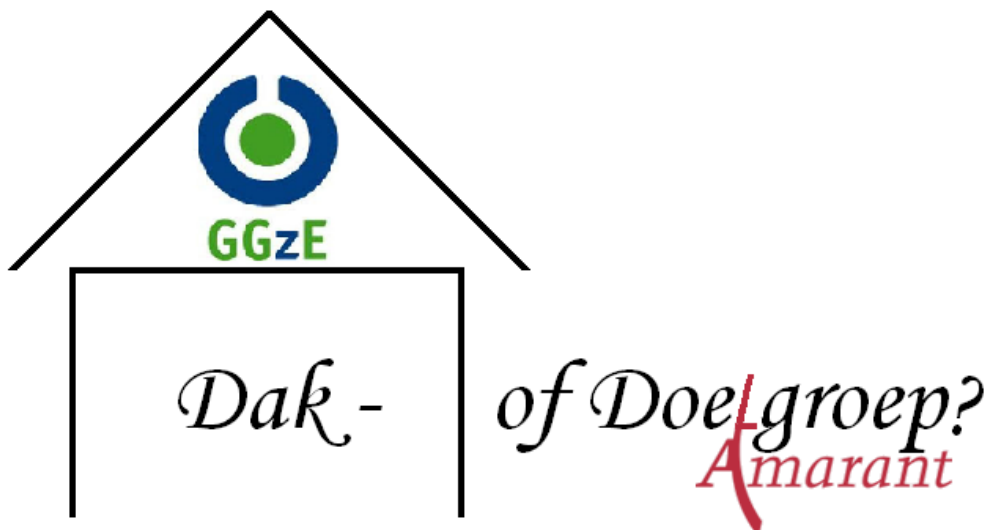


TILBURG – 12 JANUARI 2015



EEN SAMENWERKING IN VRIJHEIDSBEPERKING



EEN ONDERZOEK NAAR DE KNELPUNTEN DIE ONTSTAAN BIJ HET
TOEPASSEN VAN VRIJHEIDSBEPERKENDE MAATREGELEN EN
DWANGBEHANDELINGEN OP GROND VAN DE WET BOPZ BINNEN
EEN SAMENWERKINGSVERBAND TUSSEN AMARANT EN GGZE IN
DE BEHANDELKLINIEK 'DE VERBINDING' TE EINDHOVEN

Student: Chantal de Jong

Studentennummer: 2038351

Onderwijsinstelling: Juridische Hogeschool Avans-Fontys te Tilburg

Afstudeerorganisatie/opdrachtgever: Amarant

Afstudeermentor: De heer I. (Ivo) Vugs

Eerste afstudeerdocent: Mevrouw A. (Astrid) de Boer

Tweede afstudeerdocent: De heer K. (Kees) de Jong

Stageperiode: 8 september 2014 – 12 december 2014

TILBURG – 12 JANUARI 2015

EEN SAMENWERKING IN VRIJHEIDSBEPERKING

EEN ONDERZOEK NAAR DE KNELPUNTEN DIE ONTSTAAN BIJ HET
TOEPASSEN VAN VRIJHEIDSBEPERKENDE MAATREGELEN EN
DWANGBEHANDELINGEN OP GROND VAN DE WET BOPZ BINNEN
EEN SAMENWERKINGSVERBAND TUSSEN AMARANT EN GGZE IN
DE BEHANDELKLINIEK 'DE VERBINDING' TE EINDHOVEN

Student: Chantal de Jong

Studentennummer: 2038351

Onderwijsinstelling: Juridische Hogeschool Avans-Fontys te Tilburg

Afstudeerorganisatie/opdrachtgever: Amarant

Afstudeermentor: De heer I. (Ivo) Vugs

Eerste afstudeerdocent: Mevrouw A. (Astrid) de Boer

Tweede afstudeerdocent: De heer K. (Kees) de Jong

Stageperiode: 8 september 2014 – 12 december 2014

***“Buiten de gevallen bij of krachtens de wet bepaald
mag niemand zijn vrijheid worden ontnomen”***

Art. 15 lid 1 Grondwet

Voorwoord

Voor u ligt mijn scriptie die ik in opdracht van Amarant heb geschreven. Hiermee rond ik mijn opleiding HBO-Rechten aan de Juridische Hogeschool Avans-Fontys te Tilburg af.

Ik heb me in de periode van september tot en met december 2014 bezig gehouden met een onderzoek bij Amarant. Ik heb het erg naar mijn zin gehad binnen deze organisatie. Er hangt een fijne sfeer en iedereen wilde graag helpen. Daarnaast vond ik het onderwerp van mijn scriptie erg interessant.

Graag wil ik mijn stagebegeleider Ivo Vugs bedanken voor zijn fijne begeleiding en de kans die hij mij heeft gegeven. Daarnaast wil ik de medewerkers van Amarant en de medewerkers van De Verbinding bedanken voor een open houding en de hulp die zij mij hebben gegeven tijdens mijn onderzoek. Ook wil ik mijn eerste afstudeerdocente Astrid de Boer bedanken voor de begeleiding. Tot slot wil ik mijn medestagiaire Anica bedanken voor haar steun en gezelligheid.

Ik hoop dat mijn scriptie een bijdrage kan leveren aan het verhelpen van de knelpunten die hedendaags ervaren worden binnen De Verbinding.

Ik wens u veel leesplezier!

Chantal de Jong
Tilburg, Januari 2015

Inhoudsopgave

Pagina

Lijst met afkortingen Samenvatting

Hoofdstuk 1 – Inleiding	11
1.1 Amarant Groep	11
1.2 Probleembeschrijving en aanleiding	11
1.3 Begrippen	13
1.4 Vraag- en doelstelling	16
1.5 Deelvragen	16
1.6 Doelgroep	16
1.7 Onderzoeksstrategieën en verantwoording	16
1.8 Bronnen en methoden	17
1.9 Leeswijzer	18
Hoofdstuk 2 – Wettelijk kader	19
2.1 Wet Bijzondere Opnemingen in Psychiatrische Ziekenhuizen	19
2.2 Plaatsing in een psychiatrisch ziekenhuis	20
2.2.1 Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-classificatiesysteem IV	20
2.3 Gevaarscriterium	21
2.4 Behandelplan	22
2.5 Wilsbekwaamheid	22
2.6 Vrijheidsbeperkende maatregelen en dwangbehandelingen	23
2.7 Het recht om te klagen	24
2.7.1 Klachtrecht in de praktijk	25
2.8 Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst	25
2.9 Toekomstige wetgeving	26
2.9.1 Wetsvoorstel Verplichte geestelijke gezondheidszorg	26
2.9.2 Wetsvoorstel Zorg en Dwang	27
2.10 Conclusies	28
Hoofdstuk 3 – Werkwijzen en beleidsvormen	29
3.1 Amarant	29
3.1.1 Beleidsvariant één	30
3.2 GGzE	30
3.3 Wilsbekwaamheid Amarant	32
3.4 Wilsbekwaamheid GGzE	32
3.5 Separatie Amarant	33
3.6 Separatie GGzE	34
3.7 Cameratoezicht bij Amarant	35
3.8 Cameratoezicht bij GGzE	36
3.9 Conclusies	36
Hoofdstuk 4 – Knelpunten	37
4.1 Bevindingen individuele cliëntrapportages	37
4.1.1 De heer Ö	37
4.1.2 De heer C	37
4.1.3 De heer Z	38
4.2 Algemene bevindingen van de Inspectie	39
4.2.1 Dwang en registratie	39
4.2.2 Behandelplannen	41
4.2.3 Samenwerking Amarant en GGzE	43
4.3 Separeerruimte	44
4.4 Overige bevindingen naar aanleiding van het onderzoek	45
4.5 Conclusies	46

Hoofdstuk 5 – Conclusies en aanbevelingen	47
5.1 Conclusies	47
5.1.1 Wettelijk kader en de knelpunten hiervan	47
5.1.2 Knelpunten in de werkwijzen en beleidsvormen	48
5.1.3 Overige knelpunten	48
5.2 Aanbevelingen	49
Evaluatie	51
Literatuurlijst	52
Begrippenlijst	55

Gebruikte bijlagen

Bijlage A	– Forensische zorgtitels
Bijlage B	– Separeerreglement De Verbinding
Bijlage C	– Interview
Bijlage D	– Interview
Bijlage E	– Interview
Bijlage F	– Interview
Bijlage G	– Interview
Bijlage H	– Interview
Bijlage I	– Interview
Bijlage J	– Rapportages Inspectie
Bijlage K	– Visie document aan de slag met vrijheidsbeperkingen
Bijlage L	– Protocollen Amarant en GGzE + Auditrapport

Lijst met afkortingen

Art.	Artikel
Bouwbesluit	Bouwbesluit 2012
BW	Burgerlijk Wetboek
De Inspectie	De Inspectie voor de Gezondheidszorg
De Verbinding	Behandelkliniek De Verbinding
DSM-classificatiesysteem	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders classificatiesysteem
e.d.	En dergelijke
EVRM	Europees Verdrag voor de Rechten van de Mens
GAF	Global Assessment of Functioning Scale
GGzE	Geestelijke Gezondheidszorg Eindhoven en De Kempen
GGZ-zorg	Geestelijke Gezondheidszorg
j°	Juncto
Het College	Het College van Geneesheren-directeur
M&M	Middelen en maatregelen
Onze Minister	Minister van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur
PVP	Patiëntenvertrouwenspersoon
(SG)LVG	Sterk gedragsgestoord licht verstandelijk beperkte gehandicapten
VG-zorg	Verstandelijk Gehandicapten zorg
VOF	Vennootschap onder firma
Wet Bopz	Wet Bijzondere Opnemingen in Psychiatrische Ziekenhuizen
Wetsvoorstel Verplichte ggz	Wetsvoorstel Verplichte geestelijke gezondheidszorg
Wgbo	Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst

Samenvatting

Amarant heeft in samenwerking met GGzE in 2011 op Landgoed De Grote Beek in Eindhoven een behandelkliniek geopend. Deze kliniek heet 'De Verbinding'. In deze kliniek verblijven (sterk gedragsgestoord) licht verstandelijke beperkte gehandicapten met gecombineerde problematiek en een laag IQ. Vanuit Amarant werd de vraag gesteld welke knelpunten de beleidsvormen van Amarant en GGzE, met in achtneming van het wettelijk kader, opleveren met betrekking tot vrijheidsbeperkende maatregelen en dwangbehandelingen binnen De Verbinding. Deze vraag werd gesteld naar aanleiding van het bezoek van de Inspectie op 26 juni jongstleden. Tijdens dit bezoek van de Inspectie is gebleken dat de werkwijze van De Verbinding ver onder de maat ligt.

Wanneer het gaat om vrijheidsbeperkende maatregelen en dwangbehandelingen speelt de Wet Bijzondere Opnemingen Psychiatrische Ziekenhuizen een grote rol. Deze wet werkt met een gevaarscriterium. Dit houdt in dat voor de werking van de Wet Bopz er sprake moet zijn van een gevaar voor de cliënt zelf, voor anderen of voor de algemene veiligheid van personen en/of goederen. Bij opname van cliënten in De Verbinding dient er een behandelplan te zijn opgesteld. Anders kan er geen behandeling plaatsvinden. Afwijken hiervan is alleen mogelijk indien het zonder behandeling aannemelijk is dat het gevaar niet binnen een redelijke termijn kan worden weggenomen. Ook is afwijken mogelijk wanneer het afwenden van het gevaar noodzakelijk wordt geacht.

Door middel van een intensief vergelijkend onderzoek tussen de verschillende beleidsvormen van Amarant en GGzE en het wettelijk kader zijn er verschillende bevindingen gedaan. Het beleid omtrent vrijheidsbeperkende maatregelen en dwangbehandelingen van Amarant en GGzE komt in grote lijnen overeen. Amarant is echter bekend met een plan van aanpak die gericht is op het afbouwen en beëindigen van vrijheidsbeperkende maatregelen. Dit plan van aanpak was voor GGzE onbekend, maar hanteren ze inmiddels al wel binnen De Verbinding. Ook de controlemomenten van de cliënten bij separatie komen niet overeen. Daarbij gebruikt Amarant de term afzondering voor zowel de vrijheidsbeperkende maatregel separatie als afzondering. Dit zijn niet alleen wettelijk gezien twee verschillende maatregelen, maar hierdoor is de registratie van de ingezette maatregelen ook niet mogelijk. Bovendien is gebleken dat het beleid van beide organisaties niet overeenstemmen als het om cameratoezicht gaat. Amarant is een groot voorstander van cameratoezicht. GGzE daarentegen minder. Opmerkelijk is wel dat de regels omtrent cameratoezicht door GGzE beter zijn vastgelegd. Zowel het systeem van Amarant als het systeem van GGzE zijn beide niet geschikt voor De Verbinding. Binnen het systeem van Amarant zijn tijdstellingen en perioderegistraties niet mogelijk. Dit heeft als gevolg dat er geen totaaloverzicht van de toepassing vrijheidsbeperkende maatregelen en dwangbehandelingen binnen De Verbinding is. Toen De Verbinding tot stand kwam werd er gebruik gemaakt van behandelplannen van Amarant. Deze werden later te omvangrijk bevonden, waardoor er gekozen werd om gebruik te maken van de behandelplannen van GGzE. Dit had als gevolg dat ten tijde van het bezoek van de Inspectie de behandelplannen niet ingezien konden worden. Tijdens de Inspectie is de separeerruimte ook beoordeeld. De separeerruimte is niet voorzien van een dag- of datumaanduiding en de cliënten kunnen niet naar buiten kijken, terwijl dit wettelijk verplicht is. Daarbij staat het klachtrecht van de cliënten niet opgenomen in het separeerreglement en deze is dan ook niet volledig genoeg. Tot slot geeft een groot deel van de medewerkers aan dat zij niet weet of de dak- of doelgroep leidend is in De Verbinding. Gebleken is dat de doelgroep en daarmee de verstandelijke gehandicaptenzorg leidend is.

Om bovenstaande te verhelpen dan wel zoveel mogelijk te beperken dient het systeem dat binnen De Verbinding gebruikt wordt verder ontwikkeld te worden. De juiste benamingen voor de vrijheidsbeperkende maatregelen dient gehanteerd te worden. Het separeerreglement dient aangepast te worden samen met de separeerruimte. Amarant dient de regels omtrent het cameratoezicht schriftelijk beter vast te leggen. Tot slot dienen de medewerkers een voorlichting te krijgen betreffende het beleid dat leidend is voor De Verbinding.

Hoofdstuk 1 – Inleiding

In dit hoofdstuk wordt de organisatie waarvoor onderzoek verricht is besproken. Vervolgens worden de probleembeschrijving en aanleiding uiteengezet, gevolgd door begrippen die belangrijk zijn voor dit onderzoek. Daarna wordt de vraag- en doelstelling geformuleerd. Ook zal de onderzoeker verantwoorden voor welke bronnen en methoden zijn gekozen. Tot slot is er in dit hoofdstuk een leeswijzer opgenomen, die de indeling van dit rapport duidelijk maakt.

1.1 Amarant Groep¹

Amarant Groep biedt passende zorgarrangementen in elke levensfase voor mensen met een lichamelijke of een (licht) verstandelijke beperking dan wel autisme, proactief ingezet of op basis van signalen van zorgvragen.

Amarant Groep is werkzaam onder een viertal merknamen. Iedere merknaam richt zich op een eigen doelgroep.

1. Amarant: is gericht op het bieden van zorg aan mensen met een lichte tot ernstige verstandelijke beperking dan wel autisme. Er bestaan twee onderdelen:
 - Amarant Wijkzorg voor cliënten die zelfstandig wonen en werken.
 - Amarant Specialistische Zorg voor cliënten met een ernstige of meervoudige beperking.
2. Idris: deze organisatie biedt specialistische behandelingen aan kinderen, jongeren en volwassenen met een licht verstandelijke beperking in combinatie met (zeer) complex gedrag. Idris biedt poliklinische behandeling, behandeling thuis en intensieve zorg met verblijf, inclusief crisisopvang. Tot slot helpt Idris bij het vinden dan wel behouden van de juiste opleiding, stageplek of werk.
3. Dr. Leo Kannerhuis Brabant: het behandelcentrum 'Dr. Leo Kannerhuis Brabant' is een samenwerkingsverband tussen Amarant en het Dr. Leo Kannerhuis. Deze organisatie biedt specialistische behandeling aan mensen met autisme. Het Dr. Leo Kannerhuis Brabant biedt poliklinische behandeling, dagbehandeling en behandeling met verblijf.
4. Pauwer: deze organisatie biedt zorg- en dienstverlening aan mensen met een lichamelijke beperking, een meervoudige beperking of niet-aangeboren hersenletsel.

Onderstaand onderzoek wordt verricht voor Amarant.

1.2 Probleembeschrijving en aanleiding

Amarant heeft in samenwerking met de Geestelijke Gezondheidszorg Eindhoven en De Kempen (hierna: GGzE) in 2011 op Landgoed De Grote Beek in Eindhoven een behandelkliniek geopend. Deze behandelkliniek heet 'De Verbinding'. De behandelkliniek De Verbinding (hierna: De Verbinding) maakt deel uit van het centrum voor forensische behandeling, werkend onder de naam Woenselse Poort.² De Verbinding beschikt over vierentwintig plaatsen voor (sterk gedragsgestoord) licht verstandelijk beperkte gehandicapten (hierna: (SG)LVG) met gecombineerde problematiek. Deze groep mensen is meerderjarig en kenmerkt zich door de gecombineerde problematiek, waarbij eerdere hulpverlening of behandeling geen tot onvoldoende resultaat heeft opgeleverd. Het IQ van deze groep mensen ligt tussen de 50 en 85.³ De (SG)LVG hebben een forensische achtergrond en vaak ook een forensische strafrechtelijke titel. Een forensische achtergrond houdt in dat de (SG)LVG in het verleden één of meerdere strafbare feiten hebben gepleegd. Hierbij is er een reële kans aanwezig op recidive. Een forensische strafrechtelijke titel wordt opgelegd in het kader van een strafzaak. De titel is leidend voor de forensische zorg waarop een cliënt is aangewezen.

¹ www.amarantgroep.nl

² Grimbél du Bois e.a. 2010, p.4.

³ Grimbél du Bois e.a. 2010, p.2.

In totaal zijn er op dit moment tweeëntwintig forensische strafrechtelijk titels.⁴ De Verbinding biedt plaats aan personen die op grond van bijna alle forensische strafrechtelijke titels worden opgenomen. Justitiabelen die een forensische strafrechtelijke titel met betrekking tot TBS toegewezen hebben gekregen worden uitgesloten, die zitten op een afzonderlijke afdeling binnen de Woenselse Poort.

Cliënten die in De Verbinding behandeld worden, zitten in de laatste fase van het strafrechtelijk proces. Er wordt gewerkt met een 24-uurs behandeling die gericht is op een verantwoorde doorstroom naar reguliere zorg voor mensen met een beperking. Hierdoor kan er gewerkt worden aan een veilige re-integratie van de cliënten in de samenleving, met passende begeleiding op het gebied van wonen en werken.⁵

Een klein deel van de (SG)LVG in Nederland kampt naast de verstandelijke beperking met psychiatrische problematiek. Vaak is dit kleine deel depressief en ziet het nut van het leven niet meer in. In de meeste gevallen komt er vervolgens drugs in beeld met verslaving als gevolg. Door de complexe problematiek belanden zij gemakkelijk in criminele circuits of worden zij makkelijk overgehaald tot het uitvoeren van criminele activiteiten. Voor behandeling worden zij vanuit Justitie, in de eindfase van hun strafrechtelijk proces, aangemeld bij organisaties voor verstandelijk gehandicapten (Amarant) dan wel bij de forensische geestelijke gezondheidszorg (De Woenselse Poort). Amarant en GGzE hebben besloten hun krachten te bundelen en een kliniek voor deze cliëntengroep te openen. Dit om de reden dat deze cliëntengroep niet paste in de behandelsetting van beide organisaties.⁶

Op 26 juni jongstleden heeft de Inspectie voor de Gezondheidszorg (hierna: de Inspectie) in het kader van de Individuele toetsing dwangbehandeling conform artikel 38 Wet Bijzondere Opnemingen in Psychiatrische Ziekenhuizen (hierna: Wet Bopz) een inspectiebezoek aan de De Verbinding te Eindhoven gebracht.⁷ De Verbinding is een Vennootschap onder Firma (hierna: VOF) waarbij twee organisaties, Amarant en GGzE, betrokken zijn. Beide organisaties hebben ieder eigen beleidsvormen waar ze zich aan moeten houden. Met betrekking tot de vrijheidsbeperkende maatregel zitten Amarant en GGzE binnen de Verbinding niet op één lijn. Dit is naar voren gekomen tijdens het bezoek van de Inspectie. De inspectie heeft tijdens het bezoek opgemerkt dat de communicatie en samenwerking tussen behandelaars en management van Amarant en GGzE tekort schiet. Daarnaast vond de inspectie de verdeling van verantwoordelijkheden en bevoegdheden van de geneesheer-directeur van GGzE en de Bopz-arts van Amarant onduidelijk. Daarbij is het volgens de Inspectie ongewenst dat de geneesheer-directeur tevens behandeld psychiater van de cliënten is. Ook is tijdens de inspectie naar voren gekomen dat er in de separeerruimte geen camera aanwezig was. Voor GGzE is dit geen verplichting, maar voor Amarant wel.

Er dient te worden onderzocht hoe Amarant en GGzE binnen De Verbinding omgaan met vrijheidsbeperkende maatregelen en dwangbehandelingen. Waar liggen de verschillen, het spanningsveld en vanuit welke regels dient er gehandeld te worden binnen De Verbinding.

⁴ Bijlage A

⁵ 'Amarant en De Woenselse Poort openen kliniek', *Zorgvisie* 7 september 2011, www.zorgvisie.nl (zoek op *Woenselse Poort*).

⁶ 'In voor zorg-deelnemer Amarant opent samen met De Woenselse Poort een kliniek', *In voor zorg*, www.invoorzorg.nl (zoek op *Amarant*).

⁷ Clientrapportage n.a.v. inspectiebezoek individuele toetsing dwangbehandeling in het kader van artikel 38 Wet Bopz, Inspectie voor de Gezondheidszorg Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

1.3 Begrippen

In deze paragraaf worden een aantal begrippen uiteengezet die belangrijk zijn in het onderzoek.

