

**Toelichting
Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische
ziekenhuizen (Wet bopz)**

Januari 2015

Toelichting Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Wet bopz)

Inhoud

Voorwoord.....	3
Uitgangspunt en doel.....	3
Reikwijdte.....	3
Belangrijkste onderwerpen.....	4
Gedwongen opname met Rechterlijke Machtiging (RM) of Inbewaringstelling (IBS)	4
Voorlopige machtiging	4
Voorwaardelijke rechterlijke machtiging.....	5
Zelfsbindingsmachtiging	6
Rechterlijke machtiging op eigen verzoek.....	6
Inbewaringstelling (IBS).....	6
Bepalingen m.b.t. de interne rechtspositie van de onvrijwillig opgenomen patiënt.....	7
Mededeling behandelverantwoordelijke	7
Fouilleren van patiënt	7
Overzicht huisregels en rechten	7
Aanleg patiëntendossier	7
Bewaartermijn	8
Inzagerecht:	8
Behandelingsplan opstellen.....	8
Dwangbehandeling	9
Middelen of Maatregelen	9
Beperking fundamentele rechten	10
Recht op overplaatsing	10
Klachtrecht	10
Verlof en ontslag	11
Patiëntenvertrouwenspersoon	11
Relatie met andere wetgeving.....	11
Relatie met de WGBO	11
Relatie met Wet Klachtrecht Cliënten Zorgsector (WKCZ).....	12
Vragen uit de praktijk.....	12
Werking Wet bopz	12
Opname	13
Welke arts schrijft de geneeskundige verklaring voor een last van de IBS?	14
Binnen welke termijn moet een IBS procedure rond zijn?	14
Toestemming en informatie	15
Dwang	16
Privacy / dossier /geheimhouding.....	18
Klachtrecht	20
Ontslag, verlof en overplaatsing	21
Bijlage 1: Schema dwangbehandeling meerderjarige volgens art. 38c bopz.....	24
Schema Middelen of Maatregelen (M/M) meerderjarige volgens art 39 bopz	24

Voorwoord

In de afgelopen jaren is er een aantal wetwijzigingen in de Wet bopz in werking getreden (meest recent de wijziging van artikel 51 lid 3 Wet bopz, zie pagina 11). De wijzigingen zijn voor zover van belang verwerkt in de tekst. Momenteel ligt er een wetsvoorstel in de Tweede Kamer om de huidige Wet bopz te vervangen door de Wet Zorg en Dwang en de wet Verplichte GGZ. Indien die wetsvoorstellen aangenomen worden zal de toelichting worden aangepast. Meer informatie over de wetsvoorstellen en het verloop van deze voorstellen: www.dwangindezorg.nl.

Deze toelichting beoogt medewerkers in de ggz meer inzicht te geven in de Wet bopz. Allereerst zal het uitgangspunt en het doel van de Wet bopz toegelicht worden. Daarna wordt de samenhang met andere wetgeving besproken en de belangrijkste wetsartikelen zullen worden uitgewerkt. Tot slot volgen er praktische voorbeelden die de wet verduidelijken.

Indien u vragen en/of opmerkingen over de toelichting of de Wet bopz heeft dan kunt u contact opnemen met een van de juristen van GGZ Nederland via 033-4608900 of via zorgenrecht@ggz nederland.nl.

Uitgangspunt en doel

De Wet bopz maakt het mogelijk om onder bepaalde voorwaarden personen die gestoord zijn in hun geestvermogens en daardoor gevaar veroorzaken tegen hun wil in op te nemen in een psychiatrisch ziekenhuis; ook is het mogelijk door het stellen en naleven van voorwaarden het gevaar buiten de kliniek af te wenden. Onvrijwillige opname is uitsluitend mogelijk als iemand door een psychische of psychiatrische stoornis een gevaar vormt voor zichzelf, voor anderen of voor zijn omgeving. Bovendien moet het zo zijn dat dit gevaar niet op een andere, minder ingrijpende manier kan worden afgewend. Tot slot moet iemand onvoldoende bereid zijn om zich te laten opnemen.

Onder een psychische of psychiatrische stoornis worden psychiatrische aandoeningen, dementie en verstandelijke beperking verstaan. Voor mensen met dementie of een verstandelijke beperking gelden afwijkende regels ten opzichte van mensen met een psychiatrische aandoening. Deze toelichting gaat slechts in op de regels die gelden voor psychiatrische aandoeningen

Het doel van de wet is om de patiënten rechtsbescherming te bieden, daar onvrijwillige opname een vorm is van schending van een grondwettelijke bepaling: vrijheidsbeneming. De Wet bopz regelt de externe (criteria waaraan de patiënt en de situatie moeten voldoen, wil de rechter instemmen met een gedwongen opname) en interne rechtspositie (geheel aan regels inzake de rechten en verplichtingen van een tegen zijn wil opgenomen persoon) van deze patiënten die geen bereidheid tonen tot vrijwillige opname en verblijf in een psychiatrisch ziekenhuis. Daarnaast regelt de wet enkele aanvullende onderwerpen, zoals de dossiervorming, administratie, de taken van de patiëntenvertrouwenspersoon, de rol van de Inspectie voor de Gezondheidszorg en de officier van justitie.

Reikwijdte

De wet heeft betrekking op alle instellingen met een bopz-aanwijzing. Een overzicht van deze instellingen is te vinden in de ['Regeling aanmerking psychiatrische ziekenhuizen'](#).

Belangrijkste onderwerpen

Gedwongen opname met Rechterlijke Machtiging (RM) of Inbewaringstelling (IBS)

Voor elke gedwongen opname is een RM of IBS nodig indien de persoon geen blijk geeft van de nodige bereidheid tot opname en ouder is dan 12 jaar of indien de persoon jonger is dan 12 jaar en de ouders geen toestemming willen geven voor opname of het onderling niet eens zijn.¹

Een RM tot gedwongen opname wordt door de rechter gegeven indien:

- betrokkene gevaar veroorzaakt;
- het gevaar veroorzaakt wordt door een stoornis van de geestvermogens;
- het gevaar niet door tussenkomst van personen of instellingen buiten een psychiatrisch ziekenhuis kan worden afgewend.

