psychiatrie,* 1995, jrg. 37, p. 704-717.

Koelewijn, J. en Koning, P. de. Zieke zwervers gaan straks vóór. *Vrij Nederland,* 1997.02.01, p. 34.

Koopmans, R.T.C.M. Beschermende maatregelen in een psychogeriatrisch verpleeghuis. *Tijdschrift voor gerontologie en geriatrie*, 1991, 22 , nr. 2, p. 45-52.

Kortmann, F.A.M. Dwang in de psychiatrie; Patiëntenrechten en beroepsethiek. *Tijdschrift voor Psychiatrie,* 1995a, nr. 37, p. 759-769.

Kortmann, F.A.M. Deconcentratie versus specialisatie in de geestelijke gezondheidszorg. *Medisch Contact,* 1995b, nr. 17, p. 555-556.

Kortmann, F.A.M. *Weldoen op contract. Over ethiek en psychiatrie. Tweede Trudy van Asperen Lezing.* S.l. S.n. 29 mei 1996.

Kroon, H. *Groeiende zorg, ontwikkeling van casemanagement in de zorg voor chronisch psychiatrische patiënten.* Utrecht: NcGv, oktober 1996.

Laan, G. van der. Dwang, drang en de plicht tot legitimatie. *Tijdschrift voor de Sociale Sector*, juni 1997, nr. 6, p. 25-29.

Laere, P. van. Met handen en voeten gebonden. *Nursing,* 1996.02, p. 38-43.

Langelaan, M. Laatste Station. *Psy,* 1997, nr. 2, p. 20-21.

Langelaan, M. Behandelen op zijn Italiaans. *De Gazet,* 1996, nr. 1, p. 9-13.

Leenen, H.J.J. *Handboek gezondheidsrecht. Deel 1. Rechten van mensen in de gezondheidszorg.* Alphen aan den Rijn: Samsom H.D. Tjeenk Willink, 1994.

Legemaate, J. *De rechtspositie van vrijwillig opgenomen psychiatrische patiënten.* Arnhem: Gouda Quint (S. Gouda Quint - D. Brouwer en zoon), 1991.

Legemaate, J. Onvrijwillige opneming, recente Europese ontwikkelingen. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid,* 1992, p. 1329-1343.

Legemaate, J. De BOPZ en de vrijwillige opneming. Een voorbeeld van ongewenste juridisering. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid,* 1994a, jrg. 49, nr. 6/7, p. 668-678.

Legemaate, J. Dwangtoepassing op grond van de BOPZ. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid* 1994b, jrg. 49, nr. 6/7, p. 710-717.

Legemaate, J. *De WGBO van tekst naar toepassing.* Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum, 1995a.

Legemaate, J. Eén jaar Wet bopz. *Medisch Contact,* 1995b, nr. 5, p. 153-154.

Legemaate, J. Grijp niet te snel naar het recht. *De Gazet,* 1995c, nr. 2, p. 6-7.

Legemaate, J. De relatie tussen de WGBO en aanverwante wetgeving. *Tijdschrift voor Gezondheidsrecht.* 1996a, nr. 1, p. 16-26.

Legemaate, J. Aansprakelijkheid in de psychiatrie. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid,* 1996b, nr. 10, p. 987-1000.

Legemaate, J. Normen en grenzen in de psychiatrische behandeling: beschouwingen over juridisering. *Tijdschrift voor Psychiatrie,* 1996c, nr. 38, p. 251-263.

Legemaate, J. Zorgverlening tussen vrijheid en dwang: het juridische perspectief. In: F.C.B. van Wijmen, J.B. van Borssum Waalkes, F.J.A. Beumer (red.). *Zelfbeschikking van mensen met schizofrenie. Voordrachten symposium Schizofrenie Stichting*

Nederland, 7 oktober 1994 te Huis ter Heide. Soesterberg: Schizofrenie Stichting Nederland, januari 1995, p. 67-76.

Leufkens, H.G.M. en Rijthoven, P.F.P.J. van. *Viermaal een doorkijk in de biologische psychiatrie*. Utrecht: De Tijdstroom, S.a. Scenariorapport opgesteld in opdracht van de Stichting Toekomstscenario's Gezondheidszorg.

Lindeboom, J. Ambulante dwang en zorgmijders. Ambulante dwang en rechtvaardige zorgmijders. *Vakblad Sociale Psychiatrische Verpleegkunde,* 1997, nr. 47, p. 15-20.

Lionarons, W. De praktijk van de dwangopneming. Ervaringen van een psychiater. *Passage, Forum voor maatschappelijke opvang en psychosociale rehabilitatie.* 1995. nr. 4.