De behandelkliniek De Verbinding

De noodzaak tot de ontwikkeling van De Verbinding kwam naar voren doordat bij Amarant op jaarbasis rond de twaalf tot veertien aanvragen werden ingediend voor plaatsing van cliënten, waarbij de noodzaak tot voortgezette behandeling in een forensische psychiatrische keten primair is.⁸ Het gezamenlijke initiatief van Amarant en GGzE omvat vierentwintig klinische behandelplaatsen voor (SG)LVG die in samenwerking tussen beide organisaties gerealiseerd is. De Verbinding is een VOF waar zowel Amarant als GGzE verantwoordelijk voor zijn. Binnen De Verbinding zijn medewerkers van beide organisaties werkzaam. De vierentwintig plaatsen maken onderdeel uit van een keten voor (SG)LVG met forensische psychiatrische behandeling. De Verbinding is een afdeling binnen de Woenselse Poort en bestaat uit twee verschillende ruimtes waar de cliënten verblijven met daar tussen het kantoor van de medewerkers. Er zijn twee groepen waarbij elke dag twee begeleiders de cliënten begeleiden. De groepen zitten gescheiden zodat niet alle cliënten tegelijk bij elkaar zitten.⁹

(Sterk gedragsgestoord) licht verstandelijke gehandicapten

Een definitie van LVG is: *“Een verstandelijke handicap is een probleem in het functioneren dat gekenmerkt wordt door beperkingen van betekenis zowel in het intellectuele functioneren als in het adaptieve gedrag zoals dat tot uitdrukking komt in conceptuele, sociale en praktische vaardigheden. Dit probleem is ontstaan voor de leeftijd van achttien jaar”*.¹⁰

De classificatie van de verstandelijke beperking komt tot stand op basis van IQ-scores.¹¹

Classificatie	IQ-scores	Verstandelijke leeftijd
Licht Verstandelijke Beperking	50-70	Tussen 9 en 12 jaar
Matige Verstandelijke Beperking	35-49	Tussen 6 en 9 jaar
Ernstige Verstandelijke Beperking	20-34	Tussen 3 en 6 jaar
Zeer ernstig, diep verstandelijke beperkt	< 20	Onder 3 jaar

Figuur 1 ¹²

Tot 1973 lag de bovengrens voor LVG bij een IQ van 85. Nu is dat bij een IQ van 70. Een persoon met een IQ van 71-85 wordt gezien als zwakbegaafd. Hier geldt echter wel een uitzondering op. Indien de zwakbegaafde bijkomende problematiek heeft, wordt hij gezien als een LVG.¹³ Naast de intelligentie (de IQ-score) is een tweede kenmerk van verstandelijke beperktheid het sociale aanpassingsvermogen, ook wel beter bekend als sociale redzaamheid.

Dit rapport heeft betrekking op de meerderjarige LVG met een IQ van 50-85. De andere classificaties worden buiten beschouwing gelaten.

LVG is tegenwoordig een breed geaccepteerde aanduiding. Toch wordt er steeds vaker gekozen voor de afkorting LVB (licht verstandelijke beperking). Bij de zorg betrokken partijen wordt meestal nog de afkorting LVG gehanteerd. Het begrip ‘beperking’ wordt al wel gebruikt, maar in de formele teksten wordt nog steeds handicap gebruikt. Daarom is er gekozen om in dit rapport de afkorting LVG te gebruiken.

⁸ Grimbeldu Bois e.a. 2010, p. 3.

⁹ Bijlage C

¹⁰ Leenen 2011, p. 10.

¹¹ Zie figuur 1

¹² Frederiks 2004, p. 29.

¹³ Teeuwen 2012, p. 10-11.

(SG)LVG in de forensische zorg

LVG zijn in het justitiële circuit oververtegenwoordigd. Toch leidt een verstandelijke beperking volgens prof. dr. H.J.C. van Marle¹⁴ niet uit zichzelf tot delinquentie. Het merendeel van de LVG is namelijk niet crimineel. De meeste van hen leven (in sommige gevallen) met ondersteuning in de maatschappij en redden zich prima. Daarentegen bestaat er bij hen wel een verhoogd risico op het plegen van delicten. Dit om de reden dat zij makkelijker beïnvloedbaar zijn en meer gevoelig zijn voor omgevingsfactoren. Er zijn verschillende soorten omgevingsfactoren. Zo zijn er de maatschappelijke en culturele veranderingen van de samenleving. Deze veranderingen zijn voor LVG meestal zwaar, waardoor ze aan de zijlijn komen te staan. Daarnaast zijn er veranderingen in het zorgbeleid jegens LVG. De overheid verwacht hedendaags dat ook de gemeenschap een bijdrage levert in de zorg. Ook werd in 1971 de IQ-grens van 85 beneden gehaald naar 70. Door de combinatie van het normalisatiebeleid en de wijziging in de IQ-grens werden de LVG “onzichtbaar” voor professionele hulpverlening. Tot slot hebben er veranderingen plaatsgevonden in het strafrecht en de justitiële praktijk. De maatschappelijke en culturele veranderingen hebben invloed gehad op het strafrecht voor LVG in het bijzonder. De gevolgen zijn dat er zo veel mogelijk beschikbare middelen worden ingezet om alle denkbare risico’s te beperken (risicojustitie).

Adolescenten LVG blijken op sociaal gebied dubbel belast te zijn als het om invloed op risicogedrag gaat. Zij zijn gevoeliger voor de invloed van vrienden en komen vaker in aanraking met verkeerde vrienden.

Er is sprake van een groeiende groep (jong) volwassenen met een licht verstandelijke handicap dan wel zwakbegaafdheid met complexe problematiek zoals, psychiatrische stoornissen, gedrags- en verslavingsproblemen, criminaliteit en overlast die slecht bereikbaar zijn voor hulpverleners. Deze groep laat agressief, sociaal ongepast en grensoverschrijdend gedrag zien waarbij er vaak sprake is van alcohol- en drugsmisbruik. Uiteindelijk vertoont deze groep dusdanig problematisch gedrag en kunnen in aanraking komen met justitie. Hierdoor kunnen zij een bedreiging vormen voor het welzijn van zichzelf en anderen.¹⁵

Cliëntengroep in De Verbinding

De cliëntengroep in De Verbinding betreft mensen vanaf 18 jaar met een licht verstandelijke beperking, waarbij zowel het persoonlijke als het maatschappelijke functioneren ernstig ontregeld is door complexe problematiek. Naast de verstandelijke beperking is er sprake van een achterstand in de sociaal-emotionele ontwikkeling, leerproblemen, medische en/of psychiatrische problematiek wat leidend is tot ernstige functioneringsproblemen. In de meeste gevallen is hierbij sprake van verslaving. Door de laag sociaal-emotionele ontwikkeling kunnen deze personen moeilijk nee zeggen tegen drugs. Een gevolg hiervan is dat er sprake is van een chronische behoefte en noodzaak van (intensieve) begeleiding en behandeling. Binnen De Verbinding zijn drugs niet toegestaan. Er wordt gewerkt aan het opstarten van een therapie om de cliënten te helpen bij hun verslaving.

De forensische strafrechtelijke titel die aan een forensische patiënt wordt toegewezen is leidend voor de zorg die deze patiënt krijgt.¹⁶ Op dit moment verblijven er veertien cliënten van Amarant in De Verbinding en twee cliënten van GGzE. In de toekomst willen ze naar een andere verdeling gaan. Dit ligt al op het niveau van de Raad van Bestuur.

De cliënten die op dit moment in De Verbinding verblijven vallen onder de volgende forensische strafrechtelijke titels: voorwaardelijke veroordeling conform artikel 14a Strafrecht en voorwaardelijke beëindiging van de verpleging van overheidswege conform artikel 38g Strafrecht. Daarnaast zijn er cliënten opgenomen op grond van een rechterlijke machtiging. Dit is een civiele maatregel en geen forensische strafrechtelijke titel.

¹⁴ Prof. dr. H.J.C. van Marle is een Nederlandse psychiater die zich heeft gespecialiseerd in de forensische psychiatrie.

¹⁵ Grimbé du Bois e.a. 2010, p. 7

¹⁶ Art. 5 lid 1 Interimbesluit forensische zorg

De Verbinding biedt plaats aan alle forensische strafrechtelijke titels. Hierbij worden alleen de forensische strafrechtelijke titels van TBS uitgesloten. Voor TBS heeft De Woenselse Poort een aparte afdeling. De forensische strafrechtelijke titels die in de Wet Bopz staan opgenomen komen op dit moment niet voor onder de cliënten van De Verbinding.

De opname van een cliënt in De Verbinding gaat via de behandelaar. De behandelaar heeft contact met opnamebureaus. Bij opname krijgen de cliënten een opnamegesprek. Tijdens dit gesprek krijgen zij de afdelingsregels te horen zoals: geen vuur in eigen bezit, geen telefoon in eigen bezit en dat ze een dagprogramma dienen te volgen.¹⁷

Rechterlijke machtiging

Een rechterlijke machtiging is een beslissing van de rechter dat een cliënt gedwongen dient te worden opgenomen of gedwongen opgenomen dient te blijven. Er zijn verschillende soorten rechterlijke machtigingen, maar de termen voorlopige machtiging en machtiging tot voortgezet verblijf worden het meeste gebruikt.

Een rechterlijke machtiging kan officieel gezien worden als een verzamelnaam voor verschillende machtigingen. Op grond van de huidige Wet Bopz kunnen de volgende machtigingen worden uitgegeven: een voorlopige machtiging conform art. 2 Wet Bopz, een voorwaardelijke machtiging conform art. 14a Wet Bopz, een machtiging tot voortgezet verblijf conform art. 15 Wet Bopz, een machtiging op eigen verzoek conform art. 32 Wet Bopz en tot slot een machtiging die volgt op een zelfbindingsverklaring conform art. 34a Wet Bopz. Alle rechterlijke machtigingen, met uitzondering van art. 34a Wet Bopz, mogen alleen door de rechter worden afgegeven als aan het gevaarscriterium is voldaan.¹⁸

Voor personen met dementie of personen met een verstandelijke beperking zijn de volgende machtigingen relevant: voorlopige rechterlijke machtiging en rechterlijke machtiging tot voortgezet verblijf. De rechterlijke machtiging kan niet gezien worden als een spoedprocedure. Voor acute noodzaak bestaat er de inbewaringstelling.

Een rechterlijke machtiging kan op drie manier worden opgelegd aan een cliënt. De eerste manier is dat de personen uit de omgeving van de betrokkene vinden dat de betrokkene een gevaar is voor zichzelf dan wel voor anderen. Dit gevaar vloeit voort uit de stoornis van de geestesvermogens. Hieronder valt een verstandelijke beperking. Indien de personen uit de omgeving willen dat de betrokkene wordt opgenomen, maar de betrokkene wil dat niet kunnen zij een rechterlijke machtiging aanvragen. De volgende manier is dat de cliënt een rechterlijke machtiging krijgt terwijl hij al is opgenomen. Dit kan vrijwillig of met een inbewaringstelling. Tot slot kunnen personen met een psychische stoornis zelf een rechterlijke machtiging aanvragen. Dit is dan een rechterlijke machtiging op eigen verzoek.¹⁹

Er zijn een tweetal vereisten voor een rechterlijke machtiging. Om te beginnen moet de betrokkene hoe dan ook niet meewerken aan een opname of voortgezet verblijf. Daarnaast dient er gestreefd te worden naar plaatsing in een psychiatrisch ziekenhuis of een Psychiatrische Afdeling Algemeen Ziekenhuis.

Indien in deze omstandigheden opname in een tehuis voor verstandelijke gehandicapten of een andere verpleeginrichting geïndiceerd is, kan de rechter een rechterlijke machtiging slechts verlenen indien de betrokkene zich uitdrukkelijk tegen de opname verzet.²⁰

¹⁷ Bijlage C

¹⁸ ZonMw 2014, p. 64.

¹⁹ 'Wat is een rechterlijke machtiging?', *Dwang in de zorg*, dwangindezorg.nl (zoek op *wat is een rechterlijke machtiging?*) (online, laatst bijgewerkt op 27 januari 2014).

²⁰ Meersbergen & Verbogt 2007, p. 115.

1.4 **Vraag- en doelstelling**

Het bovenstaande leidt tot de volgende vraagstelling:

“Welke knelpunten leveren de beleidsvormen van Amarant en GGzE met betrekking tot vrijheidsbeperkende maatregelen en dwangbehandelingen in de praktijk op met inachtneming van het wettelijk kader bij meerderjarige (SG)LVG cliënten met meervoudige problematiek en een laag IQ die in de behandelkliniek ‘De Verbinding’ te Eindhoven verblijven?”

Door het beantwoorden van de vraagstelling wordt de volgende doelstelling bereikt:

Op 12 januari 2015 zal een onderzoeksrapport over de verschillende beleidsvormen van Amarant en GGzE binnen de behandelkliniek De Verbinding zijn opgesteld, waarin naar voren komt welk beleid leidend is en welke knelpunten tussen deze verschillende beleidsvormen worden ervaren lettend op de Wet Bijzondere Opnemingen in Psychiatrische Ziekenhuizen, waarin aan Amarant te Tilburg een advies wordt gegeven voor een eenduidige aanpak van Amarant en GGzE bij het toepassen van vrijheidsbeperkende maatregelen bij meerderjarige (SG)LVG cliënten met meervoudige problematiek en een laag IQ die in de behandelkliniek De Verbinding te Eindhoven verblijven, waardoor de ervaren knelpunten worden weggenomen.

1.5 **Deelvragen**

1. Welke wet- en regelgeving is van toepassing voor De Verbinding?
 - Wat zijn de belangrijkste aspecten van deze wet- en regelgeving?
2. Hoe zien de werkwijzen en beleidsvormen van Amarant en GGzE eruit?
 - Wat is de werkwijze/beleidsvorm van Amarant?
 - Wat is de werkwijze/beleidsvorm van GGzE?
 - Wat zijn de overeenkomsten en verschillen tussen deze werkwijzen?
3. Wat zijn de knelpunten tussen de verschillende beleidsvormen?
 - Welke knelpunten worden er binnen De Verbinding ervaren?
 - Welke consequenties brengen verschillen tussen Amarant en GGzE in de praktijk met zich mee?
 - Welk beleid is nu leidend voor De Verbinding?

1.6 **Doelgroep**

Het onderzoek zal zich richten op de cliënten van De Verbinding te Eindhoven. Het onderzoek wordt geschreven voor de medewerkers van De Verbinding die hier direct bij betrokken zijn. Dit zijn de medewerkers die werkzaam zijn op de werkvloer, de zogeheten behandelaren. Ook betreft dit de behandelstaf en de beleidsverantwoordelijke.

1.7 **Onderzoeksstrategieën en verantwoording**

Om het gewenste eindresultaat te kunnen bereiken zijn er verschillende methoden van onderzoek gebruikt.

Rechtsbronnen- en literatuuronderzoek

Bij deze methode wordt er gebruikt gemaakt van bestaand materiaal. In dit onderzoek zal dit voornamelijk de Wet Bijzondere Opnemingen in Psychiatrische Ziekenhuizen zijn. Ook zullen de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst, het wetsvoorstel Verplichte geestelijke gezondheidszorg en het wetsvoorstel Wet Zorg en Dwang worden onderzocht. Bovendien wordt er gezocht naar relevante jurisprudentie en zal deze geanalyseerd worden.

Documenten

In bestaande documenten van Amarant en GGzE wordt er geanalyseerd hoe het huidige beleid met betrekking tot vrijheidsbeperkende maatregelen en dwangbehandelingen eruit ziet, zoals het document: visiedocument Amarant Groep: aan de slag met (minder) vrijheidsbeperkingen. Ook wordt er in documentatie gekeken naar het samenwerkingsverband tussen Amarant en GGzE. Deze documentatie zal geanalyseerd worden. Tot slot wordt er in documentatie gezocht naar de knelpunten die Amarant en GGzE op dit moment binnen De Verbinding ervaren.

Kwalitatief onderzoek

Een kwalitatief onderzoek houdt in dat er ook naar de praktijk gekeken zal worden. Zo zal er één of meerdere keren mee worden gelopen met de organisatie. De onderzoekster zal naar De Verbinding in Eindhoven gaan. Door middel van het meelopen in de praktijk wordt er een beter inzicht in de organisatie verkregen en wordt er een visueel beeld verkregen van bestaande knelpunten. Hierdoor zal het onderwerp van het onderzoek beter worden begrepen waardoor er een gericht onderzoek zal plaatsvinden.

Interview

Er zal gewerkt worden met een halfgestructureerd interview. Dit houdt in dat er een vragenlijst wordt opgemaakt, waarbij er ook ruimte is voor eigen inbreng van de geïnterviewde. Het interview wordt gebruikt om inzicht te krijgen in de wettelijke kaders die gelden voor Amarant en GGzE en hun beleidsvormen. Ook de knelpunten die door de medewerkers worden ervaren, worden duidelijker door het gebruik maken van interviews.

Verantwoording

Er wordt gekeken naar de betrouwbaarheid en validiteit van alle bronnen en methoden. Als een bron niet betrouwbaar dan wel valide is zal deze niet gebruikt worden tijdens het onderzoek. Er worden enkel interviews afgenomen met personen die expertise op dit terrein bezitten. Daarnaast wordt er alleen informatie gebruikt die betrekking heeft op het onderzoek en de centrale vraagstelling. De gevonden informatie zal geordend worden. Dit om de reden dat het goed terug te vinden is en alles tijdens het onderzoek overzichtelijk blijft.

1.8 Bronnen en methoden

De methodiek zal per deelvraag uiteen worden gezet.

- **Deelvraag 1:** Welke wet- en regelgeving is van toepassing voor De Verbinding?

Deze deelvraag is bedoeld als inleiding en heeft een informatief karakter. Het antwoord op deze deelvraag wordt gevormd door een rechtsbronnen- en literatuuronderzoek. De onderzoeksmethode die gebruikt wordt, is een inhoudsanalyse. In verschillende wetten wordt gezocht naar de wettelijke basis voor vrijheidsbeperkende maatregelen. Daarnaast zullen de belangrijkste aspecten van deze wet(ten) worden behandeld. Ook zal jurisprudentie geanalyseerd worden.

- **Deelvraag 2:** Hoe zien de werkwijzen en beleidsvormen van Amarant en GGzE eruit

Bij deze deelvraag zal een rechtsvergelijkend onderzoek plaatsvinden. Door middel van een rechtsbronnenonderzoek zal er gekeken worden wat de verschillen zijn tussen de beleidsvormen van beide organisaties. De onderzoeksmethode die bij deze deelvraag gehanteerd wordt, is een inhoudsanalyse. Daarnaast wordt er gekeken naar de huidige werkwijze van Amarant en GGzE. De onderzoekster zal naar de behandelkliniek in Eindhoven gaan en zal daar de kliniek observeren. Er wordt een waarnemingsschema opgesteld. Dit is een overzicht van zaken waar tijdens de observatie naar gekeken dient te worden. De gebruikte onderzoeksmethode is observatie. Tot slot zal de onderzoeksmethode interview bij deze deelvraag aan bod komen. Met behulp van een interview wordt er bij de medewerkers informatie verzameld over de huidige werkwijze van Amarant en GGzE in De Verbinding.

- **Deelvraag 3:** Wat zijn de knelpunten tussen de verschillende beleidsvormen?

Om deze deelvraag te kunnen beantwoorden dient er eerst bestaande documentatie te worden geraadpleegd. Dit betreft bijvoorbeeld documentatie waarin cliëntrapportages naar aanleiding van het inspectiebezoek staan beschreven. Door deze te bestuderen zullen de knelpunten helder worden.

Daarnaast wordt er middels een inhoudsanalyse bekeken hoe de huidige samenwerking tussen Amarant en GGzE is.

Zij werken samen in de kliniek De Verbinding, maar zitten op een aantal punten niet op één lijn.²¹ Daarbij wordt de behandelkliniek De Verbinding geobserveerd, om zo een beter beeld te krijgen in de bestaande problematiek. Tot slot zal de onderzoeksmethode interview bij deze deelvraag aan bod komen. Met behulp van een interview wordt er bij de medewerkers informatie verzameld over de knelpunten die binnen De Verbinding worden ervaren.

1.9 Leeswijzer

Het tweede hoofdstuk is allereerst bedoeld om de lezer een beeld te geven van het wettelijk kader omtrent vrijheidsbeperkende maatregelen en dwangbehandelingen. In dit hoofdstuk worden de belangrijkste aspecten met betrekking tot deze aspecten beschreven. Dit hoofdstuk is ook nodig om de knelpunten die later in het rapport geformuleerd worden beter te begrijpen. In het derde hoofdstuk worden de werkwijzen en beleidsvormen van Amarant en GGzE uiteengezet. Daarbij vindt er een vergelijking tussen beide organisaties plaats. Ook worden er in dit hoofdstuk al een aantal knelpunten duidelijk. Het vierde hoofdstuk geeft een goede weergave van alle knelpunten die worden ervaren in De Verbinding. Tot slot worden de conclusies en aanbevelingen weergegeven in hoofdstuk vijf.

²¹ Cliëntrapportages n.a.v. inspectiebezoek individuele toetsing dwangbehandeling in het kader van art. 38 Wet Bopz

Hoofdstuk 2 – Wettelijk kader

In dit hoofdstuk staat het wettelijk kader centraal. Daarbij wordt er dieper ingegaan op belangrijke aspecten van de Wet Bopz. Deze aspecten zijn: plaatsing in een psychiatrisch ziekenhuis, het gevaarscriterium, het behandelplan, wils(on)bekwaamheid, vrijheidsbeperkende maatregelen en het klachtenrecht. Tot slot wordt voor de volledigheid de toekomstige wetgeving behandeld.

2.1 Wet Bijzondere Opnemingen in Psychiatrische Ziekenhuizen

“Buiten de gevallen bij of krachtens de wet bepaald mag niemand zijn vrijheid worden ontnomen”. Dit is een oud grondrecht dat staat opgenomen in de Grondwet.²² Om die reden moest dwangverpleging van psychiatrische patiënten al in de vorige eeuwen bij de wet geregeld worden. Voorheen werd dit in de Krankzinnigenwet van 27 april 1884 geregeld. In deze wet was het opleggen van gedwongen opnemingen (in principe een kantongerechtprocedure) aan nauwkeurige voorschriften gebonden. Deze wet kende aan de “krankzinnige” echter nauwelijks een rechtspositie toe. Ter vervanging van deze verouderde wet kwam op 29 oktober 1992 de Wet Bopz.