Het voor gedwongen opname vereiste gevaar kan bestaan uit:

- Gevaar voor betrokkene zelf, zoals bijvoorbeeld:
 - het gevaar voor suïcide of het bij zichzelf toebrengen van ernstig lichamelijk letsel;
 - het gevaar van maatschappelijke teloorgang;
 - het gevaar van ernstige zelfverwaarlozing;
 - het gevaar dat betrokkene met diens gedrag de agressie van anderen oproept;
- Gevaar voor anderen, zoals bijvoorbeeld:
 - het gevaar dat betrokkene een ander doodt of een ander ernstige lichamelijk letsel toebrengt;
 - het gevaar voor psychische gezondheid van de ander;
 - het gevaar van verwaarlozing van degene, aan de zorg van betrokkene toevertrouwd;
- Gevaar voor de algemene veiligheid van personen of goederen.

De Wet bopz biedt verschillende mogelijkheden om gevaar af te wenden, namelijk:

- Voorlopige machtiging
- Voorwaardelijke machtiging
- Zelfbindingsmachtiging
- Machtiging op eigen verzoek
- Inbewaringstelling (IBS)
- Machtiging tot voortgezet verblijf
- Voortzetting van de IBS

Voorlopige machtiging

De Officier van Justitie kan zelfstandig een verzoek tot een RM indienen. De volgende personen kunnen een verzoek tot het vorderen van een RM bij de Officier van Justitie indienen:

¹ Meer informatie over het geven van toestemming bij vrijwillige behandeling van minderjarigen: GGZ Nederland, ['notitie toestemming behandeling minderjarigen in het kader van de WGBO'](#) (2012)

- de echtgenoot of partner;
- (groot)ouder(s);
- (klein)kinderen;
- Broer of zus;
- Oom of tante;
- Voogd, curator of mentor van betrokkene.

De rechter maakt zijn beslissing om een machtiging te verlenen op basis van een geneeskundige verklaring, opgesteld door een onafhankelijk verklarend arts en door het horen van de betrokkene en eventueel anderen zoals familie of een behandelend psychiater. De geneeskundige verklaring dient opgesteld te zijn door een psychiater die niet betrokken is bij de behandeling² of door de geneesheer-directeur als betrokkene al vrijwillig in zorg is. De geneesheer-directeur mag dan niet zelf betrokken zijn bij de behandeling; indien dit wel het geval is dan wordt een onafhankelijk psychiater gevraagd.

Het doel van de voorlopige machtiging is om het gevaar die de geestesstoornis veroorzaakt weg te nemen. De machtiging is maximaal zes maanden geldig, te rekenen vanaf het moment dat de machtiging wordt afgegeven door de rechter. Het is mogelijk deze termijn te verlengen door na de voorlopige machtiging een machtiging tot voortgezet verblijf aan te vragen.

Betrokkene moet binnen 14 dagen na het afgeven van de voorlopige machtiging worden opgenomen, anders verliest de machtiging zijn geldigheid.

Voorwaardelijke rechterlijke machtiging

Deze machtiging is een preventieve machtiging, die bedoeld is om opname in een instelling te voorkomen. De machtiging kan worden verleend indien de rechter van oordeel is dat het gevaar ten gevolge van de stoornis buiten het ziekenhuis kan worden afgewend door het stellen en naleven (patiënt toont de nodige bereidheid) van voorwaarden. De duur van de machtiging is maximaal 6 maanden en kan elke keer voor maximaal 1 jaar verlengd worden.

De voorwaarden voor deze machtiging zijn:

- de betrokkene heeft een geestesstoornis;
- dóór deze geestesstoornis veroorzaakt de persoon een gevaar voor zichzelf of zijn/haar omgeving;
- dat gevaar kan worden afgewend door het stellen en naleven van voorwaarden die een opname in een psychiatrisch ziekenhuis voorkomen;
- de betrokkene is ouder dan twaalf jaar;
- de betrokkene zal zich onder behandeling stellen van de behandelaar;
- bij het verzoek van de officier van justitie zit een behandlingsplan dat na overleg met betrokkene is opgemaakt door de psychiater die de behandelaar van de betrokkene zal zijn;
- bij het verzoek is een geneeskundige verklaring gevoegd van een psychiater die betrokkene kort tevoren heeft onderzocht maar niet bij diens behandeling betrokken was;
- in het verzoek aan de rechtbank staat een psychiatrisch ziekenhuis waarin de betrokkene zal worden opgenomen in geval van omzetting naar een voorlopige Rechterlijke Machtiging;

² HR 16 oktober 2009, LJN BK0342: in algemeen wordt aangenomen dat ten minste een jaar moet zijn verstreken tussen het moment waarop de psychiater voor het laatst behandelcontact met de betrokkene heeft gehad, en het moment waarop die psychiater zijn onderzoek verricht. Afhankelijk van de intensiteit van betrokkenheid kan de tijdsperiode langer of korter zijn.

De voorwaarden, naast de voorwaarde dat betrokkene zich onder behandeling stelt volgens het behandelingsplan, hebben betrekking op het gedrag van de patiënt. Ze moeten wel in verband staan met het gevaar dat de betrokkene zou kunnen veroorzaken. Daarnaast zullen de voorwaarden doelmatig, proportioneel en subsidiair moeten zijn.

Indien de betrokkene de voorwaarden uit de machtiging niet meer naleeft, kan de machtiging omgezet worden in een voorlopige machtiging. De omzetting kan ook na een verzoek van de patiënt hiertoe plaatsvinden. Omzetting is tevens mogelijk indien het gevaar, ondanks de naleving door betrokkene van de voorwaarden zodanig oploopt dat opname noodzakelijk is. De geneesheer-directeur (g-d) is uiteindelijk degene die de beslissing neemt tot omzetting. Daarmee is de voorwaardelijke machtiging omgezet in een voorlopige machtiging. Alvorens de g-d een beslissing neemt, wordt de patiënt gehoord over zijn voornemen en wordt de patiënt onderzocht door een onafhankelijk psychiater of de g-d zelf. Daarna beslist de g-d en hij maakt deze beslissing schriftelijk kenbaar aan de patiënt. De griffier van de rechtbank wordt eveneens in kennis gesteld van de omzetting.