Lomwel, A.B. van en Veen, E.B. van, *De WGBO, De betekening voor de hulpverleners in de gezondheidszorg*. Lelystad, Koninklijke Vermande B.V., 1996.

Ministerie van Justitie. *Handreiking voor de beoordeling van wilsbekwaamheid.* Den Haag: Ministerie van Justitie, december 1994.

Ministeries van Justitie en Volksgezondheid, Welzijn en Sport. *Rapportage van de werkgroep Forensische Zorg. Het gevangeniswezen en de geestelijke gezondheidszorg*. Den Haag: Ministerie van Justitie, december 1996.

Molewijk, A.C., Berghmans, R.L.P. en Widdershoven, G.A.M. *Autonomie in de psychiatrie, Verslag pilot-project GGzE-De Grote Beek.* Maastricht, Universiteit Maastricht, Vakgroep Gezondheidsethiek en Wijsbegeerte, Instituut voor Gezondheidsethiek, april 1997.

Monden, M.A.H. en Zandbergen, M.W. Een patiënt met een psychiatrische stoornis die behandeling van een somatische aandoening weigert. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde,* 1997 nr. 141, p. 240-249.

Nationale Raad voor de Volksgezondheid. *Weldoen of niet doen, discussienota over dwang en drang in de ggz*. Zoetermeer: Nationale Raad voor de Volksgezondheid, juni 1992.

Nationale Raad voor de Volksgezondheid. *Vaste Prik? Advies over het beleid inzake poliovaccinatie.* Zoetermeer: Nationale Raad voor de Volksgezondheid, mei 1993a, p. 46-55.

Nationale Raad voor de Volksgezondheid. *Thuisloosheid en psychische stoornissen. Advies over een opvang- en asielfunctie voor dak- en thuislozen.* Zoetermeer: Nationale Raad voor de Volksgezondheid, oktober 1993b. p. 44-57.

Nijenhuis, H. Je moet mensen verleiden tot vertrouwen. *VWS bulletin,* 1997.05.22, p. 10-13

Nissen, J.M.J.F. en Haveman, M.J. *Zelfverwondend gedrag bij mensen met een verstandelijke handicap.* Maastricht: Vakgroep Epidemiologie, Universiteit Maastricht. 1997.

Noorlander, E. Verslaafden en de Wet bopz. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid,* 1994, nr. 11, p. 1233-1237.

Osselaer-Schouterden, H. van. Afhaken als oplossing. Drop-out bij RIAGG's onderzocht. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid,* 1995, nr. 1, p. 3-14.

Panhuis, P.J.A. van. *De psychotische patiënt in de TBS, Van kwaad tot erger.* Deventer: Gouda Quint, 1997.

Pandora. *Zelfbinding in de psychiatrie. Interimrapport van de werkgroep Zelfbinding in de psychiatrie.* Amsterdam: Stichting Pandora, september 1996.

Pandora. *Jaarverslag 1995.* Amsterdam: Stichting Pandora, oktober 1996.

Petry, D. en Nuy, M. *De ontmaskering. De terugkeer van het eigen gelaat van mensen met chronische psychische beperkingen.* Utrecht: S.W.P., 1997.

Poletiek, F.H. *Dilemma's in de BOPZ. Verslag van de studiedag "Gescheiden samenwerken. Dilemma's in de BOPZ' gehouden op 9 oktober 1996.* S.l., S.n., S.a.

Poletiek, F.H. De Wet bopz getoetst aan de cijfers. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid,* 1997, nr. 4, p. 349-361.

Pols, J. *Zelfbeschikking in de psychiatrie.* Utrecht: NcGv, maart 1990.

Pols, J. Dwang en rechtvaardiging in de BOPZ: dilemma's in de praktijk. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid,* 1994, nr. 6/7, p. 635-649.

Pols, J. Heeft de BOPZ iets veranderd? *Deviant,* 1997, Derde jaargang, nr. 13, p. 4-13

Raad voor de Maatschappelijke Ontwikkeling / RMO. *Advies Vereenzaming in de samenleving, advies 1.* Rijswijk, RMO, maart 1997.

Raad voor Volksgezondheid en Zorg. *Thuis in de ggz.* Zoetermeer: RVZ, 1996

Rigter, R.B.M. Van pokken tot polio. *Tijdschrift voor gezondheidsethiek*, 1993, p. 106-109.

Roering, S. en Vries, W. de. Dwangtoepassing en de Wet bopz. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid,* 1997, nr. 4, p. 362-374.