De rechten van cliënten tijdens een onvrijwillige opname staan opgenomen in de Wet Bopz. De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (hierna: Onze Minister²³) is verantwoordelijk voor deze wet en het beleid rondom de wet. De Wet Bopz geldt voor gedwongen opnamen en behandeling in de psychiatrie, voor de zorg van mensen met een verstandelijke beperking en in de zorg voor ouderen met dementie. In termen van de wet worden onder psychiatrisch ziekenhuis ook begrepen instellingen voor verstandelijke gehandicapten en psychogeriatrische patiënten. De Wet Bopz heeft als doel het afwenden van gevaar (dat een gevolg is van een stoornis van de geestvermogens of een gebrekkige ontwikkeling hiervan) voor de personen zelf, anderen of hun omgeving. Indien dit gevaar niet op een andere manier af te wenden is, kan de persoon zonder zijn eigen toestemming worden opgenomen.²⁴ Dit wordt wel gezien als een ultimum remedium. De Wet Bopz spreekt van ‘stoornis van de geestvermogens’ en ‘gestoord zijn in zijn geestvermogens’. Onder geestvermogens wordt volgens de wetgever verstaan: het vermogen tot denken, voelen, willen, oordelen en doelgericht handelen. Indien deze vermogens gebrekkig ontwikkeld of ziekelijk gestoord zijn wordt de betrokkene gehinderd door een stoornis van de geestvermogens. Bij verstandelijke gehandicapten geldt nog een specifiek gevaarscriterium, namelijk zich niet zelfstandig kunnen handhaven buiten de instelling. De Wet Bopz is van toepassing op cliënten die opgenomen zijn op grond van een rechterlijke machtiging, omdat er sprake is van een gedwongen opname. Daarnaast geldt de Wet Bopz ook voor de interne rechtspositie van deze cliënten. Voor cliënten met een forensische strafrechtelijke titel spreekt het niet voor zich dat de Wet Bopz van toepassing is. In de Wet Bopz wordt beschreven voor welke cliënten de Minister van Justitie (mede) verantwoordelijk is. Ook wordt in de wet²⁵ aangegeven voor welke forensische strafrechtelijke titels bepaalde artikelen van deze wet gelden. De forensische strafrechtelijke titels die in de Wet Bopz staan opgenomen komen op dit moment niet voor onder de cliënten van De Verbinding. Indien personen gedwongen zijn opgenomen in een instelling stelt de wet Bopz een behandelplan verplicht.²⁶ De betrokkene moet zelf instemmen met het behandelplan.

²² Art. 15 lid 1 Grondwet

²³ Art. 1 sub a Wet Bopz

²⁴ ‘Wet Bijzondere Opnemingen in Psychiatrische Ziekenhuizen (Wet Bopz), dwanginzorg.nl (online, laatst bijgewerkt op 14 januari 2014).

²⁵ Art. 51 Wet Bopz

²⁶ In de geestelijke gezondheidszorg wordt dit ook wel een zorgplan genoemd.

Indien hij dit niet kan, dient een partner, ouder of wettelijke vertegenwoordiger namens de cliënt in te stemmen. Het gedwongen opnemen en behandelen van cliënten met behulp van vrijheidsbeperkende maatregelen is geregeld in de Wet Bopz.²⁷

De Wet Bopz bepaalt dat onvrijwillige opnemingen alleen mogen plaatsvinden in (afdelingen dan wel locaties) van instellingen die zijn aangemerkt als een psychiatrisch ziekenhuis, verpleeginrichting of zwakzinnigeninrichting.²⁸ De Verbinding, gevestigd aan de Doctor Poetlaan 72 te Eindhoven, stond voorheen opgenomen in bijlage 1 van de Regeling aanmerking psychiatrisch ziekenhuis en werd aangemerkt als een psychiatrisch ziekenhuis, niet zijnde een verpleeginrichting of zwakzinnigeninrichting²⁹. Op 15 juni 2014 heeft er echter een wijziging plaatsgevonden waardoor De Verbinding nu in bijlage 3 staat opgenomen. De Verbinding wordt nu aangemerkt als een zwakzinnigeninrichting.³⁰ Dit houdt in dat de Wet Bopz van toepassing is op de De Verbinding.

De derde evaluatiecommissie Wet Bopz is in mei 2007 tot de conclusie gekomen dat de Wet Bopz niet toekomstbestendig is. Met betrekking tot de forensische psychiatrie stelt de evaluatiecommissie dat er afzonderlijke wetgevingsfamilies bestaan over respectievelijk niet-justitiële en justitiële patiënten. Hierdoor wordt parallel aan het Wetsvoorstel forensische zorg een wetsvoorstel ter vervanging van de Wet Bopz, namelijk het Wetsvoorstel Verplichte geestelijke gezondheidszorg (hierna: Wetsvoorstel Verplichte ggz), voorbereid.³¹

2.2 Plaatsing in een psychiatrisch ziekenhuis

De grondslag voor plaatsing in een psychiatrisch ziekenhuis staat opgenomen in artikel 37 Strafrecht. Plaatsing in een psychiatrisch ziekenhuis is mogelijk indien iemand een strafbaar feit heeft begaan en dit niet aan hem kan worden toegerekend wegens een gebrekkige ontwikkeling of ziekelijke stoornis van zijn geestvermogens. Dit kan alleen indien hij gevaarlijk is voor zichzelf, voor anderen of voor de algemene veiligheid van personen of goederen. Voor de termen gebrekkige ontwikkeling en ziekelijke stoornis moet aansluiting worden gezocht bij de term geestesstoornis die wordt gehanteerd in de Wet Bopz. De Wet Bopz omschrijft geestesstoornis als stoornis van de geestesvermogen. Deze term moet verder worden ingevuld door de psychiatrie. Het is in de psychiatrie gebruikelijk om geestesstoornissen te classificeren volgens het DSM-classificatiesysteem. In dit systeem zijn onder andere stoornissen als wanen, persoonlijkheidsstoornissen en verslaving opgenomen.³²

2.2.1 Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-classificatiesysteem IV

Binnen de geestelijke gezondheidszorg wordt gebruik gemaakt van het op empirisch onderzoek gebaseerde Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-classificatiesysteem IV (hierna: DSM-classificatiesysteem). Het DSM-classificatiesysteem geeft criteria aan waaraan bijvoorbeeld probleemgedragingen moeten voldoen willen zij als stoornis geclassificeerd kunnen worden. Het DSM-classificatiesysteem bestaat uit vijf verschillende assen. As 1 (klinische stoornissen) is de hoofdas waarin de hoofddiagnose wordt vermeld. Deze diagnose is in de meeste gevallen de reden voor het contact met hulpverleners. Voorbeelden hiervan zijn eetstoornissen en misbruik of afhankelijkheid van een middel. Bij as 2 (persoonlijkheidsstoornissen) kan er gedacht worden aan ontwikkelingsstoornissen, bepaalde eigenschappen dan wel trekken. In sommige gevallen staat de hoofddiagnose in deze as. As 3 (somatische problemen) heeft betrekking op lichamelijke, somatische aandoeningen die zich eventueel voordoen en die relevant zijn voor het begrijpen dan wel behandelen van een psychische stoornis. Voorbeelden hiervan zijn: epilepsie of scoliose.

²⁷ 'Vrijheidsbeperking', *Inspectie voor de gezondheidszorg*, igz.nl (zoek op *vrijheidsbeperking*).

²⁸ Bijlage 1, 2 en 3 Regeling aanmerking psychiatrisch ziekenhuis

²⁹ Art. 37b lid 2 Wet Bopz

³⁰ Staatscourant nr. 19502, p. 45.

³¹ *Kamerstukken II* 2009/10, 32 398, nr. 3, p. 5 (MvT).

³² Duijst 2009, p. 168.

As 4 (psychosociale problemen/stressfactoren) dient voor het vastleggen van psychosociale en omgevingsproblemen die de diagnose, behandeling en prognose van psychische stoornissen kunnen beïnvloeden. Voorbeelden hiervan zijn: financiële problemen en problemen met leeftijdsgenoten. Tot slot geeft As 5 (Global Assessment of Functioning Scale, hierna: GAF) de algehele beoordeling van het functioneren uitgedrukt op een schaal van 0 tot 100. De GAF-score is een maatstaf waarmee het psychisch, sociaal en beroepsmatig functioneren van een persoon wordt aangeduid. Deze schaal van 0 tot 100 is onderverdeeld in 10 verschillende klassen van functioneren. Bij de score 0 is er onvoldoende informatie aanwezig. Bij de score 1-10 is er blijvend gevaar om zichzelf of anderen te verwonden, blijvend onvermogen om de persoonlijke hygiëne te onderhouden of ernstig suïcidaal gedrag met duidelijke doodsverwachting. Bij de score 91-100 is er sprake van uitstekend functioneren bij een groot aantal activiteiten. De persoon wordt door anderen op prijs gesteld, omdat de persoon veel goede kwaliteiten heeft en geen symptomen. Hoe lager de GAF-score, des te slechter de persoon kan functioneren in het dagelijks leven.³³

Bij As 1 komen autisme, aandachtstekort- en gedragsstoornissen en middelenafhankelijkheid het meeste voor bij (SG)LVG. Daarbij is er in sommige gevallen sprake van een persoonlijkheidsstoornis die staan opgenomen in As 2. Bij As 3 is er vaak sprake van epilepsie. Ook is gebleken dat er redelijk vaak seksueel geweld of misbruik en/of verwaarlozing en mishandeling heeft plaatsgevonden in het verleden bij (SG)LVG. Dit staat opgenomen in As 4.³⁴

2.3 **Gevaarscriterium**

De Wet Bopz werkt met een gevaarscriterium. Het gevaarscriterium is al ouder dan de Wet Bopz. In 1982 oordeelde de Hoge Raad dat gedwongen opname slechts is toegestaan indien er wordt voldaan aan het gevaarscriterium.³⁵ Het gevaarscriterium houdt in dat er sprake moet zijn van een gevaar voor de cliënt zelf, voor anderen of voor de algemene veiligheid van personen en/of goederen.³⁶ Gevaar op zichzelf biedt geen voldoende grondslag voor een gedwongen opname. Een causaal verband tussen de geestelijke stoornis van de persoon en het gevaar is noodzakelijk.³⁷ Het gevaarscriterium geldt voor alle onvrijwillige opnames op grond van de Wet Bopz. Om aan het gevaarscriterium te voldoen moet na het voordoen van een dergelijk gevaar worden vastgesteld dat voor het bestrijden van het gevaar opname noodzakelijk is. Hierbij dient rekening te worden gehouden met meerdere rechtsbeginselen. Dit zijn de beginselen van proportionaliteit en subsidiariteit. Dit houdt in dat het belang van de cliënt dient te worden afgewogen tegen het belang waarvoor toepassing noodzakelijk wordt geacht. Ook dient er gekeken te worden of er minder ingrijpende maatregelen mogelijk zijn om het gevaar te voorkomen. Binnen de onvrijwillige zorg hebben de cliënten zowel een externe als interne rechtspositie. Bij de externe rechtspositie gaat het om de wettelijke regelgeving rond de oplegging en beëindiging van de maatregel. De interne rechtspositie is de positie van de cliënt die de cliënt heeft op basis van de regels.³⁸ Daarnaast is er ook een extern- en intern gevaarscriterium. Het extern gevaarscriterium houdt in dat binnen een termijn het gevaar dat door de stoornis wordt veroorzaakt wordt weggenomen. Deze termijn is maximaal drie maanden. Het intern gevaarscriterium is het afwenden van het gevaar binnen de instelling. Hiervoor geldt geen termijn.

In de Wet Bopz wordt het begrip 'gevaar' niet specifiek beschreven voor (SG)LVG. Wel geldt er (zoals eerder beschreven) nog een specifiek gevaarscriterium voor (SG)LVG. Dit houdt in dat zij zich niet zelfstandig kunnen handhaven buiten de instelling.

³³ 'Hoe bepaal je een betrouwbare en consistente GAF score? *De Jonge Psychiater* 7 april 2011, dejongepsychiater.nl (zoek op *consistente GAF*).

³⁴ Koot & Tenneij 2006, p. 54.

³⁵ Buijsen & Hermans 2006, p. 165.

³⁶ Art. 1 lid 1 sub f Wet Bopz

³⁷ Leenen 2011, p. 298.

³⁸ Drost & Groen 2003, p. 81.

2.4 Behandelplan

Zodra een cliënt wordt opgenomen in De Verbinding dient er zo snel mogelijk een behandelplan te worden opgesteld. Hiervoor draagt de geneesheer-directeur zorg.³⁹ Het behandelplan wordt door de voor de behandeling verantwoordelijke persoon in overleg met de cliënt alsmede met betrokkenheid van zijn huisarts vastgesteld. Indien dit volgens de voor de behandeling verantwoordelijke persoon niet kan, omdat de cliënt niet in staat wordt geacht tot een redelijke waardering van zijn belangen bij de voorgestelde behandeling, wordt het behandelplan opgesteld in overleg met de wettelijke vertegenwoordiger van de cliënt. Als er geen wettelijke vertegenwoordiger is, wordt er overlegd met diegene die door de cliënt schriftelijk is gemachtigd.

Het behandelplan is erop gericht de stoornis te verbeteren, waardoor het gevaar zo ver mogelijk wordt weggenomen. Het primaire doel van het behandelplan mag niet het behandelen van lichamelijke klachten zijn. Lichamelijke klachten mogen wel behandeld worden, maar het eerste doel is het wegnemen van psychische stoornissen. Daarnaast worden therapeutische middelen in het behandelplan opgenomen die de stoornis weg zouden moeten nemen.⁴⁰

De cliënt wordt alleen behandeld als de behandeling is voorzien in het behandelplan en het overleg met betrekking tot het behandelplan tot overeenstemming heeft geleid. Daarnaast mag de cliënt zich niet tegen de behandeling verzetten. Hiervan kan worden afgeweken indien blijkt dat zonder de behandeling het aannemelijk is dat het gevaar, veroorzaakt door de stoornis van het geestesvermogen van de cliënt, niet binnen een redelijk termijn kan worden weggenomen of indien het noodzakelijk wordt geacht dat het gevaar dat de stoornis van de geestvermogens van de cliënt binnen de inrichting veroorzaakt, dient te worden afgewend.⁴¹

2.5 Wilsbekwaamheid

Bij het opstellen van een behandelplan is het van belang om te weten of de cliënt wils(on)bekwaam is. Wilsbekwaamheid is afgeleid uit het zelfbeschikkingsrecht. Om te weten te komen of een cliënt wilsbekwaam is, wordt er gekeken naar een aantal aspecten. Er dient gekeken te worden of de cliënt in staat is om zelf een keuze te maken. Daarbij is het belangrijk dat er gelet wordt op de aard van de beslissing. Het resultaat van de beslissing moet overeenstemmen met hetgeen een redelijk mens zou hebben gedaan in vergelijkbare omstandigheden. Ook wordt er gekeken naar de argumentatie van de keuze en dus niet naar de keuze zelf. Vervolgens wordt er beoordeeld of de cliënt beschikt over voldoende begripsvermogen: is de cliënt in staat om de verstrekte informatie te begrijpen? Tot slot wordt er gekeken of de cliënt inzicht heeft in de aard van de situatie: begrijpt de cliënt zelf de beslissing die hij of zij neemt?⁴²

Voordat het behandelplan wordt opgesteld is het van belang dat de cliënt voldoende wordt geïnformeerd. Dit vloeit voort uit het beginsel van het recht op informatie.⁴³ Indien de cliënt niet voldoende in staat wordt geacht om zijn belangen ter zake te waarderen, dient de informatie verstrekt te worden aan zijn wettelijk vertegenwoordiger.

Kortgezegd houdt wilsonbekwaamheid in dat de cliënt niet in staat is tot een redelijk waardering van belangen ter zake.⁴⁴ Wilsbekwaamheid is een tijd- en situatiegebonden begrip. Een cliënt kan tijdelijk en in bepaalde omstandigheden wilsonbekwaam zijn. De wilsonbekwaamheid staat opgenomen in de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst.

³⁹ Art. 38 lid 1 Wet Bopz

⁴⁰ Buijsen & Hermans 2006, p. 177.

⁴¹ Art. 38 lid 5 Wet Bopz

⁴² Buijsen & Hermans 2006, p. 147.

⁴³ Art. 7:448 BW

⁴⁴ Art. 7:450 lid 3 BW

2.6 Vrijheidsbeperkende maatregelen en dwangbehandelingen

Voor de duidelijkheid dient er eerst onderscheid te worden gemaakt tussen een dwangbehandeling en middelen & maatregelen. De begrippen 'dwangbehandeling' en 'middelen & maatregelen' (hierna: M&M) lijken op elkaar. Er zijn een aantal belangrijke verschillen waardoor beide begrippen toch van elkaar te onderscheiden zijn. Ze verschillen voornamelijk in hun doel van de ingreep en de duur ervan.

Dwangbehandeling staat opgenomen in artikel 38 lid 5 tot en met lid 7 Wet Bopz en houdt in dat de betreffende persoon onder dwang een behandeling krijgt die in het behandelplan staat opgenomen. Een dwangbehandeling moet een therapeutisch effect hebben. Een dwangbehandeling heeft als doel dat het gevaar stopt en dat de betreffende persoon eerder ontslagen kan worden.

Middelen en Maatregelen staan opgenomen in artikel 39 Wet Bopz. In dit artikel wordt je doorverwezen naar het Besluit Middelen en Maatregelen Wet Bopz. Bij M&M is er sprake van interventie. Dit is bijvoorbeeld als de betreffende persoon plotseling heel psychotisch wordt en medecliënten bedreigt. Een behandeling hiervoor staat niet opgenomen in het behandelplan. De behandelaar heeft op dat moment geen tijd om het behandelplan aan te passen en moet direct ingrijpen voor de veiligheid van de cliënt zelf of voor de veiligheid van anderen. In dit geval kan de behandelaar op grond van artikel 39 Wet Bopz M&M⁴⁵ toepassen.⁴⁶

M&M worden ook wel vrijheidsbeperkende maatregelen genoemd en gaan in tegen de fundamentele rechten van de mensen. Daarbij grijpen ze diep in op de fysieke en emotionele levenssfeer. Vrijheidsbeperking is een verregaande beperking van de grondrechten van een persoon. De beperking van deze grondrechten is niet toegestaan bij willekeurige beperkingen, die niet functioneel zijn voor het doel van de vrijheidsbeperking.⁴⁷ Het Europees Verdrag voor de Rechten van de Mens⁴⁸ (hierna: EVRM) bepaalt dat niemand van zijn vrijheid ontnomen mag worden. Hier wordt een uitzondering op gemaakt in een aantal strikt omschreven gevallen. Onder deze uitzondering vallen personen die op rechtmatige wijze in voorarrest zitten, onherroepelijk veroordeeld zijn en ook rechtmatig gedetineerde geesteszieken en verslaafden vallen hieronder.⁴⁹

In het algemeen geldt dat iedere sanctie waarbij de overheid ingrijpt in iemands persoonlijke leven, een wettelijke grondslag moet hebben. Deze wettelijke grondslag is alleen echter niet voldoende. De vrijheidsbeperkende maatregel dient elke keer te worden getoetst aan de rechtsbeginselen van proportionaliteit en subsidiariteit.

De toepassing van vrijheidsbeperkende maatregelen is gebonden aan strikte voorwaarden. Vrijheidsbeperkende maatregelen mogen alleen worden opgelegd indien er sprake is van een gevaar voor de cliënt zelf, anderen rondom de cliënt dan wel materiaal. Dit gevaar moet het gevolg zijn van een geestesstoornis. De vrijheidsbeperkende maatregelen zijn bedoeld voor cliënten die niet instemmen met het behandelplan of zich hiertegen verzetten.

De vrijheidsbeperkende maatregelen worden aangewezen bij algemene maatregel van bestuur.⁵⁰ De volgende vrijheidsbeperkende maatregelen mogen op grond van de Wet Bopz worden opgelegd⁵¹:

⁴⁵ In het vervolg van het onderzoeksrapport worden M&M aangeduid als vrijheidsbeperkende maatregelen.

⁴⁶ 'Informatiepunt dwang in de zorg: verschil tussen dwangbehandeling en middelen/maatregelen', dwangindezorg.nl (zoek op *verschil dwangbehandeling*) (online, laatst bijgewerkt op 21 januari 2014).

⁴⁷ Art. 15 lid 4 Grondwet

⁴⁸ Art. 5 EVRM

⁴⁹ Drost & Groen 2003, p. 81.

⁵⁰ Art. 39 lid 2 Wet Bopz

⁵¹ Art. 2 Besluit middelen en maatregelen Bopz

- Fixatie: dit houdt in dat de cliënt wordt beperkt in zijn bewegingsmogelijkheden.
- Afzondering: dit houdt in dat de cliënt wordt ingesloten in een eenpersoonskamer voor verzorging, verpleging en behandeling. Hieronder valt ook de slaapkamer van de cliënt op slot doen, om zo de cliënt af te zonderen.
- Separatie: dit houdt in dat cliënt in een (prikkelarme) ruimte wordt geplaatst om de cliënt af te zonderen. Deze ruimte is zo ingericht dat de cliënt zichzelf niet kan verwonden. Deze ruimte dient door de Onze Minister goedgekeurd te worden.
- Medicatie: het toedienen van medicatie bij de cliënt.
- Het toedienen van vocht dan wel voeding aan de cliënt.

De vrijheidsbeperkende maatregelen mogen voor een periode van zeven dagen worden toegepast.⁵² Binnen deze zeven dagen worden de vrijheidsbeperkende maatregelen opgenomen in het behandelplan. De vrijheidsbeperkende maatregelen worden, indien deze langer dan zeven dagen duren, gezien als dwangbehandeling (nadat het opgenomen is in het behandelplan). Er bestaat geen rangorde tussen deze verschillende vrijheidsbeperkende maatregelen. Er dient gekozen te worden voor de minst ingrijpende en meest effectieve maatregel. Na de toepassing van de vrijheidsbeperkende maatregel(en) dient de geneesheer-directeur de echtgenoot, de wettelijk vertegenwoordiger of indien deze ontbreekt de naaste (familie)betrekkingen en in ieder geval de Inspecteur te informeren.