Zelfbindingsmachtiging

Er zijn twee vormen van zelfbinding. De eerste is een verklaring tot opname, verblijf of behandeling. De tweede is een verklaring tot een bepaalde behandeling. Hierbij stelt een reeds vrijwillig *opgenomen* patiënt een verklaring op waarin hij aangeeft welke behandeling hij wil ondergaan op het moment dat een bepaalde situatie zich voordoet. Als de situatie zich voordoet en de patiënt verzet zich, dan kan de behandeling toch plaatsvinden. Hiervoor is niet vereist dat de patiënt een gevaar oplevert, dit in tegenstelling tot alle andere Bopz maatregelen, waardoor deze machtiging een preventieve werking heeft. Indien zich een situatie voordoet die niet is opgenomen in de zelfbindingsmachtiging en de patiënt veroorzaakt gevaar, dan zal er een voorlopige machtiging en/of een IBS moeten worden aangevraagd.

Meer informatie over zelfbinding: [Rijksoverheid, 'over de wet BOPZ, zelfbinding' \(2007\)](#)

Rechterlijke machtiging op eigen verzoek

De patiënt heeft ook de mogelijkheid zelf te verzoeken om een rechterlijke machtiging, bijvoorbeeld als hij twijfelt of zijn motivatie tot vrijwillige behandeling blijft. Hij dient dan een schriftelijk verzoek in bij de rechtbank voorzien van een behandelplan, geneeskundige verklaring en de instelling waar hij graag wil verblijven. De voorwaarden waaraan de rechter toetst zijn dezelfde als bij de voorlopige machtiging. De duur van deze machtiging is minimaal een half jaar en maximaal één jaar. Deze machtiging kent geen verlenging. Als de machtiging eindigt en indien nodig kan de patiënt vrijwillig opgenomen blijven of kan er een voorlopige machtiging of IBS aangevraagd worden.

Inbewaringstelling (IBS)

Dit is een noodmaatregel die genomen moet worden door de burgemeester, als er sprake is van zo onmiddellijk dreigend gevaar dat de normale procedure tot het verkrijgen van een voorlopige machtiging niet afgewacht kan worden. Het systeem van de wet voorziet erin dat de rechter op korte termijn toetst of de IBS terecht door de burgemeester is afgegeven en kan worden voortgezet. De voortzetting vindt plaats op grond van een 'machtiging tot voortzetting van de IBS'. Deze machtiging duurt maximaal drie weken waarin de officier van justitie kan beslissen of hij een 'gewone' rechterlijke machtiging wenst. De overige voorwaarden voor een IBS zijn (cumulatief):

- er is een ernstig vermoeden dat een stoornis van de geestvermogens het gevaar doet veroorzaken (dit blijkt ook uit de medische verklaring van een onafhankelijk verklarend arts);
- het gevaar kan niet door tussenkomst van personen of instellingen buiten een

- psychiatrisch ziekenhuis worden afgewend;
- betrokkene is 12 jaar of ouder en geeft geen blijk van de nodige bereidheid om zich vrijwillig op te laten nemen; of jonger dan 12 jaar en ouders geven geen blijk van bereidheid of verschillen onderling van mening
 - het gevaar is zo onmiddellijk dreigend dat een rechterlijke machtiging niet afgewacht kan worden.

Een ieder kan de burgemeester op de hoogte stellen van het feit dat een persoon direct gevaar oplevert. In de praktijk is het vaak de huisarts of de GGD. Als de burgemeester besluit dat de patiënt niet voldoet aan de voorwaarden van IBS dan is het mogelijk om een voorwaardelijke of voorlopige machtiging aan te vragen, immers in dit geval hoeft er geen sprake te zijn van *onmiddellijk dreigend gevaar*.

Bij een IBS is het voldoende dat het ernstige *vermoeden* bestaat dat het gevaar wordt veroorzaakt door een geestesstoornis.

Bepalingen m.b.t. de interne rechtspositie van de onvrijwillig opgenomen patiënt

In Hoofdstuk III van de Wet bopz is een aantal regels opgenomen die de interne rechtspositie van de patiënt regelt. In de rechtspraak³ is gesteld dat ook in klinieken waar zowel bopz patiënten als TBS'ers verblijven je recht houdt op de rechtspositie die je titel weergeeft, dus voor de bopz patiënten gelden de bepalingen van de Wet bopz. Er is nog discussie gaande of de interne rechtspositie van een Bopz patiënt in een TBS instelling met de komst van de Wet forensische zorg wijzigt. Wij houden u hierover via GGZ Connect op de hoogte. De interne rechten van de bopz patiënt zijn:

Mededeling behandelverantwoordelijke

Bij opname wordt door de instelling vastgesteld wie verantwoordelijk is voor de behandeling. De naam van de verantwoordelijke wordt zo spoedig mogelijk medegedeeld aan de patiënt en naastbetrokkenen.

Fouilleren van patiënt

Bij of na de opname mag de patiënt gefouilleerd worden waarbij voorwerpen ontnomen mogen worden die een gevaar kunnen opleveren voor de veiligheid of voor de goede gang van zaken in het ziekenhuis. De patiënt krijgt een bewijs van ontvangst waarin deze voorwerpen omschreven staan.

Overzicht huisregels en rechten

De patiënt ontvangt z.s.m. na opname een overzicht van de huisregels en zijn wettelijke rechten. De huisregels mogen de vrijheid van handelen van de patiënt niet verder beperken dan nodig is voor een ordelijke gang van zaken in het ziekenhuis. Voor meer informatie over huisregels: GGZ Nederland, ['model huisregels'](#) (2009)

Aanleg patiëntendossier

Na opname krijgt de patiënt zo spoedig mogelijk de schriftelijke mededeling dat zijn behandelgegevens worden opgenomen in een voor hem aan te leggen patiëntendossier. In

³ Rb. Utrecht 11 augustus 1999, kBJ 1999/66 en Raad voor de strafrechttoepassing en jeugdbescherming 30 januari 2009, BJ 2009/32, rechtbank Zutphen op 21 juli 2011, LJN BR4854

het dossier wordt in ieder geval aantekening gehouden van:

- het behandelingsplan en de voortgang minimaal per maand in de uitvoering van dit plan;
- de medewerking van patiënt aan de uitvoering van het behandelplan;
- de geestelijke en lichamelijke gezondheid van de patiënt (waaronder een beslissing over wils(on)bekwaamheid en een eventuele vertegenwoordiging);
- de op hem toegepaste behandeling;
- de effecten van die behandeling;
- achtergrond behandelingsplan (redenen, voorstellen);
- toepassing van middelen of maatregelen (redenen en aard);
- afschriften van documenten rond RM/IBS, inclusief de geneeskundige verklaring;
- eventueel bewijs van ontvangst van afgenomen (gevaarlijke) goederen;
- opname- en ontslaggegevens;
- rapporten uitgebracht door of aan de inrichting betreffende de ten uitvoerlegging van de opgelegde maatregel van de tbs;
- adviezen en aantekeningen

De aantekeningen worden gehouden op een zodanige manier en met zodanige regelmaat dat zij duidelijk inzicht geven in het ziekteverloop.

Bewaartermijn

De Wet bopz geeft een bewaartermijn voor de gegevens van vijf jaar na het einde van de bopz-maatregel van de patiënt. Deze gegevens mogen niet eerder vernietigd worden, zelfs niet op verzoek van de patiënt. Officiële beschikkingen, zoals genoemd in art. 56 van de Wet bopz moeten ten minste vijf jaar na dagtekening van de beschikking en ten hoogste tot vijf jaar na het einde van het verblijf van de betrokkene in het ziekenhuis op grond van de machtiging of last tot IBS worden bewaard. Daarna dient alles vernietigd te worden.

Deze termijn geldt voor alle afschriften van rechterlijke beslissingen en de uittreksels daarvan en voor de beslissingen van de burgemeester. Ook de geneeskundige verklaringen mogen niet langer dan vijf jaren worden bewaard in het patiëntendossier.

Overige bopz stukken dienen ook na 5 jaar verwijderd te worden, tenzij het goed hulpverlenerschap vergt dat je de stukken langer bewaart. Bv. als patiënt na het einde van de behandeling in het kader van de Wet bopz vrijwillig in zorg blijft.

Meer informatie over bewaartermijnen: GGZ Nederland, [notitie verjaringstermijnen en bewaartermijnen](#), 2013.

Inzagerecht:

De patiënt heeft inzagerecht en kan een afschrift van de gegevens in zijn dossier krijgen.

Meer informatie over het inzagerecht en de dossierplicht: GGZ Nederland, [‘toelichting WGBO’](#), 2013.

Behandelingsplan opstellen

Zo spoedig mogelijk na opname stelt de behandelverantwoordelijke een behandelingsplan op. Een behandeling van een patiënt kan alleen plaatsvinden op basis van een behandelingsplan. Het behandelingsplan bevat therapeutische middelen die gericht dienen te zijn op het behandelen van de stoornis, of zo dat niet mogelijk is op het zodanig wegnemen van het gevaar dat de betrokkene niet langer in het ziekenhuis hoeft te verblijven. Dit betekent dat er de middelen instaan die worden aangewend om het in het plan geformuleerde doel te bereiken. Deze middelen moeten zo geformuleerd zijn dat het mogelijk is ze te toetsen aan de resultaten die bereikt zijn.

Het opstellen van het behandelingsplan gebeurt na overleg met de patiënt (dan wel zijn

wettelijk vertegenwoordiger of schriftelijk gemachtigde), met degene die de patiënt voorheen behandelde en met de huisarts van de patiënt. Dit betekent dat er geen overeenstemming bereikt hoeft te worden, maar er dient in het dossier aangegeven te worden waarom er geen overeenstemming is bereikt.

Dwangbehandeling

Uitgangspunt is dat behandeling alleen plaatsvindt voor zover is voorzien in het behandelingsplan en hierover overeenstemming is bereikt met de patiënt of, indien deze wilsonbekwaam is, met diens wettelijke vertegenwoordiger. Behandeling kan dan plaatsvinden zolang de patiënt zich hiertegen niet verzet. Indien de patiënt zich wel verzet tegen de uitvoering van het opgestelde behandelingsplan, dan kan die behandeling slechts onder bepaalde voorwaarden worden toegepast.

Het doel van dwangbehandeling is het gevaar dat de patiënt veroorzaakt ten gevolge van zijn geestesstoornis weg te nemen. Alvorens dwangbehandeling in te zetten wordt het volgende getoetst:

- Dwangbehandeling kan slechts worden toegepast – voor zover aannemelijk is dat zonder die behandeling het gevaar dat reden is voor de opneming, niet binnen een redelijke termijn kan worden weggenomen of – voor zover die behandeling volstrekt noodzakelijk is om het gevaar dat betrokkene binnen de inrichting doet veroorzaken, af te wenden;
- Het gevaar dient voort te vloeien uit de geestesstoornis (causaal verband);
- Het gevaar hoeft niet acuut te zijn. Gevaar betekent de kans op onheil, dat wil zeggen dat er nog niets hoeft te zijn gebeurd. Latent (sluimerend) aanwezig onheil kan voldoende zijn;
- Begin en einde van de dwangbehandeling worden gemeld aan de Inspectie voor de Gezondheidszorg via Argus. Dwangbehandeling wordt ook gemeld aan de wettelijke vertegenwoordiger(s), of de (door de patiënt schriftelijk) gemachtigde, of de echtgenoot/partner, of een naaste familiebetrekking van de betrokkene.
- Dwangbehandeling dient niet langer toegepast te worden dan strikt noodzakelijk is. De behandelaar dient de dwangbehandeling te motiveren aan de eisen van doelmatigheid (de ingreep is effectief), proportionaliteit (de ingreep staat in redelijke verhouding tot het doel) en subsidiariteit (er is geen minder ingrijpend alternatief). De behandelaar geeft een afschrift van zijn beslissing tot dwangbehandeling aan de g-d. De maximale termijn voor dwangbehandeling op basis van extern gevaar is 3 maanden. Verlenging is mogelijk, op basis van een beslissing van de g-d.