Roscam Abbing, H.D.C. *Beslissen door de patiënt.* Houten/Zaventem: Bohn Stafleu Van Loghum, 1994.

Roscam Abbing, H.D.C. Informatie en toestemming in de gezondheidszorg; Recente ontwikkelingen. *Nederlands Tijdschrift Geneeskunde,* 1994, nr. 138, p 2561-2564.

Roscam Abbing, H.D.C. Dwang en drang in de gezondheidszorg: twee adviezen van (commissie van) de Gezondheidsraad. *Tijdschrift voor Gezondheidsrecht,* 1996, nr. 6, p. 315.

Roscam Abbing, H.D.C. Psychiatrische stoornis en somatische aandoening: toepasselijk recht. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde,* 1997, nr. 141, p. 228-229.

Schene, A.H. en Jonkers J.F.J. Thuisloosheid en psychiatrische stoornissen. In: Wennink, J., van Weeghel J. (red.) *Thuisloosheid en psychische stoornissen*. Utrecht: NcGv, 1993.

Schnabel, P. *De weerbarstige geestesziekte, naar een nieuwe*

sociologie van de geestelijke gezondheidszorg. Nijmegen: SUN, 1995.

Schoemaker, B. en Rooijen, M. van. Asielfunctie moet terug. Sorgdrager over gestoorde gevangenen. *Psy*, 1997, nr. 2, p. 10-13.

Spierings, F. en Beijers, H. Casemanagement begint op straat: de invloed van cliënten op beleid. *Passage,* 1997, nr. april, p. 45-53.

Stavenuiter, B. en Bosscher, L. BOPZ-voorstellen doen psychotische mensen tekort. Wet werkt averechts op welzijn psychotische patiënt. *Ypsilon nieuws*, 1996, nr. 64, p. 4-12.

Stekee, M. en Janssen, M. Niet de BOPZ maar de falende zorg. *Deviant,* 1997, nr. 13, p. 24-27.

Stichting Patiëntenvertrouwenspersoon Geestelijke Gezondheidszorg. *Verslag 1996.* Utrecht, Stichting Patiëntenvertrouwenspersoon Geestelijke Gezondheidszorg, mei 1997.

Tholen, A.J. Opnemen en behandelen met de BOPZ. *Medische Contact,* 1994, nr. 27/28, p. 930-931.

Trimbos-instituut. *Agressie in de psychiatrie. Een onderzoek bij patiënten en verpleegkundigen op gesloten afdelingen van psychiatrische ziekenhuizen.* Utrecht: De Tijdstroom, 1996.

Turck, L.H.J. de en Berg, A.M. van den. Een pleidooi voor ambulante dwangbehandeling. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid,* 1994, nr. 49, p. 1067-1083.

Turck, L.H.J. de. Ambulante dwangbehandeling, zo slecht nog niet. *De Gazet,* 1995, nr. 3, p. 3.

Tweede kamer der Staten-Generaal. *Dwang en drang in de hulpverlening aan verslaafden.* Den Haag: Sdu Uitgeverij, vergaderjaar 1987-1988, no. 20415.

Tweede kamer der Staten-Generaal. *Het Nederlandse Drugsbeleid. Continuïteit en verandering*. Den Haag: Sdu Uitgeverij, vergaderjaar 1994-1995, no. 24077.

Tweede kamer der Staten-Generaal. *Infectieziektenbestrijding.* Den Haag: Sdu Uitgeverij, vergaderjaar 1996-1997, no. 25295.

Tweede kamer der Staten-Generaal. *Regels ter afwending van de gevaren van infectieziekten.* Den Haag: Sdu Uitgeverij, vergaderjaar 1996-1997, no. 25336.

Veen, E.B. van. Schriftelijke Wilsverklaringen. *Medisch Contact,* 1993, nr. 22, p. 681.

Veen, E.B. van. *Schriftelijke wilsverklaringen.* Utrecht: KNMG Consult, S.a.

Veldhuizen, J.R. van. Psychiatrische zorg: Thuis in Australië. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid,* 1994. nr. 3, p. 290-303.

Verbeek, F. Opnamevoorkomend: Ambulante dwang? Opnamevoorkomende zorg: vormen van ambulante dwang? *Vakblad Sociale Psychiatrische Verpleegkunde,* 1997, nr. 47, p. 7-14.

Voorlopige raad voor de Volksgezondheid en Zorggerelateerde dienstverlening. *Thuis in de ggz, advies.* Zoetermeer: Voorlopige raad voor de Volksgezondheid en Zorggerelateerde dienstverlening, november 1996.