Naast deze vrijheidsbeperkende maatregelen is er in de Wet Bopz aanvullend de mogelijkheid opgenomen tot beperking van een aantal fundamentele rechten. Deze rechten houden onder andere in: het ontvangen dan wel verzenden van post, bezoek, bewegingsvrijheid en telefoonverkeer. De wet doelt hier op andere beperkingen van de bewegingsvrijheid dan de beperkingen die worden bereikt door het toepassen van vrijheidsbeperkende maatregelen. Hoe er met deze regels omgegaan dient te worden staat opgenomen in de huisregels van de instelling. De instelling mag de uitoefening van fundamentele rechten echter niet verder beperken dan nodig is voor een ordelijke gang van zaken in de instelling.⁵³ Om die reden wordt het in de Wet Bopz⁵⁴ dan ook mogelijk gemaakt om in individuele gevallen verdere beperkingen in deze rechten aan te brengen.⁵⁵

Van iedere beperking dient de geneesheer-directeur onmiddellijk op de hoogte te worden gesteld. Voordat de cliënt wordt beperkt in zijn vrijheden, wordt de cliënt in de gelegenheid gesteld zienswijze naar voren te brengen. Hiervan kan worden afgeweken indien de cliënt niet in staat is zijn wil naar voren te brengen op grond van de stoornis van zijn geestvermogens. Als dat het geval is wordt (indien mogelijk) de echtgenoot, de wettelijk vertegenwoordiger of de naaste (familie)betrekking gehoord.

2.7 **Het recht om te klagen**

Voor nadere invulling en handhaving van de "huisregels" is het recht om te klagen essentieel. Het recht om een klacht in te dienen is geregeld in de Wet Bopz.⁵⁶ De eerst aangewezen om een klacht in te dienen is de cliënt zelf. De klacht wordt op een schriftelijke wijze ingediend bij het bestuur van het psychiatrisch ziekenhuis. Een klacht dient te worden behandeld door ten minste drie leden van de klachtencommissie. De voorzitter mag niet werkzaam zijn bij of voor het psychiatrisch ziekenhuis. Bij de behandeling van de klacht zijn in ieder geval een jurist, een orthopedagoog, een verpleeghuisarts en een psychiater betrokken.⁵⁷ Daarbij mag de wettelijk vertegenwoordiger, partner, familielid of iemand die ook in het psychiatrisch ziekenhuis verblijft een klacht indienen voor de cliënt.

⁵² Art. 3 Besluit middelen en maatregelen Bopz

⁵³ Art. 3 Besluit rechtspositieregelen Bopz

⁵⁴ Art. 40 Wet Bopz

⁵⁵ Dörenberg e.a. 2013, p. 30.

⁵⁶ Art. 41 Wet Bopz

⁵⁷ Art. 4 Besluit klachtenbehandeling Bopz

De Wet Bopz geeft een limitatieve opsomming van klachtwaardige beslissingen.⁵⁸ Een cliënt kan bijvoorbeeld klagen over dwangbehandelingen, over de toepassing van vrijheidsbeperkende maatregelen of over de beslissing of de cliënt wilsbekwaam dan wel wilsonbekwaam is. De nadere uitwerking van het klachtrecht is te vinden in het Besluit klachtenbehandeling Bopz. Voor de psychiatrie geldt dat de instelling moet zorgen voor een patiëntenvertrouwenspersoon (hierna: PVP) die de cliënten kan adviseren en hen eventueel kan bijstaan bij het handhaven van hun rechten.⁵⁹

2.7.1 Klachtrecht in de praktijk

In de praktijk is gebleken dat er al gebruik is gemaakt van het klachtrecht. Een cliënt van De Verbinding heeft een klacht ingediend over de toepassing van een kamerprogramma. Dit kamerprogramma houdt in dat de cliënt volgens een strak schema (op verschillende tijdstippen overdag) ongeveer zes uur per dag op zijn kamer moet verblijven. Namens de cliënt werd er op 28 december 2012 intern en op 21 februari extern bij de regionale klachtencommissie een klacht ingediend. De klachtonderdelen hadden onder andere betrekking op het kamerprogramma en beperking ten aanzien van correspondentie en het recht om bezoek te mogen ontvangen. Op 14 mei heeft de regionale klachtencommissie alle klachten ongegrond verklaard. Op 25 juni 2013 heeft de cliënt zich middels een verzoekschrift tot de Rechtbank gewend met het verzoek zijn klachten alsnog gegrond te verklaren.

De rechtbank 's-Hertogenbosch heeft vastgesteld dat de cliënt in het psychiatrisch ziekenhuis volgens een strak schema zo rond de zes uur op zijn kamer moest verblijven. Hij mag tijdens die uren zijn kamer niet verlaten. Daarbij is het volgens de Rechtbank niet van belang of de deur wel of niet op slot gaat. Deze beperking van de bewegingsvrijheid van de cliënt kan volgens de Rechtbank aangemerkt worden als een vrijheidsbeperkende maatregel. Het kamerprogramma is naar aanleiding hiervan opgenomen in het behandelplan van de cliënt en wordt aangemerkt als een dwangbehandeling. De Rechtbank is van mening dat de dwangbehandeling noodzakelijk is ter bescherming van de cliënt en zijn medeciënten. Hierbij heeft de Rechtbank de onderbouwing in het behandelplan over de toepassing van de dwangbehandeling en het feit dat de dwangbehandeling voor alle cliënten van De Verbinding geldt in acht genomen. Ook heeft de Rechtbank alle partijen gehoord. Daarbij is de Rechtbank van mening dat de dwangbehandeling voldoet aan de wettelijke eisen. Uiteindelijk is de cliënt in cassatie gegaan tegen beoordeling van de klacht over het kamerprogramma. De Hoge Raad is uiteindelijk van mening dat de in cassatie aangevoerde klachten niet tot cassatie kunnen leiden. De Hoge Raad verworpt dan ook het beroep.⁶⁰

2.8 Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst

De Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (hierna: Wgbo) regelt de rechten en plichten van cliënten in de zorg. De Wgbo is van belang voor iedereen die met medische zorg te maken heeft. Deze wet is bedoeld om de positie van cliënten die medische zorg nodig hebben te versterken. Naast de rechten hebben de cliënten ook plichten zoals de plicht dat de cliënt de zorgverlener goed, eerlijk en volledig op de hoogte stelt van zijn of haar problematiek. Naast de rechten en plichten regelt de Wgbo ook dat een arts in sommige gevallen zonder toestemming een medische ingreep mag doen.

De Wgbo staat opgenomen in artikel 7:446 tot en met artikel 7:469 van het Burgerlijk Wetboek (hierna: BW). De Wgbo geldt voor zowel vrijwillig als onvrijwillig opgenomen cliënten.

⁵⁸ Art. 41 lid 1 Wet Bopz

⁵⁹ Dörenberg 2013, p. 31.

⁶⁰ ECLI:NL:HR:2014:412

De Wgbo is van toepassing op behandelingen waarop de Wet Bopz geen betrekking heeft. Dit zijn de behandelingen die niet gericht zijn op het opheffen van gevaar. Wanneer een onderwerp in beide wetten zijn regeling vindt, dient er te worden gehandeld volgens de Wet Bopz. De Wet Bopz gaat als bijzondere wet voor.⁶¹ Om die reden wordt de Wgbo in dit onderzoek verder buiten beschouwing gelaten.

2.9 Toekomstige wetgeving

De Wet Bopz zal in de toekomst vervallen en zal vermoedelijk worden opgesplitst in twee nieuwe wetten, namelijk de Wet Verplichte geestelijke gezondheidszorg en de Wet Zorg en Dwang. Om die reden worden beide wetsvoorstellen behandeld in dit onderzoeksrapport. Het Wetsvoorstel Verplichte geestelijke gezondheidszorg vindt de meeste raakvlakken met de cliënten die in De Verbinding verblijven. Hierdoor zal dit wetsvoorstel het meest uitgebreid worden behandeld.

2.9.1 Wetsvoorstel Verplichte geestelijke gezondheidszorg

Zoals eerder vermeld is de derde evaluatiecommissie Wet Bopz in mei 2007 tot de conclusie gekomen dat de Wet Bopz niet toekomstbestendig is. Met betrekking tot de forensische psychiatrie stelt de evaluatiecommissie dat er afzonderlijke wetgevingsfamilies bestaan over respectievelijk niet-justitiële en justitiële patiënten. Om die reden wordt ter vervanging van de Wet Bopz, het Wetsvoorstel Verplichte ggz voorbereid.⁶²

Het uitgangspunt van het Wetsvoorstel Verplichte ggz is dat, ongeacht de wetgeving technische vormgeving, een vergelijkbare psychische problematiek noodzaakt tot een vergelijkbare behandeling van een gelijk niveau. Het mag hierbij geen verschil maken of dat iemand verdacht wordt van een strafbaar feit of dat de rechter zich eveneens heeft uitgesproken over een strafbaar feit. Dit is evenzeer van toepassing als het om een persoon met een verstandelijke beperking gaat.⁶³ Onder de reikwijdte van het Wetsvoorstel Verplichte ggz vallen personen met een psychische stoornis die daarnaast onder het criterium van verplichte zorg vallen. Middels de DSM-classificatiesysteem wordt er gekeken welke psychische stoornis de betreffende persoon heeft. De psychische stoornis moet ernstige vormen aannemen waardoor er ernstige schade ontstaat voor de persoon zelf of voor anderen (dreigt te) ontstaan. Alleen dan kan de Wet Verplichte ggz worden toegepast.⁶⁴

In tegenstelling tot de huidige wet, de Wet Bopz, kent het Wetsvoorstel Verplichte ggz maar drie mogelijkheden waaronder een cliënt kan worden opgenomen: een zorgmachtiging, een crisismaatregel en een zelfbindingsverklaring.

Op grond van de Wet Bopz is gedwongen zorg alleen mogelijk in een psychiatrisch ziekenhuis met een Bopz-aanmerking. Dit houdt in dat het psychiatrisch ziekenhuis opgenomen dient te staan in één van de bijlagen van de Wet Bopz. Hierdoor kan een gedwongen opname noodzakelijk zijn om iemand gedwongen te behandelen. Door de Wet Verplichte ggz wordt het mogelijk iemand buiten een instelling verplichte begeleiding te geven. Bijvoorbeeld aan huis of in een polikliniek. In de Wet Bopz staat de opname centraal. Dit wetsvoorstel opent de mogelijkheid om een zorgmachtiging af te geven die andere vormen van verplichte zorg legitimeert. Hieronder vallen vormen die minder bezwarend zijn voor de betreffende persoon, bijvoorbeeld ambulante behandeling.

Het strenge criterium voor dwang geldt volledig voor alle vormen van zorg en dwang. In die zin wordt de reikwijdte ten opzichte van de Wet Bopz niet verruimd. Daarnaast worden de criteria waar de rechter aan toetst ook niet verruimd.⁶⁵

⁶¹ Dörenberg 2013, p. 28.

⁶² *Kamerstukken II 2009/10, 32 398, nr. 3, p. 5 (MvT).*

⁶³ *Kamerstukken II 2009/10, 32 398, nr. 3, p. 12 (MvT).*

⁶⁴ *Kamerstukken II 2009/10, 32 399, nr. 3, p. 11 (MvT).*

⁶⁵ *Kamerstukken II 2009/10, 32 399, nr. 3, p. 12 (MvT).*

Binnen het Wetsvoorstel Verplichte ggz staat een persoonsgerichte benadering centraal. Deze benadering houdt in dat de voorkeuren van de betrokkenen zo veel mogelijk centraal staan en de minst bezwarende vormen van zorg toegepast worden.

De invoering van het Wetsvoorstel Verplichte ggz zal op verschillende punten veranderingen met zich meebrengen ten opzichte van de huidige uitvoering van de Wet Bopz. De introductie van de commissie die op basis van een hoorzitting de rechter gaat adviseren over verplichte zorg, zal meer kosten met zich meebrengen dan de huidige procedure. Daarnaast beoogt het Wetsvoorstel Verplichte ggz tegelijkertijd de kosten van de verplichte geestelijke gezondheidszorg te reduceren.

Om de reden dat er een zeer beperkte budgetruimte is, wordt er wellicht gekozen voor een gefaseerde invoering van het Wetsvoorstel Verplichte ggz. De inwerkingtredingsbepaling van het wetsvoorstel laat ruimte over voor een gefaseerde inwerkingtreding.⁶⁶

De Wet Bopz kent momenteel vele rechterlijke machtigingen op grond waarvan een persoon met een psychische stoornis onvrijwillig kan worden opgenomen. Al deze verschillende soorten worden gekenmerkt door ingewikkelde procedures. In het Wetsvoorstel Verplichte ggz is gekozen voor een persoonsvolgend systeem waarin één rechterlijke machtiging op basis van een advies van de commissie over de noodzakelijke zorg legitimeert. Dit wordt de zorgmachtiging genoemd.⁶⁷

In tegenstelling tot de Wet Bopz wordt de klachtencommissie in het Wetsvoorstel Verplichte ggz niet langer aan de instelling verbonden. Anders is ook dat er geen verplichting meer rust op de zorginstelling om te zorgen voor een eigen klachtencommissie. Doordat de klachtenbehandeling losgeweekt wordt, wordt de kwetsbaarheid van de klachtencommissie en de zorgaanbieder verminderd en het vertrouwen in de onafhankelijkheid met betrekking tot klachten vergroot. Hierdoor wordt de vrees van de betrokkene om een klacht in te dienen bij dezelfde instelling die aan hem zorg verleend, weggenomen. De Wet Bopz eist nu alleen dat de voorzitter van de klachtencommissie onafhankelijk is, de overige leden mogen wel aan de instelling verbonden zijn. Als de Wet Verplichte ggz inwerking treedt zal dit niet langer meer mogen.⁶⁸

2.9.2 Wetsvoorstel Zorg en Dwang

Het Wetsvoorstel Zorg en Dwang is op 19 september 2013 aangenomen door de Tweede Kamer. De Eerste Kamercommissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft op 8 oktober 2013 het besluit genomen om de procedure aan te houden. Dit werd gedaan in afwachting van het Wetsvoorstel Wet Verplichte ggz.

Beide wetsvoorstellen worden in samenhang behandeld.⁶⁹

Het Wetsvoorstel Zorg en Dwang is gericht op personen met dementie en personen met een verstandelijke beperking. Dit wetsvoorstel beoogt een uniforme regeling te introduceren voor het verlenen van zorg aan mensen met een psychogeriatrische aandoening of een verstandelijke beperking.

De kern van de wet is het "Nee, tenzij – principe". Het uitgangspunt van dit wetsvoorstel is dat dwangmaatregelen niet thuis horen in de zorg voor ouderen en personen met een verstandelijke beperking. Gevaarlijke situaties dienen met vrijwillige zorg opgelost te worden, ook bij ernstig probleemgedrag.

Door het Wetsvoorstel Zorg en Dwang wordt er een stappenplan geïntroduceerd. Dit stappenplan is gericht op het voorkomen van dwang. Zorgverleners dienen dit stappenplan te doorlopen als er geen overeenstemming is met de cliënt over vrijwillige zorg.

⁶⁶ *Kamerstukken II 2009/10, 32 399, nr. 3, p. 40 (MvT).*

⁶⁷ *Kamerstukken II 2009/10, 32 399, nr. 3, p. 72 (MvT).*

⁶⁸ *Kamerstukken II 2009/10, 32 399, nr. 3, p. 99-100 (MvT).*

⁶⁹ 'Wet zorg en dwang psychogeriatrische en verstandelijk gehandicapte cliënten', *Eerste Kamer*, eerstekamer.nl (zoek op 31996).

Op dit moment valt de zorgverlening met betrekking tot dwangbehandelingen voor personen met demente of personen met een verstandelijke beperking onder de Wet Bopz. Deze wet is vooral gericht op psychiatrische behandelingen in een psychiatrisch ziekenhuis. De wet Zorg en Dwang sluit qua termen beter aan bij personen met dementie of personen met een verstandelijke beperking⁷⁰. De Wet Bopz blijft echter gelden voor personen met dementie of personen met een verstandelijke beperking die gedwongen zijn opgenomen door middel van een rechterlijke machtiging of inbewaringstelling. De Wet Bopz blijft dus van toepassing voor de cliënten die verblijven in De Verbinding.⁷¹

2.10 Conclusies

De Wet Bopz werkt met een gevaarscriterium. Dit houdt in dat er sprake moet zijn van een gevaar voor de cliënt zelf, voor anderen of voor de algemene veiligheid van personen en/of goederen. Wanneer een cliënt wordt opgenomen dient er zo snel mogelijk een behandelplan te worden opgesteld. Een cliënt kan immers alleen worden behandeld als de behandeling staat opgenomen in het behandelplan. Hiervan kan enkel worden afgeweken indien blijkt dat zonder de behandeling het aannemelijk is dat het gevaar niet binnen een redelijke termijn kan worden weggenomen of indien het noodzakelijk is dat het gevaar wordt afgewend. Tijdens het opstellen van het behandelplan is het belangrijk om te weten of de cliënt wils(on)bekwaam is. Vrijheidsbeperkende maatregelen mogen alleen worden opgelegd indien er voldaan wordt aan het gevaarscriterium. Dit gevaar moet het gevolg zijn van zijn geestesstoornis. Naast de vrijheidsbeperkende maatregelen is er in de Wet Bopz een aanvullende mogelijkheid opgenomen om een aantal fundamentele rechten te beperken. Deze beperkingen dienen te zijn opgenomen in de huisregels van de inrichting en mogen niet verder beperkt worden dan noodzakelijk is voor een ordelijke gang van zaken in de instelling. Met betrekking tot deze beperkingen hebben de cliënten het recht om te klagen.

In tegenstelling tot de huidige wet kent het Wetsvoorstel Verplichte ggz maar drie mogelijkheden waaronder een cliënt kan worden opgenomen: een zorgmachtiging, een crisismaatregel en een zelfbindingsverklaring. In tegenstelling tot de Wet Bopz kent het Wetsvoorstel Verplichte ggz maar één rechterlijke machtiging. Ook wordt door de nieuwe wet de samenstelling van de klachtencommissie aangepast. De klachtencommissie zal niet langer aan de instelling verbonden zijn. Tot slot bevat het Wetsvoorstel Zorg en Dwang een nieuwe regeling voor zorg en dwang die toegespitst wordt op personen met dementie of een verstandelijke beperking. De Wet Bopz blijft echter gelden voor diegene die gedwongen zijn opgenomen door middel van een rechterlijke machtiging.

⁷⁰ 'Informatiepunt dwang in de zorg: wetsvoorstel Zorg en Dwang', dwangindezorg.nl (zoek op zorg en dwang) (online, laatst bijgewerkt op 26 mei 2014).

⁷¹ *Kamerstukken II* 2009/09, 31 996, nr. 3, p. 5 (MvT).

Hoofdstuk 3 – Werkwijzen en beleidsvormen

Amarant bezit over expertise in de begeleiding en behandeling van (SG)LVG met complexe gedragsproblematiek en psychiatrische aandoeningen. GGzE biedt binnen de Woenselse Poort klinische behandeling aan cliënten met psychotische en ernstige persoonlijkheid problematiek en biedt tevens behandeling aan cliënten met een verstandelijke beperking, waarbij deze problematiek tot een delict hebben geleid.⁷² Binnen De Verbinding hebben beide organisaties hun expertises proberen te bundelen tot één.

In dit hoofdstuk wordt eerst het beleid van Amarant met betrekking tot vrijheidsbeperkende maatregelen en dwangbehandelingen uiteengezet, gevolgd door het beleid van GGzE. Daarnaast wordt er kort uitgelegd hoe er met bepaalde aspecten binnen De Verbinding wordt omgegaan. Tot slot worden beide beleidsvormen naast elkaar gelegd waardoor de verschillen tussen deze beleidsvormen duidelijk worden.

3.1 Amarant

De Raad van Bestuur van de Amarant Groep draagt de verantwoordelijkheid voor de kwaliteit van de zorg en de veiligheid van de cliënten en medewerkers. Amarant volgt het uitgangspunt: geen vrijheidsbeperkende maatregelen, tenzij- principe.

Een gegeven is dat vormen van vrijheidsbeperkingen dagelijks onderdeel uitmaken van de praktijk in de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking.⁷³ Overtuigen, verleiden en enige drang uitoefenen hoort bij de zorgverlening aan cliënten met (ernstig) probleemgedrag. Op zorgverleners rust de inspanningsplicht om de context van probleemgedrag beter te begrijpen en daarop te anticiperen.

Naast de vrijheidsbeperkende maatregelen die staan opgenomen in het Besluit middelen en maatregelen Wet Bopz beschouwt Amarant een aantal maatregelen als vrijheidsbeperkende maatregelen. Dit zijn: toezichthoudende elektronica, ruimtelijke beperkingen (dit houdt onder andere in het niet naar buiten mogen zonder toestemming), beperking in materiële zaken zoals sigaretten en beperking in omgang, contact e.d.

Amarant werkt met betrekking tot vrijheidsbeperkende maatregelen met beleidsvarianten. Dit houdt in dat ze per niveau kijken naar welke vrijheidsbeperkende maatregelen ze in kunnen zetten. Amarant heeft niet voor elke vrijheidsbeperkende maatregel dezelfde beleidsvariant als het gaat om besluitvorming, verantwoording en evaluatie. De intensiteit van de beleidsvarianten is verschillend. In totaal bestaan er drie beleidsvarianten. Beleidsvariant één is het zwaarst en beleidsvariant drie is het lichtst.⁷⁴ Voor fixatie, afzondering, separatie, medicatie en het toedienen van vocht of voeding geldt voor Amarant altijd de meest intensieve beleidsvariant: beleidsvariant één. Dit om de reden dat deze vrijheidsbeperkende maatregelen als zeer ingrijpend worden beschouwd. Voor de andere vrijheidsbeperkende maatregelen hangt het van een aantal criteria af voor welk beleid gekozen dient te worden. Eerst dient er gekeken te worden of de cliënt vrijwillig of gedwongen is opgenomen. Daarnaast dient er gekeken te worden of de cliënt wilsbekwaam ter zake is of niet. Tot slot wordt er gekeken of er sprake is van wel of geen instemming dan wel verzet. Daarbij dient te worden opgemerkt dat er bij beleidsvariant drie nooit sprake kan zijn van vrijheidsbeperking.

⁷² Grimbél du Bois e.a. 2010, p. 18.

⁷³ Visiedocument Amarant Groep 2014, p. 25.

⁷⁴ Visiedocument Amarant Groep 2014, p. 24.

De vrijheidsbeperkende maatregelen die worden toegepast onder dwang mogen alleen in het kader van de Wet Bopz worden toegepast. Dit houdt in dat ze alleen toegepast mogen worden bij cliënten met een gedwongen opnamestatus (rechterlijke machtiging, inbewaringstelling en artikel 60 Wet Bopz). Daarnaast mogen ze alleen worden toegepast binnen locaties die zijn aangemerkt als een BOPZ-instelling. Dit zijn de locaties die staan opgenomen in de bijlagen van de Wet Bopz. Tot slot moeten vrijheidsbeperkende maatregelen gemeld worden bij de Inspectie. Binnen De Verbinding is beleidsvariant één van toepassing. Om die reden wordt deze beleidsvariant verder uitgewerkt.