Middelen of Maatregelen

Middelen of maatregelen die volgens de wet kunnen worden toegepast zijn afzondering, separatie, fixatie, medicatie, toediening vocht en voeding. Middelen of maatregelen kunnen toegepast worden ter overbrugging van een tijdelijke noodsituatie, veroorzaakt door een stoornis van de geestvermogens. De wet regelt wat er mag gebeuren wanneer de zaken uit de hand lopen en de in het behandelingsplan opgenomen behandelingsmiddelen en – maatregelen onvoldoende zijn om de situatie weer onder controle te krijgen.

De middelen of maatregelen staan niet in het behandelingsplan en kunnen ondanks verzet van de patiënt worden genomen. Middelen of maatregelen kunnen niet langer dan gedurende een periode van zeven dagen worden toegepast. Een (behandelend) arts is verantwoordelijk voor de beslissing tot het inzetten van middelen of maatregelen. Toepassing moet zo spoedig mogelijk gemeld worden aan de inspecteur via de voorgeschreven formulieren en via Argus. De IGZ toetst de dwangbehandeling aan de hand van de opgestelde toetsingskaders,

bijvoorbeeld de [veldnorm insluiting](#) (2013) of het toetsingskader terugdringen separeren (2012).

Beperking fundamentele rechten

In individuele gevallen en op bepaalde gronden mag een patiënt beperkt worden in de uitoefening van de volgende fundamentele rechten: recht op ontvangen van bezoek, bewegingsvrijheid in en om het ziekenhuis en vrij telefoonverkeer. De gronden voor beperking zijn:

- wanneer er vrees bestaat dat de uitoefening van het recht nadelige gevolgen kan hebben voor de gezondheidstoestand van de patiënt;
- ter voorkoming van de orde in het ziekenhuis, zoals dit in de huisregels staat omschreven;
- ter voorkoming van strafbare feiten;

Poststukken gericht aan of afkomstig van een patiënt mogen in diens aanwezigheid gecontroleerd worden op meegezonden voorwerpen. De instelling is niet bevoegd post te controleren als de patiënt hierbij niet aanwezig is, dit komt voort uit het in de Grondwet verankerde recht op briefgeheim.

Geen beperkingen mogen patiënten worden opgelegd indien het gaat om poststukken, telefoonverkeer en bezoek van de volgende personen: advocaat/ procureur die als raadsman van de patiënt optreedt, een justitiële autoriteit, de (hoofd)inspecteur of de patiëntenvertrouwenspersoon.

Recht op overplaatsing

De patiënt heeft de bevoegdheid om zelf of via de g-d te verzoeken hem naar een ander ziekenhuis over te plaatsen. De g-d toetst of het verzoek in het belang van de patiënt is en deelt zijn uitkomst schriftelijk en gemotiveerd mee aan de patiënt.

Klachtrecht

In de Wet bopz worden vijf klachtgronden genoemd, waarover geklaagd kan worden volgens een speciale klachtprocedure. Deze klachtgronden zijn een beslissing of gedraging met betrekking tot:

- het besluit een patiënt wilsonbekwaam te oordelen;
- het besluit het (voorgestelde of overeengekomen) behandelingsplan bij verzet van de patiënt uit te voeren;
- het toepassen van middelen of maatregelen in geval van overbrugging van een tijdelijke noodsituatie;
- beperking van fundamentele vrijheden;
- het niet toepassen van het overeengekomen behandelingsplan.

Indien de patiënt een klacht heeft over een ander onderwerp dan betreft dit een algemene klacht waarop de Wet klachtrecht cliënten zorgsector (WKCZ) van toepassing is. GGZ Nederland heeft een model klachtreglement WKCZ/bopz opgesteld, deze is te vinden op de website van GGZ Nederland of klik [hier](#). Hieronder wordt nog ingegaan op de relatie met het algemene klachtrecht.

De patiënt, ieder ander in de instelling verblijvende patiënt en daarnaast ook degene die een verzoek om een rechterlijke machtiging kunnen doen, kunnen tegen een beslissing een schriftelijke klacht indienen bij het bestuur van het psychiatrische ziekenhuis. Een door het bestuur ingestelde klachtencommissie is belast met de behandeling van de klacht, in de praktijk zal de klager zich daarom direct wenden tot de klachtencommissie, waar het bestuur

het adres van kenbaar dient te maken.

Indien de klacht gegrond wordt verklaard, is deze bindend en kan de voor de behandeling verantwoordelijke persoon opgedragen worden een nieuwe beslissing te nemen of een andere handeling te verrichten.

Als de commissie niet tijdig een beslissing heeft genomen of de beslissing inhoudt dat de klacht niet gegrond is, kan de klager de Inspecteur voor de Gezondheidszorg schriftelijk vragen om een verzoekschrift bij de rechter in te dienen ter verkrijging van de beslissing over de klacht. Als de klager zelf de patiënt is kan hij ook rechtstreeks een verzoek bij de rechtbank indienen. De inspecteur behoeft geen gevolg te geven aan het verzoek, indien hij de klacht niet ontvankelijk acht.

Verlof en ontslag

De geneesheer-directeur geeft verlof om het psychiatrisch ziekenhuis tijdelijk te verlaten, indien het gevaar dat de patiënt veroorzaakt zover is verminderd dat tijdelijke terugkeer in de maatschappij verantwoord kan worden geacht. De geneesheer-directeur bepaalt de duur van het verlof en kan eventueel voorwaarden stellen. De voorwaarden moeten betrekking hebben op het gedrag van de patiënt en niet op godsdienstige (bezoeken van kerk) of staatskundige (stemmen) vrijheden.

Voorwaardelijk ontslag wordt verleend indien het gevaar zover is verminderd dat dit verantwoord is en gewenst in het belang van de patiënt.

Ontslag moet worden verleend als de patiënt niet langer lijdt aan een stoornis der geestvermogens of niet langer gevaarlijk is, of als dit gevaar door tussenkomst van personen of instellingen buiten een psychiatrisch ziekenhuis kan worden afgewend. Ook wordt ontslag verleend wanneer de termijn van de RM of IBS verstreken is. Bij het eindigen van de machtiging is het mogelijk dat de patiënt vrijwillig behandeld wordt.

Meer informatie: GGZ Nederland, ['handreiking \(voorwaardelijk\) ontslag'](#), 2012.