Vuijsje, H. *Hulpeloze gladiatoren. Haalt de openbare gezondheidszorg het jaar 2000?* Amsterdam: De Balie, 1996.

Weersch, M. van. Vragen om dwang, *De Gazet,* 1992, nr. 3, p. 9-10.

Wet bopz nog niet overal ingeburgerd. *PVP krant, nieuwsbrief van de Stichting Patiëntenvertrouwenspersoon.* 1997, nr. 1, p. 1-8.

Werkgroep Infectie Preventie. *Preventie van besmetting met tuberculose in ziekenhuizen.* Leiden: Academisch Ziekenhuis Leiden, Laboratorium Medische microbiologie, januari 1995.

Widdershoven, T.P. *Dwangbehandeling en het EVRM. Notitie n.a.v Rb. Roermond.* Bopz-jurisprudentie, BJ afl. 27, 1997, nr. 255.

Wilde, G. de, Bijl R. *Afwenden van gevaar. Mogelijkheden om buiten het psychiatrisch ziekenhuis gevaar af te wenden*. Utrecht: NcGv, december 1993.

Wijmen, F.C.B. van, Borssum Waalkes, J.B. van en Beumer, F.J.A. (red). *Zelfbeschikking van mensen met schizofrenie. Voordrachten symposium Schizofrenie Stichting Nederland, 7 oktober 1994 te Huis ter Heide.* Soesterberg: Schizofrenie Stichting Nederland, januari 1995.

Wolf, J. *Zorgvernieuwing in de GGZ. Evaluatie van achttien zorgvernieuwingsprojecten*. Utrecht: NcGv-reeks 95-16, juli 1995.

Wolters R. *Jaarverslag Jellinek, 1995 - maart 1996: Nieuwe Dwang en drangprojecten voor criminele cliënten.* Amsterdam: Jellinek, S.a.

Ypsilon en Anoiksis. *Problemen met de Wet bopz. Eindrapportage.* Rotterdam: Ypsilon, 1996.

Ziekenfondsraad. *Functiegericht verstrekkingenstelsel psychiatrische hulp*. Amstelveen: ZFR, 1990.

Bijlage 9

Overzicht publicaties RVZ

De publicaties zijn te bestellen door overmaking van het verschuldigde bedrag op gironummer 132937 ten name van de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg te Zoetermeer, onder vermelding van het desbetreffende publicatienummer. Een jaarabonnement op de publicaties van 1997 kost f 230,-.

December 1995		
Volksgezondheid met beleid		gratis
April 1996		
96/01	Programmatische jeugdzorg	20,00
96/02	Planning en bouw in België en Duitsland	15,00
Juni 1996		
96/03	Persoonlijke levenssfeer: privacy in verpleeghuizen	20,00
Juli 1996		
96/04	Sociale zekerheid en zorg	20,00
Augustus 1996		
96/05	Herverdeling onbetaalde zorgarbeid	15,00
96/06	Fysiotherapie en oefentherapie	20,00
96/07	Preventie en ouderen	25,00
96/08	Achtergrondstudie Stand van zaken: preventie en ouderen	25,00
Oktober 1996		
96/09	Informatietechnologie in de zorg	30,00
96/11	Het ziekenhuis als maatschappelijke onderneming	25,00
November 1996		

96/10	Strategische beleidsvragen zorgsector	15,00
96/12	Thuis in de ggz	30,00
96/13	Achtergrondstudie Thuis in de ggz	25,00

Januari 1997

97/01	Adviesprogramma 1997 RVZ	gratis

April 1997

97/02	Jaarverslag 1996	gratis

Mei 1997

97/04	Internationale dimensie volksgezondheidsbeleid	25,00

Juni 1997

97/03	Waardebepaling geneesmiddelen als beleids-instrument	25,00

Juli 1997

97/05	Met zorg wonen. Deel 1: De relatie tussen gezondheidszorg, dienst verlening en huisvesting	25,00

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg
Postbus 7100
2701 AC Zoetermeer
Tel 079 368 73 11
Fax 079 362 14 87

Colofon

Ontwerp:	2D3D, Den Haag
Fotografie:	Eric de Vries
Druk:	Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, Zoetermeer; De Longte Klomp & Bosman Drukkers, Dordrecht, omslag
Uitgave:	1997
ISBN:	90-5732-019-3

U kunt deze publicatie bestellen door overmaking van ƒ 25,- op gironummer 132937 ten name van de RVZ te Zoetermeer onder vermelding van publicatienummer 97/06

© Raad voor de Volksgezondheid en Zorg