3.1.1 Beleidsvariant één

Voor dit onderzoek is beleidsvariant één alleen van toepassing. De andere twee beleidsvarianten zullen dan ook buiten beschouwing worden gelaten.

Beleidsvariant één is de meest intensieve beleidsvariant binnen Amarant. Bij het toepassen van een vrijheidsbeperkende maatregel binnen beleidsvariant één wordt er door de behandelaar een volledig ingevuld en ondertekend registratieformulier opgenomen in het behandelplan. Voordat er wordt gestart met de toepassing van de vrijheidsbeperkende maatregel dient er door een niet bij de behandeling betrokken deskundige een second opinion te worden uitgevoerd. Dit wordt gedaan op noodzaak, doeltreffendheid, proportionaliteit en subsidiariteit. In het behandelplan dient een plan van aanpak opgenomen te zijn gericht op afbouw en beëindiging. De behandelaar die verantwoordelijk is voor de vrijheidsbeperking is verantwoordelijk voor het opstellen van dit plan van aanpak.

Door middel van onderstaand schema wordt aangegeven wanneer bepaalde vrijheidsbeperkende maatregelen toegepast mogen worden binnen beleidsvariant één.

	Dwang: Geen instemming en/of verzet	Vrijwillige zorg: Instemming + geen verzet
Fixatie	Beleidsvariant één mag ingezet worden.	Beleidsvariant één mag ingezet worden.
Afzondering / Separatie	Beleidsvariant één mag ingezet worden.	Beleidsvariant één mag ingezet worden.
Onder dwang toedienen van medicatie, vocht dan wel voeding	Beleidsvariant één mag ingezet worden.	Beleidsvariant één mag niet ingezet worden.

Figuur 2

3.2 GGzE

GGzE en Amarant hebben veel raakvlakken binnen hun beleid met betrekking tot vrijheidsbeperkende maatregelen en dwangbehandeling. Toch zijn er een aantal kleine verschillen. In deze paragraaf wordt het beleid van GGzE uiteengezet.

Binnen GGzE gelden eveneens de verschillende vrijheidsbeperkende maatregelen die staan opgenomen in het Besluit middelen en maatregelen Wet Bopz. Alleen voor de vrijheidsbeperkende maatregel separatie heeft GGzE een apart protocol geschreven.

GGzE werkt met de volgende uitgangspunten: de minst ingrijpende maatregel dient te worden toegepast (subsidiariteit), waarbij de cliënt mogelijk zelf aangeeft wat voor hem het minst ingrijpend is. Dit kan bijvoorbeeld in een signaleringsplan. De vrijheidsbeperkende maatregel dan wel dwangtoepassing moet in verhouding staan tot de ernst van het af te wenden gevaar (proportionaliteit). Tot slot moet het passend zijn bij het doel dat men voor ogen heeft (doelmatig).

Een signaleringsplan is een methodiek die gebruikt wordt, waarbij het doel is dat het optreden van een psychische crisis in de toekomst voorkomen wordt. Een signaleringsplan bestaat uit twee delen. Om te beginnen geeft het plan een beschrijving van de vroegere voortekenen van een crisis in afzonderlijke fasen. Daarnaast geeft het plan een beschrijving wat de cliënt, het sociaal netwerk van de cliënt en de groepsleiders het beste kunnen doen bij een dreigende crisis in de afzonderlijke fasen die aan een crisis voorafgaan.⁷⁵

Binnen GGzE evalueren de (verpleegkundige) begeleiding en de arts dagelijks bij contactmomenten. Bij langlopende dwangbehandelingen evalueert de psychiater minimaal eens per maand aan de beginselen van subsidiariteit, proportionaliteit en doelmatigheid. Daarbij dient er om de drie maanden een geëvalueerd behandelplan geschreven te worden.⁷⁶ Uit onderzoek is gebleken dat GGzE voorheen maar één keer per jaar het behandelplan evalueerde. Hedendaags doen ze dit om de drie maanden. In het protocol van GGzE staat dat zij dit één keer per maand moeten doen. De medewerkers van GGzE geven aan dat volgens hen alleen een Bopz-behandelplan maandelijks geëvalueerd moet worden en dat dit ook zo in het protocol bedoeld is. Wanneer er sprake is van een dwangbehandeling vinden er vaker evaluaties plaats.⁷⁷

Bij iedere dwangbehandeling dan wel vrijheidsbeperkende maatregel dient er bij GGzE het formulier 'mededeling aan cliënt' te worden ingevuld. Deze wordt uitgereikt aan de cliënt. Op dit formulier dient de motivatie en beweegredenen tot het maken van de keuze om een maatregel toe te passen te worden ingevuld. Vervolgens wordt de cliënt gewezen op de mogelijkheid contact op te nemen met de PVP of om een klacht in te dienen als hij het niet eens is met de toegepaste dwang. Indien het formulier 'mededeling aan cliënt' verkeerd wordt ingevuld of deze niet wordt uitgereikt aan de cliënt, kan dit leiden tot een gegrondverklaring van de klachtenprocedure.

Alle registraties komen binnen bij het College van Geneesheren-directeur (hierna: het College). Bij aanvang en beëindiging van dwangbehandeling en vrijheidsbeperkende maatregelen meldt het College dit bij de Inspectie. Een registratie conform artikel 40 Wet Bopz wordt niet gemeld bij de Inspectie.⁷⁸

Het beleid van GGzE schrijft voor dat alle vrijheidsbeperkende maatregelen in het behandelplan genoemd dienen te worden. Het plan van aanpak voor de afbouw van de vrijheidsbeperkende maatregelen is opgenomen in een los formulier. Binnen GGzE kennen ze geen dwangbehandelingen die langer dan anderhalf jaar duren. De enige vrijheidsbeperkende maatregel die binnen GGzE lang wordt toegepast is het toedienen van medicatie. Deze maatregel dient elke drie maanden door de geneesheer-directeur te worden geëvalueerd. Het plan van aanpak zoals die binnen Amarant gebruikt wordt was voor GGzE onbekend. Deze hebben zij nu binnen De Verbinding wel opgenomen.⁷⁹

De Verbinding

Zodra een cliënt bij De Verbinding binnenkomt, vindt er dezelfde dag een opnamegesprek plaats. Ook wordt de cliënt dezelfde dag nog gezien door de psychiater en de behandelaar. Er wordt dan meteen een opzet gemaakt voor het behandelplan. Dit wordt volgens een Wgbo-format gedaan. De eerste versie van het behandelplan dient binnen twee weken te zijn opgesteld. Vervolgens gaan alle betrokkenen met deze versie om tafel zitten. Daarna wordt het behandelplan elke drie maanden geëvalueerd en worden er nieuwe doelen geformuleerd.⁸⁰

⁷⁵ Handboek signaleringsplannen 2005, p. 3.

⁷⁶ GGzE dwangtoepassingen 2014, p. 3.

⁷⁷ Bijlage F

⁷⁸ GGzE dwangtoepassingen 2014, p. 6.

⁷⁹ Bijlage G

⁸⁰ Bijlage G

3.3 Wilsbekwaamheid Amarant

In principe mag iedere zorgverantwoordelijke dan wel zorgverlener beoordelen of iemand wilsbekwaam is. Binnen Amarant Groep en dus ook bij Amarant mogen alleen de behandelaren dit doen. Onder behandelaren worden verstaan: gedragsdeskundigen, artsen voor verstandelijke gehandicapten en paramedische behandelaren.

Amarant acht de cliënt in principe wilsbekwaam. Een expliciete toetsing met betrekking tot de wilsbekwaamheid van een cliënt is in een aantal gevallen nodig. Bijvoorbeeld als de cliënt herhaaldelijk een antwoord geeft dat niet bij de vraag past of indien de emotie niet past bij het antwoord. Er wordt pas besloten of een cliënt wils(on)bekwaam is als er overleg heeft plaatsgevonden met de vertegenwoordiger en met de eerder bij de cliënt betrokken zorgverleners. Indien de cliënt een vertegenwoordiger heeft, wordt er met de vertegenwoordiger overleg gevoerd dat gericht is op overeenstemming.

De vuistregels die worden gehanteerd bij beoordeling van wilsbekwaamheid zijn:

- Beoordeel de wilsbekwaamheid ter zake. Dit houdt in dat de wilsbekwaamheid voor iedere beslissing wordt beoordeeld en eventueel herhaald wordt beoordeeld.
- In geval van behandelingsbeslissingen moet een duidelijke aanleiding bestaan om de bekwaamheid expliciet te beoordelen.
- Men mag nooit genoeg nemen met het vaststellen van een diagnose als antwoord op de vraag naar wilsbekwaamheid.
- De zorgvuldigheidseisen van een beoordeling van besluitvaardigheid komen hoger te liggen naarmate er meer van de besluitvorming afhangt. Naarmate een beslissing belangrijker is, dat wil zeggen potentiële gevolgen heeft voor de gezondheid, zowel in de zin van winst als van risico's en belasting van ingrepen, moeten er hogere eisen aan de besluitvaardigheid worden gesteld (proportionaliteitsvereiste).⁸¹

Voor Amarant is het belangrijk om de cliënt en zijn bevattingsvermogen te kennen. Dit om te weten te komen hoe de cliënt geïnformeerd dient te worden en of de cliënt een keuze kan uitdrukken. Naastbetrokkenen kunnen helpen bij het zo compleet mogelijk beeld krijgen van de cliënt. Het kan nodig zijn om meerdere gesprekken te voeren met de cliënt om te achterhalen of de cliënt de informatie begrijpt over de behandelingsbeslissing. Hierbij is het belangrijk dat de cliënt de mogelijke consequenties, risico's en mogelijke alternatieven begrijpt.

Indien een cliënt wilsonbekwaam wordt geacht dient de gedragsdeskundige, de arts voor verstandelijke gehandicapten of de paramedische behandelaar dit besluit met argumenten op schrift vast te leggen. Als de cliënt niet instemt met het besluit wordt er vervangende toestemming gevraagd aan de vertegenwoordiger. Indien de cliënt en de vertegenwoordiger niet instemmen met het besluit dient de BOPZ-arts geïnformeerd te worden. Tot slot moet de cliënt gewezen worden op zijn klachtrecht.

3.4 Wilsbekwaamheid GGzE

Bij de start van een behandeling wordt bij GGzE er ook van uitgegaan dat de cliënt wilsbekwaam is. GGzE toetst wilsbekwaamheid expliciet wanneer daar een aanleiding voor is. Dit houdt in dat toetsing van wilsbekwaamheid plaatsvindt indien er een concreet vermoeden bestaat dat de cliënt wilsonbekwaam is. Hiervoor kunnen verschillende aanleidingen zijn waardoor dit vermoeden ontstaat, zoals: de cliënt weigert een noodzakelijk geachte behandeling en de cliënt geeft herhaaldelijk een antwoord dat niet past bij de vraag die gesteld is. Deze aanleidingen betreffende dezelfde aanleidingen die gelden voor Amarant. Hier is dus sprake van overeenstemming tussen Amarant en GGzE.

⁸¹ Handreiking bij beoordelen wils(on)bekwaamheid 2014, p. 4.

De beoordeling van wilsbekwaamheid vindt plaats door degene die bevoegd is de cliënt te behandelen. Indien de behandelend arts twijfelt over de beoordeling kan deze een second opinion vragen van een andere arts die niet betrokken is bij de behandeling. Wanneer een cliënt een vertegenwoordiger heeft dient deze betrokken te worden bij de beoordeling.⁸²

Uit onderzoek is gebleken dat GGzE altijd een second opinion vraagt aan een onafhankelijke geneesheer-directeur. Deze is ook werkzaam binnen de Woenselse Poort, maar dan voor een andere divisie.⁸³

Bij de beoordeling van wilsbekwaamheid is de inhoud van het besluit niet bepalend maar de wijze waarop het besluit tot stand komt. Indien aan het besluit een redelijke waardering van de cliënt ten grondslag ligt is er geen sprake van wilsonbekwaamheid ongeacht waartoe de cliënt besluit. GGzE beoordeelt de wilsbekwaamheid aan de hand van een aantal criteria:

- Keuze: de cliënt kan zijn eigen keuzes kenbaar maken.
- Begrip: de cliënt kan relevante informatie begrijpen. Hierbij moet worden nagegaan of de cliënt relevante causale verbanden ziet en of hij zijn gezondheidstoestand in verband brengt met een, niet-relevante, oorzaak. Hierbij dient opgemerkt te worden dat het ontbreken van ziekte-inzicht op zichzelf onvoldoende is om een cliënt wilsonbekwaam te beoordelen.
- Overzicht: de cliënt kan de informatie beseffen en waarderen voor zijn eigen situatie. Daarbij moet de cliënt er blijk van geven dat hij het karakter van de voorgestelde behandeling overziet. Ook moet de cliënt de gevolgen van toestemmen of weigeren van de behandeling kunnen overzien.
- Consistent: er wordt nagegaan of de overwegingen van de cliënt innerlijk consistent zijn. Hierbij kan gedacht worden aan het weigeren van een levensnoodzakelijke behandeling, terwijl de cliënt geen doodwens heeft.
- Redeneren: de cliënt kan logisch redeneren en informatie betrekken in de overweging van de eigen behandelopties.
- Duurzaam: er wordt nagegaan of de overwegingen van de cliënt innerlijk duurzaam zijn. Dit wil zeggen dat de cliënt zijn overwegingen over een langere periode herhaald.⁸⁴

Wanneer een cliënt na deze criteria wilsonbekwaam wordt geacht heeft hij recht op een vertegenwoordiger. Daarbij zijn verschillende vertegenwoordigers mogelijk. Om te beginnen is er de vertegenwoordiger die niet door de rechter is aangesteld, zoals een schriftelijke gemachtigde door de cliënt of de echtgenoot. Daarnaast is er de vertegenwoordiger die door de rechter is aangesteld zoals een bewindvoerder of een mentor. Op de eerste plaats wordt de vertegenwoordiging geregeld binnen de familiekring.

De Verbinding

Binnen De Verbinding toetst de psychiater, die een GGzE-achtergrond heeft, de wilsbekwaamheid van de cliënten. Zij vraagt altijd een second opinion aan een onafhankelijke geneesheer-directeur.

3.5 Separatie Amarant

Bij de rapportage van de Inspectie kwamen er veel knelpunten met betrekking tot de vrijheidsbeperkende maatregel separatie naar voren. Om die reden wordt deze vrijheidsbeperkende maatregel los van de andere vrijheidsbeperkende maatregelen behandeld.

Separatie kan volgens Amarant geïndiceerd worden door een arts of gedragsdeskundige. Toestemming van de Bopz-arts is in alle gevallen vereist. De vrijheidsbeperkende maatregel separatie dient vastgelegd te zijn in het persoonlijke behandelplan van de cliënt.

⁸² GGzE 2014 Wilsbekwaamheid, p. 3.

⁸³ Bijlage G

⁸⁴ GGzE 2014 Wilsbekwaamheid, p. 4.

Hierin dienen de volgende aspecten te zijn vermeldt: de reden van de toepassing (bij welk gedrag), de frequentie, duur en tijdstip van de toepassing, de doelstelling van de toepassing, de ingangsdatum van de vrijheidsbeperkende maatregel, welke ruimte gebruikt wordt, op welke wijze de separatie plaatsvindt en de wijze van rapporteren. Ook dient de laatste evaluatiedatum, de volgende evaluatiedatum en diegene die betrokken zijn bij de evaluatie te worden opgenomen in het behandelplan.

Diegene die de separatie uitvoert dient op de hoogte te zijn van het behandelplan van de cliënt. De cliënt dient het eerste halve uur van de separatie minimaal elke tien minuten te worden gecontroleerd. Daarna, afhankelijk van de toestand van de cliënt, ieder half uur.

De cliënt die in een separeerruimte verblijft, moet vanuit deze ruimte de indruk van tijd en tijdsduur kunnen hebben. Dit kan door een klok in de ruimte zelf of door een klok die vanuit de ruimte te waarnemen is. Naast een klok kan dit ook een aanduiding van dagdelen zijn of het tonen van pictogrammen van typische activiteiten voor een dagdeel. Gelet op de verstandelijke beperkingen van de cliënten wordt alleen een digitale tijdsaanduiding afgeraden.⁸⁵

Uit onderzoek is gebleken dat Amarant zowel voor de vrijheidsbeperkende maatregel afzondering als voor de vrijheidsbeperkende maatregel separatie de term afzondering gebruikt.⁸⁶ Dit is onwenselijk omdat het (wettelijk gezien) twee verschillende maatregelen zijn. Ook is hierdoor moeilijk te zeggen hoe vaak de vrijheidsbeperkende maatregel separatie binnen De Verbinding voorkomt. Op het eerste gezicht lijken de vrijheidsbeperkende maatregelen separatie en afzondering erg op elkaar. Bij beide maatregelen wordt de cliënt tegen zijn wil opgesloten in een kamer. Het verschil zit hem onder andere in de aard van de ruimte waar de cliënt wordt opgesloten. Bij separatie wordt de cliënt ingesloten voor verzorging, verpleging en behandeling in een speciaal daarvoor bestemde kamer. Onze Minister dient deze ruimte te hebben goedgekeurd als separeerruimte. De separeerruimte is een kale ruimte met een matras en een deken. Daarbij is er een toilet of kartonnen po in de kamer. Bij afzondering is er sprake van een eenpersoonskamer waar vaak meer meubilair staat dan in een separeerruimte. Voor de ruimte die gebruikt wordt voor afzondering hoeft onze Minister geen goedkeuring te geven.⁸⁷ Naast de ruimte zijn er nog twee aspecten die zorgen voor een duidelijk onderscheid tussen afzondering en separatie, namelijk het gevaarscriterium en de tijdsduur van de insluiting. Bij afzondering is het gevaarscriterium minder prominent aanwezig. Daarnaast is er sprake van een kortere duur van insluiten.⁸⁸

3.6 Separatie GGzE

GGzE heeft als uitgangspunt dat separatie alleen als uiterste redmiddel mag worden ingezet. Zodra een situatie zich voordoet waarin separatie nodig is, maar niet staat opgenomen in het behandelplan, dient de separatie geregistreerd en gemeld te worden bij de Inspectie en bij de geneesheer-directeur. In beginsel wordt de cliënt in eigen kleding gesepareerd. Alleen bij hoge uitzondering en bij een weloverwogen inschatting dat dit een gevaar voor de cliënt zelf of anderen oplevert wordt separeerkleding gebruikt. Deze overweging dient te worden geregistreerd.

Voorafgaand aan de separatie vindt er contact met de arts plaats. Wanneer de arts niet aanwezig is, wordt er contact gezocht met de vervangende arts. Direct na de separatie dient er een separeerbegeleidingsplan te worden opgesteld. Dit wordt onder de verantwoordelijkheid van de arts opgesteld. De cliënt dient tijdens de separatie dagelijks te worden gezien door een arts. In het separeerbegeleidingsplan staat opgenomen op welke wijze andere contactmomenten plaatsvinden met personeel dan wel naasten en/of ervaringsdeskundigen.

⁸⁵ Veldnorm voor afzonderings- en separeervoorzieningen in de Gehandicaptenzorg, p. 36.

⁸⁶ Bijlage E

⁸⁷ 'Separatie en afzondering' dwanginzorg.nl (zoek op *separatie en afzondering*) (online, laatst bijgewerkt op 21 januari 2014).

⁸⁸ Veldnorm voor afzonderings- en separeervoorzieningen in de Gehandicaptenzorg, p. 15.

Dit kan in verschillende vormen: fysieke nabijheid of achter de deur met oogcontact via het venster. De minimale frequentie hiervan is een half uur. Daarnaast wordt er ook opgenomen hoe het toezicht op de cliënt plaats zal vinden, zowel 's nachts als overdag. GGzE controleert de cliënt die in een separeerruimte verblijft ieder kwartier. Dit gebeurt middels een camera of venster in de deur. Deze norm geldt voor alle separeerruimtes, ongeacht de juridische status van de cliënt.

De Bopz-verantwoordelijke draagt zorg voor de actualisatie van het behandelplan. Indien er geen behandelplan bij de aanvang van de separatie is, of deze is ouder dan drie maanden, dan maakt de verantwoordelijke binnen zeven dagen een nieuw behandelplan. De cliënt krijgt hier een kopie van.

De separeerruimte is gebruiksklaar wanneer de ruimte schoon is. Daarnaast dient het functioneren van de intercom en eventueel van de camera gecontroleerd te worden. Ook dienen er een klok en dag- en datumaanduiding aanwezig te zijn. Tevens moet er een separeer-reglement op een leesbare plaats aanwezig zijn. Hierop staat onder andere vermeld dat de cliënten de mogelijkheid hebben om de PVP te benaderen en dat zij een klacht kunnen indienen.

Zodra het gevaarscriterium niet meer aanwezig is, dient de separatie te worden beëindigd. Hier wordt niet mee gewacht tot een formeel moment, zoals een werkoverleg. Telefonisch overleg met de arts is hier voldoende voor.⁸⁹ Na de separeerperiode biedt het verpleegkundig team de cliënt de mogelijkheid om deze periode samen met een ervaringsdeskundige te evalueren en te bespreken. Daarnaast evalueert het verpleegkundig team samen met de cliënt zo snel mogelijk na de beëindiging van de separatie, het verblijf in de separeerruimte. Indien de cliënt hier nog niet aan toe is wordt deze overweging gerapporteerd in het systeem.

De Verbinding

Binnen De Verbinding wordt de cliënt die in een separeerruimte verblijft ieder kwartier gecontroleerd, tenzij de cliënt heel psychotisch en onrustig is. Dan vindt er vaker controle plaats. Daarnaast vindt er ieder uur een contactmoment plaats tussen de cliënt en een medewerker van De Verbinding. Er wordt dan bijvoorbeeld met elkaar gesproken.⁹⁰

3.7 Cameratoezicht bij Amarant

Binnen Amarant wordt er gesproken over het feit dat zij een groot voorstander zijn van cameratoezicht. Dit om de reden dat wanneer de cliënt bijvoorbeeld erg stil is, je meteen kan controleren wat er aan de hand is.⁹¹ Er is echter niet duidelijk (schriftelijk) vastgesteld hoe Amarant dient om te gaan met cameratoezicht. Ook is er bij de medewerkers niet bekend welke regels zij moeten naleven bij cameratoezicht. Dit was het geval tot 25 oktober 2014. Op die dag is er een concept protocol vastgesteld met betrekking tot cameratoezicht. Dit protocol had echter geen betrekking op het monitoren van cliënten. Amarant heeft voor het monitoren van cliënten wel een document opgesteld met voorwaarden. Dit document heet: 'Procedure en randvoorwaarden gerichte videoregistratie cliënten opnames'.