Patiëntenvertrouwenspersoon

Deze persoon verleent de patiënt op zijn verzoek advies en bijstand in zaken rond opname en verblijf in het ziekenhuis. Hij informeert de patiënt over diens rechten en ondersteunt hem bij het uitoefenen van deze rechten. De patiëntenvertrouwenspersoon heeft ten allen tijde toegang tot de patiënt en kan vrijelijk met hem spreken. De behandelaar moet de patiëntenvertrouwenspersoon na toestemming van de patiënt alle bescheiden tonen die nodig is om zijn taak uit te oefenen.

Meer informatie over de patiëntenvertrouwenspersoon via de Stichting PVP: www.pvp.nl

Relatie met andere wetgeving

Relatie met de WGBO

De Wet bopz is van toepassing op onvrijwillig opgenomen patiënten, en op patiënten die met een voorwaardelijke rechterlijke machtiging buiten het ziekenhuis verblijven, de WGBO is van toepassing op vrijwillig opgenomen patiënten, of patiënten die vrijwillig ambulante worden behandeld. De WGBO is tevens van toepassing op onvrijwillig opgenomen patiënten in geval van een somatische behandeling of in geval van een psychiatrische behandeling die buiten het bopz-behandelingsplan valt. Het laatste kan het geval zijn indien een persoon behandeld wordt voor een stoornis van zijn geestvermogens die niet het gevaar heeft veroorzaakt op grond waarvan hij was opgenomen, bijvoorbeeld de patiënt heeft een bopz machtiging voor het behandelen van schizofrenie, maar wil daarnaast vrijwillige hulp bij een depressie.

Sinds 1 januari 2015 zijn enkele bepalingen uit de Wet bopz onverkort van toepassing op

forensische patiënten, te weten de personen aan wie de maatregel tot plaatsing in een inrichting voor stelselmatige daders is opgelegd en personen tegen wie voorlopige hechtenis en overbrenging ter observatie is bevolen, indien de tenuitvoerlegging van die maatregel of dat bevel plaatsvindt in een psychiatrisch ziekenhuis.

In het algemeen is de WGBO van toepassing wanneer de Wet bopz geen specifieke regels stelt m.b.t. een bepaald onderwerp. Bij een voorwaardelijke machtiging is de WGBO van toepassing totdat een beroep op de voorwaardelijke machtiging wordt gedaan.

Het behandelingsplan in de Wet bopz wordt beperkt tot die behandelingsmiddelen of maatregelen die gericht zijn op het zodanig wegnemen van het gevaar dat de stoornis van de geestvermogens de betrokkene doet veroorzaken, dat de betrokkene niet langer in het ziekenhuis behoeft te verblijven. Indien dit niet mogelijk is, geschiedt dit door het anderszins wegnemen van het gevaar. Buiten dit beperkte plan is de WGBO van toepassing op de overige behandelingen.

Relatie met Wet Klachtrecht Cliënten Zorgsector (WKCZ)

De Wet bopz kent een speciale klachtenprocedure voor onvrijwillig opgenomen patiënten die een klacht hebben tegen een van de in de wet omschreven beslissingen/gedragingen, zoals hierboven genoemd. De Wet Klachtrecht is van toepassing op alle klachten van vrijwillig opgenomen patiënten en op klachten die niet omschreven staan in de Wet bopz van onvrijwillig opgenomen patiënten.

Het belangrijkste verschil tussen de Wet Klachtrecht en de Wet bopz is dat de Wet bopz voor de klager een mogelijkheid schept om in beroep te gaan bij de rechter door middel van een verzoekschrift.

Vragen uit de praktijk

Werking Wet bopz

Geldt de Wet bopz pas vanaf 12 jaar?

Nee, de Wet bopz kan al gelden vanaf 0 jaar, bijvoorbeeld wanneer de ouders niet mee willen werken aan een noodzakelijk geachte opname of wanneer de ouders onderling van mening verschillen. Dan is een IBS of een RM noodzakelijk; het is niet van belang wat de minderjarige patiënt jonger dan 12 jaar zelf wil.

Indien een kind ouder dan 12 jaar zelf niet bereid is mee te werken aan een noodzakelijk geachte opname, dan is ook een IBS of RM noodzakelijk. Het is dan niet van belang wat de ouders willen.

In veel gevallen zullen er twee machtigingen moeten voorliggen, die van de bopz-rechter op verzoek van de officier en die van de ondertoezichtstellingsrechter op verzoek van de gezinsvoogdij-instelling.

Uit de Wet bopz vloeit voort dat door de officier van justitie verzochte plaatsing moet geschieden krachtens het ouderlijk gezag; opgemerkt dient te worden dat als plaatsing krachtens gezag geschiedt, een bopz-machtiging niet nodig is.

Meer informatie over toestemming voor de behandeling van minderjarigen: GGZ Nederland, 'notitie toestemming behandeling minderjarigen in het kader van de WGBO' (2012)

Is een verslavingszorginstelling een psychiatrisch ziekenhuis in de zin van de Wet bopz?

De meeste intramurale verslavingszorginstellingen zijn psychiatrische instellingen in de zin van de Wet bopz. Vereist is dat de verslavingszorginstelling is aangemerkt als zorginstelling op grond van de Wet bopz. Alle instellingen die zijn aangemerkt, zijn vermeld in de "[Regeling aanmerking psychiatrische ziekenhuizen](#)" van de Wet bopz.

Opname

Een patiënt die in bewaring wordt gesteld, wordt veelal direct in zijn bewegingsvrijheid in en om het ziekenhuis beperkt. Bij een IBS is er geen tijd om daaraan een noodzakelijke beoordeling door de rechter vooraf te laten gaan. Moet er een beoordeling plaatsvinden?

Bij een IBS is sprake van een situatie die zodanig onmiddellijk dreigend gevaar oplevert dat geen beoordeling van een rechter kan plaatsvinden voordat tot vrijheidsbeneming kan worden overgegaan. De beoordeling vindt door de burgemeester plaats. Binnen drie dagen moet door de rechter beoordeeld worden of de IBS wordt voortgezet. Over het algemeen zal de IBS gebruikt worden voor verdere beperkingen op grond van artikel 40 Wet bopz, totdat ook daar duidelijkheid over is ontstaan. De verantwoordelijke behandelaar zal de betrokken patiënt hierover moeten informeren en zo mogelijk horen, en hem wijzen op de mogelijkheid hierover een klacht in te dienen en de PVP om advies te vragen.