Om cameratoezicht toe te passen op cliënten dient er een heldere doelstelling op schrift te staan. De geregistreerde beelden mogen slechts en uitdrukkelijk voor de beschreven doelstelling gebruikt worden en alleen door de hiervoor relevante personen. Deze personen worden vooraf benoemd. De behandelaar die cameratoezicht heeft aangevraagd is verantwoordelijk voor de omgang met de opgeslagen beelden. Na het gebruik maken van het beeldmateriaal dienen de beelden vernietigd te worden. De wettelijk vertegenwoordiger dient schriftelijk akkoord te gaan met de registratie en het gebruik maken van de beelden.

⁸⁹ GGzE separeren 2014, p. 6-13.

⁹⁰ Bijlage F

⁹¹ Bijlage D

3.8 Cameratoezicht bij GGzE

Bij GGzE is cameratoezicht niet standaard. GGzE is van mening dat de camera alleen aan dient te staan wanneer er ook daadwerkelijk iemand achter het beeldscherm zit. De cliënt dient te worden geïnformeerd wanneer de camera aanstaat. Wanneer er geen overeenstemming met de cliënt is over het gebruik van de camera, wordt het formulier 'mededeling aan cliënt' aan de cliënt uitgereikt. Hierop staat de reden vermeldt waarom de behandelaar van mening is dat cameratoezicht noodzakelijk is. Het beeldscherm staat zo opgesteld dat alleen de begeleiding de beelden kan bekijken. De beelden kunnen niet gezien worden door andere cliënten, bezoekers of derden.

3.9 Conclusies

In deze paragraaf zal per onderwerp de verschillen tussen Amarant en GGzE uiteengezet worden.

Bij Amarant dient er in het behandelplan een plan van aanpak te zijn opgenomen die gericht is op het afbouwen en beëindigen van de vrijheidsbeperkende maatregelen. Binnen GGzE is dit plan van aanpak onbekend. GGzE gebruikt dit plan van aanpak hedendaags wel in De Verbinding. Het plan van aanpak is een los formulier die bij het behandelplan hoort.

De manier van toetsen of een cliënt wilsbekwaam dan wel wilsonbekwaam is, komen bij Amarant en GGzE in grote lijnen overeen. De aanleiding om te toetsen aan de wilsbekwaamheid is identiek.

De controlemomenten bij een cliënt die in een separeerruimte verblijft, komen niet overeen. Volgens het beleid van Amarant dient de cliënt het eerste halve uur elke tien minuten gecontroleerd te worden en daarna (afhankelijk van de toestand van de cliënt) ieder half uur. Volgens het beleid van GGzE dient de cliënt gedurende de hele periode dat hij in de separeerruimte verblijft elk kwartier te worden gecontroleerd. Tot slot is Amarant een groot voorstander van cameratoezicht. Binnen GGzE is het hebben van cameratoezicht niet overal standaard. Toch heeft GGzE de regels met betrekking tot cameratoezicht beter vastgesteld.

Hoofdstuk 4 – Knelpunten

In beginsel drukte de inbreng van Amarant een zwaardere stempel op de zorg en de afdelingscultuur in De Verbinding. In het afgelopen jaar is de rol van GGzE zich sterker aan het ontwikkelen. Omdat de VG-zorg en de GGz-zorg erg verschillend van elkaar zijn spreekt het voor zich dat er zich veranderingen binnen een cultuur gaan voordoen wanneer één van de samenwerkingspartners een andere rol gaat spelen. Er ontstaat dan een nieuw evenwicht.

Op 26 juni jongstleden heeft de Inspectie een bezoek gebracht aan De Verbinding. Tijdens dit bezoek zijn er naast de organisatie zelf, drie individuele cliënten geobserveerd. Naar aanleiding van dit bezoek kwamen er een aantal knelpunten naar voren. Het bezoek van de Inspectie heeft voor veel onrust gezorgd. Om die reden is er een audit-team samengesteld om naar de punten van de Inspectie te kijken. Deze audit heeft plaatsgevonden van 10 oktober tot en met 27 oktober 2014. Het audit-team bestaat uit auditoren die werkzaam zijn bij Idris, Amarant Groep en GGzE.

In dit hoofdstuk worden eerst de drie cliëntrapportages kort behandeld. Vervolgens worden de knelpunten die op dit moment binnen De Verbinding worden ervaren, behandeld. In dit hoofdstuk wordt teruggegrepen op de informatie die in de twee hoofdstukken hiervoor is behandeld. Tot slot wordt er bij sommige aspecten stilgestaan bij het auditrapport.

4.1 Bevindingen individuele cliëntrapportages

Om te beginnen worden in deze paragraaf cliëntenrapportages behandeld van drie verschillende cliënten. In verband met privacy worden er geen volledige namen gebruikt.

4.1.1 De heer Ö.

De heer Ö. is een lichtverstandelijk tot zwakbegaafde man met gedragsproblematiek en is in juli 2011 op grond van een rechterlijke machtiging opgenomen in De Verbinding. Op 1 januari 2014 is er bij de heer Ö. gestart met een dwangbehandeling. Hierbij heeft de Inspectie het persoonlijk plan van mei 2013 ontvangen. Inmiddels is dit persoonlijk plan omgezet naar een behandelplan volgens format van GGzE. Hierin ontbreken de vrijheidsbeperkende maatregelen separatie en fixatie. Het behandelplan is niet actueel en volledig genoeg. Bij de heer Ö. was er een signaleringsplan van januari 2012 waarin de separatie (in het signaleringsplan werd dit afzondering genoemd) en fixatie stonden. Hierbij was er geen individueel protocol voor deze vrijheidsbeperkende maatregelen aanwezig. De heer Ö. begrijpt de inhoud van zijn behandelplan niet en dit terwijl hij geen (wettelijk) vertegenwoordiger heeft. Daarnaast ontbreekt er de beoordeling van zijn wilsbekwaamheid in zijn behandelplan.

De Inspectie beoordeelt de beslissing om over te gaan tot dwangbehandeling dan wel vrijheidsbeperkende maatregelen bij de heer Ö. op de volgende punten als onzorgvuldig. De getoetste vrijheidsbeperkende maatregel stond niet opgenomen in zijn behandelplan. Ook is met betrekking tot de getoetste vrijheidsbeperkende maatregel geen risico-inventarisatie verricht over de oorzaken van het gedrag van de heer Ö. Daarbij is er bij de besluitvorming over de getoetste vrijheidsbeperkende maatregel geen consultatie gevraagd van een niet bij de behandeling betrokken deskundige. Daarnaast vindt de Inspectie het minder zorgvuldig dat de gesproken medewerkers niet bekend waren met het (schriftelijk) beleid betreffende de uitvoering van de Wet Bopz en het verminderen en afbouwen van vrijheidsbeperkende maatregelen bij de heer Ö.

4.1.2 De heer C.

De heer C. is een lichtverstandelijke beperkte man met een psychiatrische stoornis en is op 27 mei 2013 op grond van een rechterlijke machtiging opgenomen in De Verbinding. Bij de melding van de dwangbehandeling ontving de Inspectie een persoonlijk plan van juli 2013. In dit persoonlijke plan stonden de vrijheidsbeperkende maatregelen zonder motivatie opgenomen.

Inmiddels is het persoonlijk plan omgezet naar een behandelplan volgens format van GGzE. In dit behandelplan ontbraken de dwangbehandelingen en vrijheidsbeperkende maatregelen zoals separatie en fixatie. Concluderend is het behandelplan niet volledig en actueel genoeg. In het signaleringsplan worden de vrijheidsbeperkende maatregelen separatie en fixatie wel genoemd. Er is echter geen uitwerking opgenomen over hoe deze vrijheidsbeperkende maatregelen moeten plaatsvinden. De heer C. begrijpt de inhoud van het behandelplan niet en hij heeft ook geen (wettelijk) vertegenwoordiger. Daarnaast ontbreekt de beoordeling van de wilsbekwaamheid van de heer C. in zijn behandelplan.

De Inspectie beoordeelt de beslissing om over te gaan tot dwangbehandelingen bij de heer C. bij de volgende punten als onzorgvuldig. De getoetste vrijheidsbeperkende maatregel (separatie) stond niet opgenomen in zijn behandelplan. Daarnaast is bij de besluitvorming over de vrijheidsbeperkende maatregel geen consultatie gevraagd aan een niet bij de behandeling betrokken deskundige. De Inspectie beoordeelt het feit dat er voor de heer C. geen beëindigingstrategie gericht op het afbouwen dan wel beëindigen van de getoetste maatregel is opgesteld als minder zorgvuldig. Daarnaast vindt de Inspectie het ook minder zorgvuldig dat de gesproken medewerkers niet bekend waren met het (schriftelijk) beleid betreffende de uitvoering van de Wet Bopz en het verminderen en afbouwen van vrijheidsbeperkende maatregelen bij de heer C.

4.1.3 De heer Z.

De heer Z. is een lichtverstandelijke beperkte man met gedragsproblematiek en is op 2 oktober 2013 op grond van een rechterlijke machtiging opgenomen in De Verbinding. De rechterlijke machtiging is recent verlengd. De dwangbehandeling bij de heer Z. is gestart op 28 januari 2014. Het concept behandelplan van Amarant dateert van 5 november 2013 en is omgezet naar een behandelplan volgens format van GGzE. Het behandelplan is niet volledig en actueel. De toepassing van de vrijheidsbeperkende maatregelen separatie en fixatie staan niet opgenomen in het behandelplan van de heer Z. Deze staan ook niet opgenomen in het signaleringsplan van 2 oktober 2013. In het signaleringsplan staan tevens de afspraken over de interventies bij dreigen van geweld en openlijke agressie niet opgenomen. In januari en februari 2014 is de heer Z. vaak gesepareerd. Informatie over het toepassen en frequentie van het separeren van de heer Z. is niet terug te vinden in het registratiesysteem. Ook de heer Z. begrijpt de inhoud van het behandelplan niet en hij heeft ook geen (wettelijk) vertegenwoordiger. Daarnaast ontbreekt de beoordeling van de wilsbekwaamheid van de heer Z. in zijn behandelplan.

Bij de heer Z. beoordeelt de Inspectie de beslissing om over te gaan tot vrijheidsbeperkende maatregelen bij de volgende punten als onzorgvuldig. De getoetste vrijheidsbeperkende maatregel stond niet opgenomen in het behandelplan van de heer Z. Daarbij is er geen risico-inventarisatie verricht over de oorzaken van het gedrag van de heer Z. met betrekking tot de getoetste maatregel. Ook is er bij de besluitvorming over de getoetste maatregel geen consultatie gevraagd aan een niet bij de behandeling betrokken deskundige. Tot slot is de heer Z. niet wilsbekwaam en is de (wettelijk) vertegenwoordiger niet op de hoogte van de redenen van de getoetste vrijheidsbeperkende maatregel. De Inspectie beoordeelt ook bij de heer Z. het feit dat er voor de heer Z. geen beëindigingstrategie is opgesteld, gericht op het afbouwen dan wel beëindigen van de getoetste maatregel, als minder zorgvuldig.

Conclusies individuele cliëntrapportages

De vrijheidsbeperkende maatregelen bij cliënten van De Verbinding worden op de volgende punten als onzorgvuldig geacht. De vrijheidsbeperkende maatregelen staan niet opgenomen in hun behandelplannen. Dit is tegenstrijdig met het beleid van zowel Amarant als GGzE. Specifiek met het beleid van GGzE, omdat hun behandelplan immers wordt gehanteerd binnen De Verbinding. Daarnaast wordt er geen risico-inventarisatie verricht en er wordt geen consultatie gevraagd aan een niet bij de behandeling betrokken deskundige.

Een risico-inventarisatie beschrijft de risico's voor de veiligheid en gezondheid op de werkplek. Hierin worden ook maatregelen opgenomen om de risico's te verminderen. Een risico-inventarisatie wordt om die redenen dan ook als nodig geacht.

De Inspectie vindt het minder zorgvuldig dat er geen beëindigingstrategie gericht op het afbouwen dan wel beëindigen van de getoetste vrijheidsbeperkende maatregel is opgesteld. Ook vindt de Inspectie het minder zorgvuldig dat de gesproken medewerkers niet bekend waren met het (schriftelijk) beleid betreffende de uitvoering van de Wet Bopz en het verminderen en afbouwen van vrijheidsbeperkende maatregelen. Amarant hanteert het beleid dat er een plan van aanpak dient te zijn opgenomen in het behandelplan, gericht op afbouw en beëindiging van vrijheidsbeperkende maatregelen. De behandelaar die verantwoordelijk is voor de vrijheidsbeperking is mede verantwoordelijk voor het opstellen van dit plan van aanpak. Voor GGzE was dit plan van aanpak voor de samenwerking nog onbekend. Dit gebruiken ze hedendaags wel in De Verbinding. Dit aspect mag zich in de toekomst dan ook niet meer voordoen.

4.2 Algemene bevindingen van de Inspectie

Na de individuele cliëntrapportages zullen nu de algemene bevindingen van de Inspectie behandeld worden.

4.2.1 Dwang en registratie

Allereerst kwam de Inspectie bij de algemene bevindingen tot een aantal knelpunten met betrekking tot dwang en de registratie hiervan.

Weinig zicht op de toepassing van dwangbehandelingen

De geneesheer-directeur en de Bopz-arts hadden volgens de Inspectie te weinig zicht op de toepassing van dwangbehandelingen. Dit aspect werd al voorafgaand aan het bezoek van de Inspectie duidelijk. In eerste instantie wilde de Inspectie op 5 november 2013 De Verbinding bezoeken. Zij kregen toen de mededeling dat er op dat moment geen cliënten in De Verbinding verbleven waarbij een dwangbehandeling van toepassing waren. In januari 2014 kreeg de Inspectie echter een melding waaruit bleek dat De Verbinding in oktober 2013 begonnen was met het uitvoeren van dwangbehandelingen bij cliënten. In artikel 38 lid 6 Wet Bopz staat opgenomen dat de geneesheer-directeur bij het begin van de behandeling de inspecteur hiervan op de hoogte moet stellen. Daarbij dient vermeld te worden door welke persoon de beslissing daartoe is genomen en moet er een afschrift van de beslissing verzonden worden naar de Inspectie. Indien de cliënt zich verzet tegen de behandeling, dient de geneesheer-directeur te vermelden of de cliënt in staat is gebruik te maken van het klachtenrecht. Ook bij beëindiging van de behandeling dient de inspecteur op de hoogte te worden gesteld. De inspecteur dient op zijn beurt op grond van artikel 38 lid 7 Wet Bopz vast te stellen of de beslissing tot de behandeling en de uitvoering daarvan zorgvuldig heeft plaatsgevonden. Het te laat melden van de behandeling aan de Inspectie is een overtreding en daarmee dan ook beboetbaar.

Volgens Amarant heeft deze gebeurtenis zich voorgedaan doordat de geneesheer-directeur van GGzE op een gegeven moment de enige geneesheer-directeur binnen De Verbinding werd. Hierdoor ging de geneesheer-directeur van GGzE met zijn eigen middelen werken. Op dat moment werden veel van de dwangbehandelingen afgemeld bij de Inspectie. Dit omdat GGzE wilde starten met hun manier van werken en ze wilden controleren of er wel sprake was van dwang of niet. Toen de dwangbehandelingen werden afgemeld waren zij nog wel van toepassing.⁹² Het standpunt van GGzE hierin is dat er voor het registreren van dwangbehandelingen verschillende soorten systemen zijn gebruikt.

⁹² Bijlage D

Daarnaast heeft Amarant volgens hen tegen de Inspectie gezegd dat de cliënten die zij wilden evalueren niet meer in De Verbinding verbleven.⁹³ Onduidelijk is gebleven wat nu de echte reden hiervoor was.

Registratie

De dwangbehandelingen werden voorheen geregistreerd in Argus. Dit is een systeem van GGzE. Argus is een gegevensset voor vrijheidsbeperkende interventies. Met dit systeem kan een eenduidige registratie plaatsvinden.⁹⁴ Tijdens het bezoek van de Inspectie was het niet mogelijk om in dit systeem te kijken. Ook lukte het de medewerkers niet om in het systeem van Amarant, Re-Act, te kijken. Re-Act is het digitaal meldingssysteem van Amarant voor het melden van incidenten.

Tijdens het eerste bezoek van de Inspectie aan De Verbinding is de suggestie gedaan tot invoer van het registratiesysteem Argus van GGzE waar het de toepassing betreft van vrijheidsbeperkende maatregelen. Voor Amarant bleek het niet mogelijk te zijn om over te stappen naar het registratiesysteem Argus. Dit om de reden dat het niet mogelijk was om van één cliënt op één dag door verschillende medewerkers dan wel afdelingen toegepaste vrijheidsbeperkende maatregelen betrouwbaar vast te leggen. Per april 2014 is De Verbinding overgestapt naar VMS/IB. Dit is het meldsysteem dat gebruikt wordt binnen GGzE en de Woenselse Poort. Desondanks is recent besloten om terug te gaan naar het melden en vastleggen in het systeem Re-act van Amarant. De reden hiervoor is dat er een verschil was in de registratievereisten en veldnormen. Gebleken was dat tijdstellingen en perioderegistraties niet mogelijk is binnen het systeem Re-Act. Binnen dit systeem is het niet mogelijk om te registreren hoe laat een vrijheidsbeperkende maatregel van start is gegaan en hoelang deze heeft geduurd. Hierdoor ontstaat er geen totaal overzicht over hoeveel vrijheidsbeperkende maatregelen er worden ingezet. Het enige wat gedaan kan worden is losse registraties naast elkaar leggen. Daarbij worden in het systeem Re-Act alleen dwangmeldingen geregistreerd als zich daar geen incident aan vooraf heeft gedaan. Indien er wel een incident heeft plaatsgevonden wordt dit los van het systeem geregistreerd.⁹⁵ GGzE is dan ook van mening dat het registratiesysteem Re-Act niet ideaal is voor De Verbinding.

Uit het auditrapport is gebleken dat zowel het systeem Re-Act als het systeem Argus niet geschikt lijken voor De Verbinding. Daarbij hebben de medewerkers van De Verbinding met een GGzE achtergrond geen scholing of uitleg gehad over het werken in het systeem Re-Act van Amarant. Om die reden hebben de psychiater en de geneesheer-directeur van De Verbinding voorgesteld om de vrijheidsbeperkende maatregelen en dwangbehandelingen vast te leggen op papier.⁹⁶ In het onderzoek is naar voren gekomen dat zowel het systeem van Amarant als het systeem van GGzE niet wenselijk is voor De Verbinding. Er dient te worden gezocht naar een andere oplossing.

Geen dwangbehandeling of vrijheidsbeperkingen tenzij...

De Inspectie is van mening dat dwangbehandelingen veel voorkomen binnen De Verbinding en dat vrijheidsbeperkende maatregelen veelvuldig worden toegepast. De Inspectie heeft de indruk gekregen dat bijna alle vrijheden van de cliënten beperkt worden. Zo zijn er beperkingen aangetroffen met betrekking tot: het aantal sigaretten, de post, het gebruik van internet, het gebruik maken van de telefoon en het ontvangen van bezoek.

De cliënten moeten een kamerprogramma volgen met verplichte rusttijden. Daarnaast zijn er verplichte groepsmomenten die door de cliënten worden ervaren als minder prettig.⁹⁷

De Wet Bopz werkt met een gevaarscriterium.

⁹³ Bijlage E

⁹⁴ GGZ Nederland 2012, p. 4.

⁹⁵ Bijlage F

⁹⁶ Rapport audit 2014, p. 7.

⁹⁷ Rapport audit 2014, p. 8.

Dit houdt in dat er sprake moet zijn van een gevaar voor de cliënt zelf, voor anderen of voor de algemene veiligheid van personen of goederen.⁹⁸ Het is echter niet zo dat gevaar op zichzelf voldoende grondslag biedt voor een gedwongen opname. Een causaal verband tussen de geestelijke stoornis van de persoon en het gevaar is vereist.⁹⁹ Met betrekking tot de voorgenoemde beperkingen zoals beperking in de post is dit toegestaan, indien het staat opgenomen in de huisregels van de organisatie. Ze mogen echter niet verder beperkt worden dan noodzakelijk is voor de een ordelijke gang van zaken in de organisatie.

Amarant is van mening dat het noodzakelijk is om sommige vrijheden van de cliënten te beperken. Los van wat het betekend voor het individu is het bijna onmogelijk een groep met gevaarlijke cliënten en gedwongen opnames vrij te laten om te doen en te laten wat ze zelf willen.¹⁰⁰ Daarnaast hebben de cliënten van De Verbinding uitgesproken angstig te zijn bij escalaties van medecliënten.¹⁰¹ De geneesheer-directeur heeft aangegeven dat vrijheidsbeperkende maatregelen tegenwoordig minder vaak voorkomen binnen De Verbinding. Ook heeft de geneesheer-directeur aangegeven dat hij het belangrijk vindt dat de inzet van vrijheidsbeperkende maatregelen teruggedrongen wordt en dat dit dan ook het algemeen beleid van De Verbinding is. Dit wordt soms wel als lastig ervaren, omdat er cliënten zijn opgenomen die vaak gewelddadig zijn.¹⁰²

4.2.2 **Behandelplannen**

Wanneer het gaat om behandelplannen is de Inspectie ook niet tevreden. Ook bij dit aspect heeft de Inspectie een aantal knelpunten gevonden.

Amarant behandelplan of GGzE behandelplan

In beginsel maakte ze binnen De Verbinding gebruik van de behandelplannen van Amarant. Deze plannen zijn omgezet naar GGzE behandelplannen. Dit had als gevolg dat ten tijde van het inspectiebezoek geen van de cliënten van De Verbinding een volledig en actueel behandelplan had. Daarbij werd voor het behandelplan de term zorgovereenkomst gebruikt waardoor er verwarring ontstond.

Zodra een cliënt wordt opgenomen in De Verbinding dient er conform artikel 38 lid 1 Wet Bopz zo snel mogelijk een behandelplan te zijn opgesteld. Hiervoor draagt de geneesheer-directeur zorg. Zodra er een behandelplan is opgesteld en dit behandelplan heeft tot overeenstemming met de cliënt geleid, kan de behandeling plaatsvinden. Daarnaast mag de cliënt zich niet tegen de behandeling verzetten. Op grond van artikel 38 lid 5 Wet Bopz kan hiervan worden afgeweken. Hierin staat opgenomen dat afwijking kan plaatsvinden indien blijkt dat zonder de behandeling het aannemelijk is dat het gevaar (veroorzaakt door de stoornis van het geestesvermogen van de cliënt) niet binnen een redelijk termijn kan worden weggenomen. Ook kan dit indien de behandeling noodzakelijk wordt geacht voor het afwenden van het gevaar dat de stoornis van de geestesvermogens van de cliënt binnen de inrichting veroorzaakt. Dwangbehandelingen kunnen dus niet worden ingezet zonder een behandelplan. Om die reden is het belangrijk dat De Verbinding haar zaken omtrent behandelplannen goed regelt.

Er was gekozen voor een GGzE behandelplan, omdat begin dit jaar de leiding van De Verbinding meer bij GGzE is komen te liggen. De behandelverantwoordelijke is sindsdien iemand vanuit GGzE. De behandelverantwoordelijke is een voorstander van zo simpel mogelijk bewoorden in een behandelplan. De formulering die Amarant gebruikte was volgens GGzE te lang. GGzE vond dat de behandelplannen van Amarant te groot, omvangrijk en moeilijk te begrijpen waren voor de cliënten.

⁹⁸ Art. 1 lid 1 sub f Wet Bopz

⁹⁹ Handboek gezondheidsrecht, p. 298.

¹⁰⁰ Bijlage D

¹⁰¹ Rapport audit 2014, p. 8.

¹⁰² Bijlage H

Om die reden is ervoor gekozen om verder te gaan met GGzE behandelplannen.¹⁰³ Bovendien is De Verbinding een behandelafdeling en geen verblijfsafdeling. Bij verblijfscliënten heb je langlopende doelen, dit heb je daarentegen bij behandelcliënten niet. De behandelplannen van Amarant worden één keer per jaar opgesteld. Dit is te weinig bij behandelcliënten.¹⁰⁴ Bij behandelafdelingen betreft het kortdurende zorg, bij verblijfsafdelingen betreft het langdurige zorg.

Ondertekening behandelplannen

De behandelplannen van de drie cliënten waren door de cliënten zelf ondertekend. Dit ondanks dat alle betrokkenen bij het inspectiebezoek op de hoogte waren dat deze cliënten niet konden begrijpen wat er in hun behandelplan stond opgenomen. De zorgaanbieder had niet voorzien in een vertegenwoordiger van de cliënten. Daarbij was de wilsbekwaamheid van de cliënten ter zake van het ondertekenen van het behandelplan niet beoordeeld.

Bij het opstellen van een behandelplan is het van belang om te weten of de cliënt wils(on)bekwaam is. Om te beginnen dient er gekeken te worden of de cliënt in staat is om zelf een keuze te maken. Hierbij is het belangrijk dat er gelet wordt op de aard van de beslissing. Het resultaat van de beslissing moet overeenstemmen met hetgeen een redelijk mens zou hebben gedaan in vergelijkbare omstandigheden. Daarnaast wordt er gekeken naar de argumentatie van de keuze. Dit houdt in dat er niet gekeken wordt naar de keuze zelf. Vervolgens wordt er beoordeeld of de cliënt beschikt over voldoende begripsvermogen. Er wordt gekeken of de cliënt in staat is om de verstrekte informatie te begrijpen. Ook wordt er gekeken of de cliënt inzicht heeft in de aard van de situatie. Dit wil zeggen dat er gekeken wordt of de cliënt begrijpt wat voor beslissing hij of zij neemt.¹⁰⁵

Het behandelplan wordt door een voor de behandeling verantwoordelijke persoon in overleg met de cliënt alsmede met betrokkenheid van zijn huisarts vastgesteld. Indien dit volgens de voor de behandeling verantwoordelijke persoon niet mogelijk is, wordt het behandelplan opgesteld in overleg met de wettelijke vertegenwoordiger van de cliënt. Het is bijvoorbeeld niet mogelijk om het behandelplan samen met de cliënt op te stellen als de cliënt niet in staat wordt geacht tot een redelijke waardering van zijn belangen te komen bij de voorgestelde behandeling. De wettelijk vertegenwoordiger speelt dus een belangrijke rol. Daarnaast kan een cliënt worden bijgestaan door een PVP. De PVP staat opgenomen in artikel 1 lid 1 sub M onder a Wet Bopz. De PVP is zowel onafhankelijk van het bestuur als de werknemers en biedt cliënten op hun eigen verzoek advies en bijstand in aangelegenheden. De regels met betrekking tot de taak en bevoegdheden van de PVP worden geregeld bij Algemene Maatregel van Bestuur.¹⁰⁶ In de huidige wettelijke situatie is een PVP alleen verplicht voor GGzE en niet voor Amarant. Voor GGzE wordt de PVP ook gefinancierd. Bij de verstandelijke gehandicaptenzorg en de ouderenzorg is een PVP niet verplicht. Hier is dan ook geen financieringssysteem voor. In de nieuwe wet wordt de PVP wel verplicht voor de verstandelijke gehandicaptenzorg en de ouderenzorg.¹⁰⁷ Uit documentatie¹⁰⁸ is gebleken dat er binnen De Verbinding wel een PVP werkzaam is. Hiermee loopt De Verbinding vooruit op de nieuwe wet.

Aangezien de werkwijze van Amarant en GGzE met betrekking tot het beoordelen van de wils(on)bekwaamheid van een cliënt hetzelfde is, is het raar dat dit hier niet goed gegaan is. Ook de manier van toetsen van de wilsbekwaamheid van cliënten is identiek. Dit hoort dan zeker niet fout te gaan. Daarnaast bepaalt het beleid van Amarant dat wanneer een cliënt wilsonbekwaam wordt geacht, dit schriftelijk dient te worden vastgesteld. Hierin moeten de argumenten worden opgenomen waarom de cliënt wilsonbekwaam wordt geacht.

¹⁰³ Bijlage E

¹⁰⁴ Bijlage G

¹⁰⁵ Recht en gezondheidszorg 2006, p. 147.

¹⁰⁶ Besluit patiëntenvertrouwenspersoon Wet Bopz

¹⁰⁷ Bijlage I

¹⁰⁸ Rapport audit 2014, p. 9.

Op dit moment lopen er voor een aantal cliënten aanvragen voor het regelen van een wettelijke vertegenwoordiging via de rechter. Per cliënt wordt er een inschatting gemaakt of wettelijke vertegenwoordiging nodig is op basis van wilsbekwaamheid. Dit dient vastgelegd te worden in het behandelplan van de cliënt. De Verbinding is hedendaags ook bezig met opstellen van een procedure voor het vaststellen van wilsbekwaamheid bij een cliënt.¹⁰⁹

Dwangbehandelingen

De dwangbehandelingen ontbraken in de behandelplannen. Dit is in strijd met de Wet Bopz. Ook stond er in het behandelplan niet opgenomen dat de cliënten zich tegen de behandeling verzetten. Dwangbehandelingen staan opgenomen in artikel 38 lid 5 j° lid 6 j° lid 7 Wet Bopz en houdt in dat de betreffende persoon onder dwang een behandeling krijgt. Deze behandeling dient in het behandelplan opgenomen te staan. De Verbinding voldoet hiermee niet aan artikel 38 Wet Bopz.

4.2.3 Samenwerking Amarant en GGzE

De Inspectie is van mening dat de communicatie en samenwerking tussen behandelaars en management van Amarant en GGzE tekort schiet. Daarbij is het voor de Inspectie onduidelijk hoe het zit met de afspraken over de samenwerking, verdeling van verantwoordelijkheden en bevoegdheden van de geneesheer-directeur van GGzE en de Bopz-arts van Amarant. Ook was de geneesheer-directeur op het moment van de inspectie tevens behandelend psychiater van de cliënten. De combinatie van deze functies is ongewenst. Dit om de reden dat de geneesheer-directeur toezicht dient te houden. Dat gaat niet als hij ook behandelend psychiater van de cliënten is. Hedendaags wordt de functie van behandeld psychiater vervuld door een andere medewerker van GGzE.

Tijdens het onderzoek bleek dat de Bopz-arts van Amarant sinds begin 2013 niet meer werkzaam was binnen De Verbinding. Dit om de reden dat de Raad van Bestuur van mening was dat Amarant te veel input gaf binnen De Verbinding. Er is toen gekozen om de verantwoordelijkheden van de werkzaamheden van de geneesheer-directeur alleen nog bij GGzE te leggen.¹¹⁰ Opmerkelijk is dat de Inspectie in hun rapportage van juni 2014 spreekt over de Bopz-arts van Amarant terwijl zij al vanaf begin 2013 niet langer meer werkzaam was binnen De Verbinding. De taak van Bopz-verantwoordelijke wordt hedendaags vervuld door een medewerkster van GGzE. De geneesheer-directeur heeft aangegeven dat op dit moment de verantwoordelijkheidsverdeling goed geregeld is.¹¹¹

Vershil beleid en cultuur Amarant en GGzE

De medewerkers van De Verbinding geven aan dat zij niet alleen verschil merken in het beleid van GGzE en Amarant, maar ook in de cultuur van beide organisaties. De cliënten van De Verbinding worden vrij gemakkelijk op bepaalde tijdstippen op hun kamer gezet. Dit is in het belang van de cliënten en wordt gedaan vanuit pedagogisch oogpunt. Hierin kan GGzE zich niet zo in vinden.¹¹² Binnen Amarant worden vrijheidsbeperkende maatregelen, volgens GGzE, sneller en met minder moeite toegepast. Deze uitspraak van GGzE is tegenstrijdig met het beleid van Amarant. We hebben immers in het vorige hoofdstuk kunnen zien dat Amarant het uitgangspunt 'geen vrijheidsbeperkende maatregelen tenzij-principe' volgt. Daarnaast is er een groot verschil met betrekking tot de administratie. Amarant is goed in het vastleggen van de administratie en hier is GGzE daarentegen minder goed in. GGzE is meer gericht op de details binnen de behandeling zelf. Voor GGzE voldoen ze daarmee ook aan de eisen, maar voor de VG-zorg niet.

¹⁰⁹ Rapport audit 2014, p.10.

¹¹⁰ Bijlage D

¹¹¹ Bijlage H

¹¹² Bijlage F

Het wordt door de medewerkers als lastig ervaren dat de doelgroep van De Verbinding wordt gezien vanuit het VG-oogpunt terwijl de cliënten verblijven in een forensische setting, wat meer aansluit bij GGzE.¹¹³

4.3 Separeerruimte

Voor alle drie de cliënten was er een signaleringsplan aanwezig. Hierin stond opgenomen wanneer welke benadering en houding werd toegepast. Uit de rapportages over separaties die door de Inspectie zijn ingezien, bleek hetgeen dat in het signaleringsplan stond opgenomen niet altijd werd nagekomen. De separeerruimte zelf is tijdens het inspectiebezoek ook beoordeeld. Er waren ernstige tekortkomingen. De eisen van een separeerruimte vloeien voort uit het Bouwbesluit 2012, Arbowetgeving en Veldnormen. Op het bouwen en gebruiken van separeerruimtes is het Bouwbesluit 2012 (hierna: Bouwbesluit) van toepassing. Bij brand gaat de deur van de separeerruimte in De Verbinding niet automatisch van het slot. Met betrekking tot brandveiligheid mag het niet uitmaken in wat voor type ruimte iemand verblijft. Ook mag het niet uitmaken of iemand daar vrijwillig of onvrijwillig verblijft. In iedere situatie moet er ter bescherming van de aanwezigen hetzelfde brandveiligheidsniveau aanwezig zijn. Elke deur van een verblijfruimte zou bij brand meteen door de in de ruimte aanwezige persoon zelf moeten kunnen worden geopend. Dit is echter bij ruimtes waar personen worden ingesloten niet het geval. De veiligheid van personen bij brand die worden ingesloten dient op een andere manier te worden gewaarborgd. Er moet dan worden gezocht naar een brandveiligheidsniveau dat overeenkomt met dat van verblijfruimten waar de aanwezige bij een calamiteit zelf een deur kunnen openen.¹¹⁴ Volgens GGzE is de brandveiligheid bij de separeerruimte van De Verbinding terug te voeren op het Bouwbesluit. De separeerruimte in De Verbinding is dusdanig brandwerend dat binnen een bepaald tijdsbestek het personeel de deur kan openen. Om die reden wordt de deur dus niet centraal ontgrendeld. Het dak van De Verbinding is van GGzE en naar de normen van GGzE is dan ook gebouwd. Volgens GGzE kan de separeerruimte niet gebouwd worden naar de veldnormen van de VG, omdat de brandveiligheid dan niet gewaarborgd kan worden.¹¹⁵ De Inspectie die bij De Verbinding komt inspecteren is anders dan de GGzE-Inspectie en zal daardoor dan ook tot de conclusie gekomen zijn dat de deur wel automatisch van het slot zou moeten kunnen.¹¹⁶ De separeerruimte voldeed daarnaast ook niet aan andere eisen. De separeerruimte beschikte niet over permanent toezicht; vanuit het raam in de deur is niet de gehele ruimte te overzien en er was geen camera aanwezig. De separeerruimte heeft geen klok en de cliënten kunnen niet naar buiten kijken. Daarbij kunnen de cliënten het reglement met betrekking tot separatie niet lezen en begrijpen.

De brandveiligheidseisen die staan opgenomen in het Bouwbesluit behoeven speciale aandacht. Het Bouwbesluit kent meerdere gebruiksfuncties. Voor een separeerruimte wordt van een celfunctie uitgegaan. Dit om de reden dat er sprake is van een dwangverblijf. Op grond van het Bouwbesluit is noodverlichting in de separeerruimte en de voorkamer hiervan verplicht. Een separeerkamer moet minimaal 12 vierkantenmeter groot zijn. Er moet daglicht naar binnen kunnen en de cliënt moet naar buiten kunnen kijken.¹¹⁷

Amarant vindt het belangrijk dat er in de separeerruimte cameratoezicht plaatsvindt. Dit om de reden dat het niet kunnen zien van een cliënt in een separeerruimte grote consequenties kan hebben. Indien een cliënt verdacht stil is kan je met behulp van cameratoezicht zien wat er met de cliënt aan de hand is. Op 25 september 2014 is er een camera geïnstalleerd in de separeerruimte van De Verbinding. Hiermee is het punt dat de separeerruimte niet beschikte over permanent toezicht verholpen.

¹¹³ Bijlage G

¹¹⁴ Informatieblad Bouwbesluit 2012, p. 2.

¹¹⁵ Bijlage H

¹¹⁶ Bijlage E

¹¹⁷ VGN 2013, p. 31-34.

Na het bezoek van de Inspectie is er een nieuw separeerreglement opgehangen die de cliënten kunnen lezen en begrijpen. Naar eigen zeggen van GGzE waren zij erg blij met het vernieuwde separeerreglement. Uit onderzoek is gebleken dat GGzE het verplicht stelt om op het separeerreglement op te nemen dat de cliënt de mogelijkheid heeft om een klacht te kunnen indienen. Dit staat echter niet opgenomen in het separeerreglement.¹¹⁸

Tot slot schrijft het beleid van beide organisaties voor dat de cliënt die in een separeerruimte verblijft een indruk van tijd en data moet kunnen krijgen. Om die reden is een klok en datumaanduiding verplicht. Het niet aanwezig hebben van een klok en dag- en datumaanduiding is dan ook in strijd met het beleid. Uit het auditrapport is gebleken dat er tegenwoordig een klok hangt in de separeerruimte. Daarbij staat in het auditrapport vermeld dat de separeerruimte nu voldoet aan de eisen van GGzE. Dit is echter niet correct. Eerder is gebleken dat het separeerreglement niet helemaal voldoet aan de eisen van GGzE, zoals zij die zelf hebben opgenomen in hun beleid.¹¹⁹

4.4 Overige bevindingen naar aanleiding van het onderzoek

In deze paragraaf worden de bevindingen dan wel knelpunten behandeld die tijdens het onderzoek naar voren zijn gekomen.

Welk beleid is leidend?

Voor de medewerkers van De Verbinding is het al een lange tijd onduidelijk welke groep leidend is voor het beleid binnen De Verbinding. Dit is zelfs onduidelijk geweest voor de geneesheer-directeur. De Verbinding is gevestigd in een gebouw van GGzE. Indien de dakgroep leidend is, is het beleid van GGzE leidend. Als de doelgroep echter leidend is, is het beleid van Amarant leidend. De doelgroep zijn namelijk verstandelijk gehandicapten. Daarbij is de wettelijke basis voor beide groepen ook verschillend. Indien de dakgroep leidend is, zijn de artikelen 38a j° 38b j° 38c Wet Bopz van toepassing. Wanneer de doelgroep leidend is, is artikel 38 Wet Bopz van toepassing.

Het verschil tussen deze artikelen is dat er in de artikelen 38a j° 38b j° 38c Wet Bopz meer mogelijkheden staan opgenomen. Zo mag je dan bijvoorbeeld langer medicatie toedienen. Ook staat zelfbinding opgenomen in deze artikelen. Zelfbinding geldt niet in de verstandelijke gehandicaptenzorg.¹²⁰

Tijdens het onderzoek is naar voren gekomen dat de doelgroep leidend is.¹²¹ De Inspectie komt vanuit de verstandelijke gehandicaptenzorg en die regels dienen dan ook gevolgd te worden. Ook de geneesheer-directeur geeft aan dat de doelgroep leidend is, met uitzondering bij de huisvesting, hiervoor is de dakgroep en dus de veldnormen van GGzE leidend.¹²² De geneesheer-directeur denkt dat het binnen een half jaar voor iedereen duidelijk is dat de doelgroep leidend is binnen De Verbinding.¹²³

In de kliniek GGNet Warnsveld zijn patiënten opgenomen met een verstandelijke beperking en een psychiatrische stoornis. Dit is dus een soortgelijke behandelkliniek als de kliniek De Verbinding. Binnen de kliniek GGNet Warnsveld hebben ze er echter voor gekozen om het beleid van de GGZ te volgen. Dit om de reden dat de kliniek is gevestigd in een psychiatrisch ziekenhuis.

¹¹⁸ Bijlage B

¹¹⁹ Rapport audit 2014, p. 9.

¹²⁰ Bijlage I

¹²¹ Bijlage F

¹²² Rapport audit 2014, p. 5.

¹²³ Bijlage H

Inspectie

Tot slot is gebleken dat de medewerkers graag met de Inspectie in gesprek willen gaan met betrekking tot bovenstaande punten. Tijdens dit gesprek willen de medewerkers aangeven dat zij de huidige situatie moeilijk vinden. Dit komt bijvoorbeeld doordat de cliënten aan beide kanten met complexe problematiek te maken hebben, zowel in de psychiatrie als in de verstandelijke gehandicaptenzorg. Daarnaast willen ze graag weten wat de verwachtingen van de Inspectie zijn. Ook vinden de medewerkers dat bij het opleggen van vrijheidsbeperkende maatregelen veel papierwerk komt kijken. Ze zouden graag van de Inspectie willen weten of dit praktischer kan. Tot slot willen ze graag van de Inspectie horen wat de Inspectie wil met de registratie. GGzE registreert in Argus. Dit systeem bestaat niet voor Amarant.

4.5 Conclusies

Bij de individuele cliëntrapportages is naar voren gekomen dat de vrijheidsbeperkende maatregelen niet staan opgenomen in de behandelplannen. Ook is er geen consultatie gevraagd aan een niet bij de behandeling betrokken deskundige. Daarbij is er geen beëindigingstrategie gericht op het afbouwen dan wel beëindigen van de getoetste vrijheidsbeperkende maatregel opgesteld.

Binnen De Verbinding gebruiken ze het systeem Re-Act van Amarant. Gebleken is dat tijdstellingen en perioderegistraties met dit systeem niet mogelijk is. Hierdoor ontstaat er geen totaaloverzicht van de hoeveelheid ingezette vrijheidsbeperkende maatregelen. Uit het auditrapport is gebleken dat zowel het systeem van Amarant (Re-Act) als het systeem van GGzE (Argus) niet geschikt zijn voor De Verbinding. Daarbij hebben de medewerkers van De Verbinding met een GGzE-achtergrond geen scholing of uitleg gehad over het werken in het systeem Re-Act van Amarant. Om die reden hebben de psychiater en de geneesheer-directeur van De Verbinding voorgesteld om de vrijheidsbeperkende maatregelen en dwangbehandelingen vast te leggen op papier.¹²⁴

Voor de Inspectie bestaat er onduidelijkheid over de samenwerking, verdeling van verantwoordelijkheden en bevoegdheden van de geneesheer-directeur van GGzE en de Bopz-arts van Amarant. De Bopz-arts van Amarant werkt echter vanaf begin 2013 niet meer in De Verbinding. Een medewerkster van GGzE is hedendaags Bopz-verantwoordelijke binnen De Verbinding.

Ook is gebleken dat de medewerkers van De Verbinding niet alleen verschil merken tussen de beleidsvormen van Amarant en GGzE, maar ook in de cultuur merken zij verschillen. Daarnaast wordt er een groot verschil ervaren met betrekking tot de administratieve lasten.

De Inspectie is van mening dat dwangbehandelingen veel voorkomen binnen De Verbinding en dat vrijheidsbeperkingen veelvuldig worden toegepast.

De Amarant behandelplannen zijn omgezet naar behandelplannen volgens format van GGzE. Het gevolg hiervan was dat ten tijde van het bezoek van de Inspectie geen van de cliënten een volledig en actueel behandelplan hadden.

De cliënten hadden zelf hun behandelplannen ondertekend, terwijl zij het behandelplan niet konden lezen en konden begrijpen. Daarbij was de wilsbekwaamheid van de cliënten ter zake van het ondertekenen van het behandelplan niet beoordeeld.

De separeerruimte van De Verbinding had geen klok dan wel dag- of datumaanduiding. De klok hangt er inmiddels wel. Ook kunnen de cliënten niet naar buiten kijken. Dit is volgens de wet wel verplicht. Ook staat het klachtrecht niet opgenomen in het separeerreglement. Bovendien is uit onderzoek gebleken dat het voor een groot deel van de medewerkers niet duidelijk is of de dakgroep of de doelgroep leidend is voor het beleid van De Verbinding.

Tot slot hebben de medewerkers geuit dat zij graag met de Inspectie een gesprek aangaan. Zij willen graag hulp krijgen van de Inspectie om de problematiek in De Verbinding te verbeteren.

¹²⁴ Rapport audit 2014, p. 7.