Mag een door de geneesheer-directeur gemandateerde psychiater de geneeskundige verklaring als bedoeld in art. 16 (machtiging tot voortgezet verblijf) ondertekenen?

De geneesheer-directeur is degene die bevoegd is de geneeskundige verklaring op te maken in geval van een voortgezet verblijf. Dat past in het systeem van de wet, waarin de geneesheer-directeur een centrale persoon is wanneer het gaat om patiënten die in het ziekenhuis verblijven met een rechterlijke machtiging.

Volgens de definitie van de Wet bopz is onder de bevoegdheid van de geneesheer-directeur tevens te verstaan de arts die, hoewel geen directeursfunctie bekledende, belast is met de zorg voor de algemene gang van zaken op geneeskundig gebied in het psychiatrisch ziekenhuis. Dit moet blijken uit een bestuursopdracht van de Raad van Toezicht⁴.

Als geneesheer-directeur moet ook worden aangemerkt de arts die volgens een binnen het ziekenhuis geldende regeling tot vervanging van de geneesheer-directeur die functie uitoefent (HR 31 mei 1996, NJ 1997, 36, met noot JdB).

Geadviseerd wordt om het beoordelen, opstellen en ondertekenen van een geneeskundige verklaring door psychiaters via mandatering te regelen. Uit de interne regeling en de taakomschrijving dient duidelijk te blijken welke artsen zijn belast met de algemene gang van zaken op geneeskundig gebied op verschillende afdelingen van een (grote) zorginstelling die is aangemerkt als psychiatrisch ziekenhuis in de zin van de Wet bopz.

Wie moet de patiënt officieel op de hoogte stellen van het feit dat er een IBS-procedure is gestart? En wie moet meedelen dat een IBS is voortgezet?

De burgemeester heeft, na het afgeven van de last, de in de Wet bopz omschreven plicht om

⁴ Keurentjes en Zuiderhoudt, 'praktijkreeks Bopz. De geneesheer-directeur', 2003

betrokkene te voorzien van bijstand van een raadsman/-vrouw, om de inspectie en de officier van justitie van de IBS op de hoogte brengen, en de echtgenoot, de wettelijk vertegenwoordiger en de naaste familiebetrekkingen van betrokkene te informeren over de IBS en diens opname.

Met betrekking tot de informatie bij voortzetting van de IBS regelt de Wet bopz niets. De WGBO is dan bepalend waar het gaat om rechten en plichten van hulpverleners en patiënten. De hulpverlener heeft onder meer de plicht de patiënt te informeren over de ontwikkelingen omtrent het onderzoek, de behandeling en de gezondheidstoestand van de patiënt. In de praktijk is het de beoordelend psychiater die uitlegt aan de betrokkene wat er aan de hand is en wat er staat te gebeuren.

In de praktijk komt het regelmatig voor dat tussen het uitschrijven van de geneeskundige verklaring ten behoeve van een IBS en de daadwerkelijke opname uren verstrijken. Wie of welke instelling is dan verantwoordelijk voor de patiënt?

De wet geeft aan dat de burgemeester het tenuitvoerleggen van zijn beschikking tot ibs opdraagt aan 'personen met kennis van de zorg voor geestelijk gestoorden'. In de tussenliggende periode is formeel de psychiater die de geneeskundige verklaring opstelde verantwoordelijk voor de continuïteit van de psychiatrische zorg aan de patiënt, onverlet de verantwoordelijkheid van anderen zoals politie, huisarts of personen die EHBO verlenen. De burgemeester is volgens de Wet bopz verantwoordelijk voor het vervoer en de plaatsing in de instelling.

Welke arts schrijft de geneeskundige verklaring voor een last van de IBS?

De wet geeft aan dat het een bij voorkeur niet behandelend psychiater moet zijn, of zo dat niet mogelijk is, een niet bij de behandeling betrokken arts.

Volgens vaste jurisprudentie is de hoofdregel dat in alle gevallen een niet bij de behandeling betrokken psychiater de geneeskundige verklaring opstelt. Alleen bij de spoedeisende procedure van de aanvraag van de lastgeving tot een IBS is er, mits goed beargumenteerd, enige ruimte dit over te laten aan een niet behandelende arts of de behandelend psychiater. De ruimte die de Wet Bopz laat om een geneeskundige verklaring voor de aanvraag van een lastgeving tot een IBS ook door een arts, niet-psychiater zijnde, te laten opstellen, mag uitsluitend benut worden indien het onmogelijk is dit door een psychiater te laten doen.

Binnen welke termijn moet een IBS procedure rond zijn?

Hoe deze procedure precies moet worden ingevuld, is niet expliciet geregeld in de wet. De verantwoordelijke instanties maken over de IBS-procedure werkbare afspraken (politie, ggz-instellingen, etc.). Meestal stelt een ggz-instelling een protocol op waarin de hele ibs-procedure wordt uitgewerkt. Vaak wordt er in een protocol ook vastgelegd dat indien de situatie zich voordoet tijdens de late avond en nachtelijke uren (bijv. 23:00-08:00) zo spoedig mogelijk, uiterlijk om bijvoorbeeld 10:00 de volgende ochtend, de IBS-procedure wordt afgehandeld. Indien een termijn in een protocol wordt overschreden, valt de rechter daar wel over. Ook acht de rechter van belang de grootte van de instelling (met een ruime expertise in dwangtoepassing) waarbij er eerder consequenties worden verbonden aan het niet naleven van het (zelf opgestelde) protocol

Kan een psychiater het verzoek om een opname met een voorlopige machtiging indienen bij de Officier van Justitie?