Hoofdstuk 5 – Conclusies en aanbevelingen

Met dit onderzoek wordt er duidelijkheid verschaft over zowel de samenwerking tussen Amarant en GGzE binnen De Verbinding als de knelpunten die hierbij worden ervaren. Uit voorgaande hoofdstukken vloeien een aantal conclusies voort. In dit hoofdstuk worden deze conclusies uiteengezet. Deze conclusies worden gevolgd door aanbevelingen die belangrijk worden geacht voor een goede samenwerking tussen Amarant en GGzE en voor het wegnemen van de grootste knelpunten. Hierdoor wordt er een antwoord gegeven op de centrale vraagstelling: *“Welke knelpunten leveren de beleidsvormen van Amarant en GGzE met betrekking tot vrijheidsbeperkende maatregelen en dwangbehandelingen in de praktijk op met inachtneming van het wettelijk kader bij meerderjarige (SG)LVG cliënten met meervoudige problematiek en een laag IQ die in de behandelkliniek ‘De Verbinding’ te Eindhoven verblijven?”*

5.1 Conclusies

In deze paragraaf worden de belangrijkste conclusies van voorgaande hoofdstukken uiteengezet.

5.1.1 Wettelijk kader en de knelpunten hiervan

Deze subparagraaf heeft betrekking tot het gedeelte van de centrale vraagstelling waarbij het gaat om het wettelijk kader en de knelpunten hiervan. De Wet Bopz functioneert als leidraad wanneer het gaat om vrijheidsbeperkende maatregelen en dwangbehandelingen. De Wet Bopz werkt met een gevaarscriterium. Dit wil zeggen dat voor de werking van de Wet Bopz er sprake moet zijn van een gevaar voor de cliënt zelf, voor anderen of voor de algemene veiligheid van personen en/of goederen. Zodra een cliënt in De Verbinding wordt opgenomen dient er zo snel mogelijk een behandelplan te zijn opgesteld. Dit om de reden dat een cliënt alleen behandeld kan worden indien de behandeling staat opgenomen in zijn behandelplan. Hier geldt wel een uitzondering voor. Indien blijkt dat het aannemelijk is dat het gevaar zonder de behandeling niet binnen een redelijk termijn kan worden weggenomen of indien het noodzakelijk is dat het gevaar wordt afgewend mag hiervan worden afgeweken. Bij het opstellen van het behandelplan is het belangrijk om te weten of de cliënt wils(on)bekwaam is, omdat er gekeken dient te worden of de cliënt beschikt over voldoende begripsvermogen. Ondanks dat dit aspect wettelijk is voorgeschreven, levert het in de praktijk een knelpunt op. Hier wordt in paragraaf 5.1.3 bij stil gestaan. Naast de vrijheidsbeperkende maatregelen heeft de Wet Bopz een aanvullende mogelijkheid opgenomen om een aantal fundamentele rechten te beperken. Deze beperkingen worden opgenomen in de huisregels van de instelling. De beperkingen mogen niet meer beperkt worden dan noodzakelijk is voor de ordelijke gang van zaken in de instelling. De cliënten in De Verbinding worden volgens de Inspectie meer beperkt dan noodzakelijk is. Dit wordt door de Inspectie dan ook gezien als een knelpunt. De medewerkers zijn zich ervan bewust dat vrijheidsbeperkende maatregelen veelvuldig worden toegepast binnen De Verbinding. Hierbij geven zij echter aan dat het lastig is om bij zo'n grote groep cliënten niet zo veel beperkingen op te leggen. Dit om de reden dat de cliënten de structuur en regelmaat nodig hebben. De medewerkers werken er wel naar toe om de inzet van vrijheidsbeperkende maatregelen terug te dringen.

Met betrekking tot de separeerruimte wordt het Bouwbesluit gezien als juridische grondslag. Bij brand gaat de deur van de separeerruimte in De Verbinding niet automatisch van het slot. Dit wordt door de Inspectie gezien als een grote tekortkoming. Volgens GGzE is de brandveiligheid bij de separeerruimte van De Verbinding terug te voeren op het Bouwbesluit. De separeerruimte in De Verbinding is dusdanig brandwerend dat binnen een bepaald tijdsbestek het personeel de deur kan openen. Om die reden wordt de deur niet centraal ontgrendeld. Het dak van De Verbinding is van GGzE en naar de normen van GGzE is dan ook gebouwd. Volgens GGzE kan de separeerruimte niet gebouwd worden naar de veldnormen van Amarant, omdat de brandveiligheid dan niet gewaarborgd kan worden.

Daarnaast moet er op grond van het Bouwbesluit daglicht naar binnen kunnen en de cliënt moet naar buiten kunnen kijken. Laatstgenoemde is binnen De Verbinding op dit moment niet mogelijk.

5.1.2 Knelpunten in de werkwijzen en beleidsvormen

Deze subparagraaf heeft betrekking tot het gedeelte van de centrale vraagstelling waarbij het gaat om de beleidsvormen van Amarant en GGzE en de grootste verschillen hiertussen. Deze verschillen brengen een aantal knelpunten met zich mee. Deze knelpunten worden in subparagraaf 5.1.3 uitgebreider behandeld.

Amarant neemt in haar behandelplannen van de cliënten een plan van aanpak op. Dit plan is gericht op het afbouwen en beëindigen van vrijheidsbeperkende maatregelen. Voor GGzE was dit plan van aanpak onbekend. GGzE heeft dit plan nu wel opgenomen in hun behandelplannen die gehanteerd worden binnen De Verbinding.

De toetsing van de wilsbekwaamheid van de cliënten komt bij beide organisaties in grote lijnen overeen. De momenten wanneer er bij separatie controle plaatsvindt bij de cliënten komt niet overeen. Het beleid van Amarant schrijft voor dat de cliënt het eerste half uur elke tien minuten gecontroleerd dient te worden en daarna (afhankelijk van de toestand van de cliënt) ieder half uur. Het beleid van GGzE schrijft voor dat de cliënt gedurende de hele periode dat hij in de separeerruimte verblijft ieder kwartier gecontroleerd dient te worden. Daarnaast zitten Amarant en GGzE ook niet op één lijn als het gaat om cameratoezicht. Amarant is een groot voorstander van cameratoezicht. Voor GGzE is het niet standaard om overal toezicht te houden middels camera's. Daarentegen heeft GGzE de regels omtrent cameratoezicht wel beter vastgelegd op schrift. Dit wordt dan ook ervaren als een knelpunt. Amarant dient de regels omtrent cameratoezicht beter vast te leggen.

Tot slot is tijdens het onderzoek naar voren gekomen dat Amarant zowel voor de vrijheidsbeperkende maatregel afzondering als voor de vrijheidsbeperkende maatregel separatie de term afzondering gebruikt. Dit is onwenselijk omdat het wettelijk gezien twee verschillende maatregelen zijn. Daarbij is het hierdoor moeilijk te zeggen hoe vaak de vrijheidsbeperkende maatregel separatie voorkomt binnen De Verbinding. Dit wordt dan ook gezien als een groot knelpunt.

5.1.3 Overige knelpunten

In deze subparagraaf komen de overige knelpunten aan bod die tijdens het onderzoek naar voren zijn gekomen. Deze knelpunten zijn meer van praktische aard en vloeien veelal voort uit de beleidsvormen van Amarant en GGzE.

Gebleken is dat er een tijd lang geen beëindigingstrategie was opgesteld die gericht was op het afbouwen dan wel beëindigen van de vrijheidsbeperkende maatregelen. Ook hadden de geneesheer-directeur en de Bopz-arts te weinig zicht op de toepassing van dwangbehandelingen binnen De Verbinding. Het systeem dat hedendaags gehanteerd wordt binnen de Verbinding is het systeem Re-Act van Amarant. Naar voren is gekomen dat tijdstellingen en perioderegistraties niet mogelijk zijn binnen dit systeem. Hierdoor is er geen totaaloverzicht van de hoeveelheid ingezette vrijheidsbeperkende maatregelen. Daarbij helpt het ook niet dat Amarant niet de juiste benamingen gebruikt voor de verschillende vrijheidsbeperkende maatregelen. Daarnaast hebben de medewerkers van De Verbinding met een GGzE-achtergrond geen scholing dan wel uitleg gehad over het werken in het systeem Re-Act van Amarant. Het systeem Argus van GGzE is tevens niet geschikt voor De Verbinding, omdat het voor de medewerkers van Amarant niet mogelijk bleek te zijn op over te stappen naar het registratiesysteem Argus van GGzE. Dit om de reden dat het niet was om van één cliënt op één dag door verschillende medewerkers toegepaste vrijheidsbeperkende maatregelen betrouwbaar vast te leggen. De psychiater en de geneesheer-directeur van De Verbinding hebben voorgesteld om de vrijheidsbeperkende maatregelen en dwangbehandelingen vast te leggen op papier.

Door de medewerkers van De Verbinding worden niet alleen verschil tussen het beleid van Amarant en GGzE ervaren.

Zij merken ook verschil tussen de cultuursvormen van beide organisaties. GGzE is van mening dat het binnen de cultuur van Amarant normaal is om vrijheidsbeperkende maatregelen sneller en gemakkelijker toe te passen. Ook wordt er een groot verschil ervaren met betrekking tot de administratieve lasten.

De Inspectie is van mening dat dwangbehandelingen veel voorkomen binnen De Verbinding. Ook vrijheidsbeperkende maatregelen worden volgens de Inspectie veelvuldig toegepast. Dit is tegenstrijdig met het beleid van beide organisaties, omdat beide organisaties in hun beleid hebben opgenomen dat zij zo min mogelijk vrijheidsbeperkende maatregelen mogen inzetten. Wat ook als knelpunt is ervaren is dat er in De Verbinding in beginsel gebruik werd gemaakt van behandelplannen van Amarant. Deze behandelplannen werden door de medewerkers van De Verbinding gezien als erg omvangrijk. Er werd toen gekozen om behandelplannen volgens format van GGzE te gebruiken. Dit had als gevolg dat ten tijde van het bezoek van de Inspectie geen van de cliënten een volledig en actueel behandelplan had. Ook is gebleken dat de cliënten zelf hun behandelplan hadden ondertekend, ondanks dat zij hun behandelplan niet konden lezen dan wel konden begrijpen. Ook was de wilsbekwaamheid van de cliënten ter zake van het ondertekenen van het behandelplan niet beoordeeld.

Ook zijn er tekortkomingen omtrent de separeerruimte van De Verbinding. De De is niet voorzien van een dag- of datumaanduiding. Tevens kunnen de cliënten niet naar buiten kijken, terwijl dit volgens de wet wel verplicht is. Daarbij is het separeerreglement niet volledig genoeg. In het separeerreglement staat niet opgenomen dat de cliënten het recht hebben om te klagen, terwijl het beleid van GGzE dit wel voorschrijft. Daarnaast is gebleken dat het voor een groot deel van de medewerkers niet duidelijk is of de dak- of doelgroep leidend is voor het beleid van De Verbinding. De Verbinding is gevestigd in een pand van GGzE, wanneer de "dakgroep" leidend is, is het beleid van GGzE leidend. De cliënten die in De Verbinding verblijven zijn verstandelijk gehandicapt. De doelgroep is dan ook verstandelijk gehandicapt. Wanneer de "doelgroep" leidend is voor De Verbinding, is het beleid van Amarant leidend.

Tijdens het onderzoek is naar voren gekomen dat de doelgroep en dus de VG-zorg leidend is voor het beleid van De Verbinding. Om die reden is art. 38 Wet Bopz van toepassing voor De Verbinding.

Tot slot hebben de medewerkers tijdens het onderzoek aangegeven dat zij graag met de Inspectie in gesprek willen. Tijdens dit gesprek willen zij aangeven dat zij de huidige situatie als lastig ervaren. Daarbij zouden ze graag willen weten wat de verwachtingen van de Inspectie zijn.

5.2 **Aanbevelingen**

In deze paragraaf worden de aanbevelingen geformuleerd. Deze aanbevelingen worden gegeven op basis van de eerder geformuleerde conclusies.

Registratiesysteem

Aanbevolen wordt om het systeem van Amarant, Re-Act, verder te ontwikkelen. Tijdstellingen en perioderegistraties dienen mogelijk te worden gemaakt. Hierdoor zal er een valide overzicht ontstaan van de toegepaste vrijheidsbeperkende maatregelen binnen De Verbinding. Ook dienen alle medewerkers scholing te krijgen voor de toepassing van dit systeem. In het bijzonder zullen de medewerkers met een GGzE-achtergrond hier behoefte aan hebben. De geneesheer-directeur en psychiater van De Verbinding kwamen zelf met de oplossing om de vrijheidsbeperkende maatregelen en dwangbehandelingen schriftelijk vast te leggen. Dit wordt echter afgeraden, omdat papierwerk sneller zoek kan raken. Ook zou dit aspect aan de Inspectie moeten worden voorgelegd. De medewerkers stellen de mening van de Inspectie erg op prijs. Het verder ontwikkelen van het systeem zal veel geld kosten en tijdrovend zijn. Toch weegt dit niet af tegen de voordelen.

Separatie/afzondering

Het is belangrijk dat voor de vrijheidsbeperkende maatregel separatie en de vrijheidsbeperkende maatregel afzondering de juiste term wordt gebruikt. Niet alleen om de reden dat dit wettelijk gezien twee verschillende vrijheidsbeperkende maatregelen zijn, maar ook om de reden dat de registratie hiervan juist moet zijn. Wanneer dit niet wordt gedaan, krijgt de Inspectie niet de juiste meldingen. Dit is een kleine verandering die geen tijd dan wel geld gaat kosten. Wel kan het als lastig worden ervaren, omdat het een gewenning voor Amarant kan zijn om de term afzondering te gebruiken.

Separeerruimte

Het separeerreglement dient te worden aangepast. De Verbinding is van mening dat het separeerreglement juist is opgesteld conform de regels van GGzE. Dit is echter onjuist. Het klachtrecht van de cliënten staat niet opgenomen op het separeerreglement. Dit dient zo snel mogelijk te worden opgenomen in het separeerreglement. Dit is een kleine en goedkope aanpassing en zal dan ook op korte termijn uitgevoerd kunnen worden. Ook dient er naast de klok die recent in de separeerruimte is opgehangen een dag- en datumaanduiding te worden geplaatst.

Op de lange termijn dient de separeerruimte te worden aangepast waardoor de cliënten wel naar buiten kunnen kijken. Indien aanpassen niet mogelijk is, zal de separeerruimte ergens anders in het gebouw gerealiseerd dienen te worden.

Gesprek met de Inspectie

Tijdens het onderzoek hebben de medewerkers van De Verbinding aangegeven dat zij graag met de Inspectie rond de tafel willen gaan zitten. Zij willen graag bij de Inspectie kenbaar maken dat zij de huidige situatie lastig vinden. Er wordt sterk aanbevolen om hier gehoor aan te geven. Dit houdt in dat er op de korte termijn een gesprek dient te worden gepland tussen de Inspectie en leiding van De Verbinding. Hier zou tevens iemand van de werkvloer bij kunnen aanschuiven. Die kan immers goed aangeven wat hij als lastig ervaart op de werkvloer.

Vastleggen regels betreffende cameratoezicht

Amarant moet de regels betreffende cameratoezicht beter vastleggen op schrift. Er dient een uitgebreid protocol te komen over toezicht op cliënten middels camera's. In dit protocol dient op zijn minst te staan: wanneer de camera aanstaat, dat de cliënt geïnformeerd dient te worden wanneer de camera aanstaat, wat er wordt gedaan indien er geen overeenstemming met de cliënt is over het gebruik van cameratoezicht, hoe het beeldscherm wordt neergezet en wie de beelden kan zien. Dit protocol moet er komen om de reden dat alle medewerkers moeten weten hoe zij dienen om te gaan met cameratoezicht.

Dak- of doelgroep

Voor een groot gedeelte van de medewerkers is het op dit moment niet duidelijk of de dak- of doelgroep leidend is voor De Verbinding. Om die reden dient er op korte termijn een voorlichting te worden ingeroosterd. In deze voorlichting dient aan alle medewerkers uitgelegd te worden dat de doelgroep leidend is voor De Verbinding. Hier hoort ook een uitleg bij over de veldnormen die nageleefd dienen te worden.

Evaluatie

In de evaluatie wordt het onderzoeksrapport geëvalueerd. De evaluatie zal zich richten op het onderzoeksproces dat aan deze scriptie ten grondslag ligt. Hierbij dient eerst vermeld te worden dat de resultaten van dit onderzoek verband houden met de eisen en wensen van Amarant.

In dit onderzoeksrapport is onderzoek gedaan naar de knelpunten in De Verbinding die ontstaan door de beleidsvormen van Amarant en GGzE met inachtneming van het wettelijk kader. De rapportages van de Inspectie gaf in beginsel al een goed beeld van de knelpunten die zich voordoen in De Verbinding. Voor meer diepgang diende de wet- en regelgeving te worden geraadpleegd. Ook werden er interviews afgenomen bij meerdere werknemers. Hierdoor werd de problematiek meer helder.

De Inspectie dient in de toekomst wel regelmatig te controleren, zodat de knelpunten zich niet nog een keer voor gaan doen. Ook is er een taak voor de Inspectie weggegeld als begeleider. De medewerkers dienen begeleid te worden in het proces van het wegnemen van de knelpunten.

Literatuurlijst

Documenten Amarant

Cliëntrapportages naar aanleiding van inspectiebezoek individuele toetsing dwangbehandeling in het kader van artikel 38 Wet Bopz, Inspectie voor de Gezondheidszorg; Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

Handreiking bij beoordelen wils(on)bekwaamheid, laatst gewijzigd op 20 oktober 2014.

Protocol afzonderen/separeren Amarant

Rapport audit, opvolging inspectie audit De Verbinding, 10 tot en met 27 oktober 2014.

Visiedocument Amarant Groep: aan de slag met (minder) vrijheidsbeperkingen, 27 maart 2014.

Grimbel du Bois e.a. 2010

M. Grimbé du Bois e.a., *Ketenzorg aan cliënten met een verstandelijke beperking en forensische psychiatrische problematiek*, 2010.

Documenten Overig

GGzE 2014

Protocol Dwangtoepassingen BOPZ, geldig voor: GGzE, september 2014.

GGzE 2014

Protocol Separeren, geldig voor: GGzE, juli 2014.

GGzE 2014

Protocol Wilsbekwaamheid en soorten vertegenwoordiging, geldig voor: GGzE, februari 2014.

GGZ Nederland 2012

ARGUS, registratie van vrijheidsbeperkende interventies in de geestelijke gezondheidszorg, GGZ Nederland 2012.

Ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties 2012

Informatieblad Bouwbesluit 2012, cel en andere ruimte voor het insluiten van personen, 2012.

VGN 2013

Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland, *Veldnorm voor afzonderings- en separeervoorzieningen in de Gehandicaptenzorg (eisen, aandachtspunten en voorbeelden voor de bouw)*, 2013.

Elektronische bronnen

www.amarantgroep.nl
www.dejongepsychiater.nl
www.dwangindezorg.nl
www.eerstekamer.nl
www.efp.nl
www.igz.nl
www.invoorzorg.nl
www.overheid.nl
www.vgn.nl

Handboeken

Handboek Forensische Zorg, Den Haag: Ministerie van Veiligheid en Justitie 2013.

Handboek signaleringsplannen, Den Dolder: G. Schols 2005.

Jurisprudentie

HR 21 februari 2014, ECLI:NL:HR:2014:412.

Literatuur

Buijsen & Hermans 2006

M.A.J.M. Buijsen & H.E.G.M. Hermans, *Recht en gezondheidszorg*, Maarssen: Elsevier gezondheidszorg 2006.

Dörenberg e.a. 2013

V.E.T. Dörenberg e.a., *Web van regels – een juridische analyse van vrijheidsbeperking in de zorg voor jongeren en jongvolwassenen met een lichte verstandelijke beperking*, Leiden: Hogeschool Leiden 2013.

Drost & Groen 2003

M. Dorst & H. Groen, *Handboek forensische geestelijke gezondheidszorg*, Utrecht: De Tijdstroom Uitgeverij 2003.

Duijst 2009

W.L.J.M. Duijst, *Gezondheidsstrafrecht*, Deventer: Kluwer 2009.

Frederiks 2004

B.J.M. Frederiks, *De rechtspositie van mensen met een handicap – Van beperking naar ontplooiing*, Maastricht: Sdu uitgevers 2004.

Koot & Tenneij 2006

J.M. Koot & N. Tenneij, *Doelgroep in beeld*, Amsterdam: Vrije Universiteit Amsterdam 2006.

Leenen 2011

H.J.J. Leenen e.a., *Handboek gezondheidsrecht deel 1*, Den Haag: Boom Juridische uitgevers 2011.

Meersbergen & Verbogt 2007

D.Y.A. van Meersbergen & S. Verbogt, *Hoofdstukken over gezondheidsrecht*, Groningen: Wolters-Noordhoff 2007.

Teeuwen 2012

M. Teeuwen, *Verraderlijk gewoon: licht verstandelijk gehandicapte jongeren, hun wereld en hun plaats in het strafrecht*, Amsterdam: Uitgeverij SWP 2012.

ZonMw 2014

ZonMw 2014, *Thematische Wetsevaluatie Gedwongen zorg*, Den Haag: ZonMw 2014.

Parlementaire stukken

Kamerstukken II 2009/10, 32 398, nr. 3

Kamerstukken II 2009/10, 32 399, nr. 3

Staatscourant nr. 19502, 11 juli 2014

Wet- en regelgeving

Besluit klachtenbehandeling Bopz

Besluit middelen en maatregelen Bopz

Besluit patiëntenvertrouwenspersoon Bopz

Besluit rechtspositieregelen Bopz

Bouwbesluit 2012

Burgerlijk Wetboek

Europees Verdrag voor de Rechten van de Mens

Grondwet

Interimbesluit forensische zorg

Wet Bijzondere Opnemingen in Psychiatrische Ziekenhuizen

Wetboek van Strafrecht

Wetboek van Strafvordering

Begrippenlijst

Gedetineerde

Een persoon ten aanzien van wie de tenuitvoerlegging van een vrijheidsstraf of vrijheidsbenemende maatregel in een inrichting plaatsvindt (conform art. 1 sub e Penitentiaire beginselenwet).

Psychiatrische aandoening

Een psychische aandoening (ook wel geestesziekte of psychiatrische stoornis) is een aandoening die wordt gekenmerkt door afwijkende ervaringen en gedrag

Psychogeriatrische

De wetenschap betreffende het ontstaan, de behandeling en de preventie van psychische stoornissen, gerelateerd aan de ouderdom