Nee. Ingevolge art. 4 kan slechts een beperkt aantal personen zo'n verzoek indienen, te weten: de echtgenoot (of degene die met betrokkene een duurzame gemeenschappelijke huishouding heeft); de ouders dan wel een van hen, voor zover niet van het ontzag ontheven of ontzet; elke meerderjarige bloedverwant in de rechte lijn niet zijnde een ouder (dat zijn de grootouders en de kinderen van betrokkenen); elke meerderjarige bloedverwant in de zijlijn tot in de tweede graad (dat zijn broers en zusters van betrokkene); en tenslotte de voogd, curator of mentor van betrokkene.

De psychiater of de huisarts komen niet voor in dit rijtje. Wel kan de psychiater ongevraagd een geneeskundige verklaring toesturen aan de Officier van Justitie, met de vrijblijvende suggestie (dus geen verzoek) een rechterlijke machtiging te verzoeken. De Hoge Raad heeft deze gang van zaken als een niet ongebruikelijke praktijk geaccepteerd. De Officier van Justitie kan dan ambtshalve een verzoek bij de rechter indienen.

Toestemming en informatie

Wat kan een huisarts doen die wordt geroepen bij een patiënt die een suïcidepoging heeft ondernomen, maar de noodzakelijke hulp - bijvoorbeeld een maagspoeling - weigert?

Iedereen heeft het recht om een behandeling te weigeren. Dit grondrecht is vastgelegd in de WGBO en de Grondwet. Tussen huisarts en patiënt is sprake van een doorlopende behandelingsovereenkomst, waarbij de huisarts wel steeds de toestemming van de patiënt nodig heeft om tot behandeling te kunnen overgaan.

Indien de patiënt geen toestemming geeft voor behandeling, kan de huisarts alleen tot behandeling overgaan nadat is vastgesteld dat de patiënt wilsonbekwaam is en voor de behandeling vervangende toestemming van een vertegenwoordiger is verkregen. Indien de wilsonbekwame patiënt zich verzet tegen de behandeling waarvoor de vertegenwoordiger toestemming heeft gegeven, mag hij slechts tegen zijn wil worden behandeld indien dit kennelijk nodig is ter voorkoming van ernstig nadeel voor de patiënt.

In noodsituaties, waarbij er geen tijd is om vervangende toestemming te verkrijgen, kan onverwijld tot behandeling worden overgegaan indien het strekt ter voorkoming van kennelijk ernstig nadeel voor de patiënt.

In zo'n situatie zal altijd een conflict van plichten ontstaan bij de hulpverlener: aan de ene kant is de hulpverlener gehouden als goed hulpverlener hulp te bieden, aan de andere kant heeft de patiënt recht om die hulp te weigeren. De plicht van goed hulpverlenerschap weegt zwaarder naarmate de patiënt meer in een levensbedreigende situatie verkeert.

In het algemeen kan gesteld worden dat het aanvragen van een IBS om een maagspoeling mogelijk te maken, niet op zijn plaats is (als daar al tijd voor zou zijn). In principe levert dat een oneigenlijk gebruik van de Wet bopz op, die immers alleen regels stelt ten aanzien van gevaarssituaties die voortkomen uit de psychiatrische stoornis. Als de huisarts het nodig acht dat de patiënt per direct de maagspoeling nodig heeft, dan kan hij behandelen op basis van het voorkomen van ernstig (somatisch) nadeel voor de patiënt.

De huisarts dient zich wel te vergewissen van de (negatieve) wilsverklaring van de patiënt, de patiënt kan bijvoorbeeld een non-reanimatieverklaring hebben opgesteld. De hulpverlener dient deze verklaring te beoordelen op wilsbekwaamheid ten tijde van het

opstellen van de verklaring. Indien de hulpverlener van de wilsverklaring wil afwijken dienen hier gegronde redenen voor te zijn.

Is in de Wet bopz ook het informatierecht van familie en naasten van de patiënt geregeld?

Ja, ten aanzien van de gedwongen opname en de toepassing van middelen en maatregelen dient het bestuur van het ziekenhuis de echtgenoot, wettelijk vertegenwoordiger en de naaste familie van de patiënt op de hoogte te brengen. Bij dwangbehandeling worden de echtgenoot, ouders, kinderen of broers en zussen van de patiënt op de hoogte gesteld. Het betreft hier feitelijke informatie waartoe een wettelijke bepaling verplicht; overige informatie wordt niet verstrekt omdat deze immers onder de geheimhoudingsplicht van de hulpverleners valt.

Meer informatie over het beroepsgeheim: GGZ Nederland, '[handreiking beroepsgeheim](#)', 2012. en de [Wegwijzer beroepsgeheim in samenwerkingsverbanden](#) 2014.

Is de patiënt verplicht om het behandelplan te ondertekenen?

De Wet bopz stelt deze eis niet, maar de zorgverzekeraar kan deze eis wel gesteld hebben in de inkoopvoorwaarden. De Wet bopz geeft aan dat het behandelplan in overleg met de patiënt tot stand moet komen. Er is niets op tegen om het plan te laten ondertekenen, immers het maakt de toestemming van de betrokkene zichtbaar. De patiënt kan deze toestemming echter ten allen tijde weer intrekken. Indien de patiënt zich tegen de behandeling zoals in het ondertekende behandelplan verzet, kan de behandeling niet plaatsvinden. De hoofdregel blijft namelijk dat er slechts behandeld kan worden met instemming van de betrokkene.

Dwang

In welk opzicht verschilt de regeling van dwangbehandeling op grond van de Wet bopz met die van de WGBO?

De regels rondom behandeling en dwangbehandeling op grond van de Wet bopz hebben een beperkte reikwijdte. In de eerste plaats moet het altijd gaan om patiënten die met een bopz-maatregel verbonden zijn aan een bopz-instelling. Daarnaast geldt de regeling van de Wet bopz alleen voor die vormen van behandeling die betrekking hebben op het wegnemen van het gevaar dat voortkomt uit de geestesstoornis of de andere gronden voor dwangbehandeling uit art. 38. Het behandelingsplan is gericht op het zodanig wegnemen van het gevaar dat de stoornis van de geestvermogens de betrokkene doet veroorzaken, dat de betrokkene niet langer in het ziekenhuis hoeft te verblijven. Zo mogelijk geschiedt dit door het bewerkstelligen van een verbetering van de stoornis. Indien dit niet mogelijk is, geschiedt dit door het anderszins wegnemen van het gevaar. Het behandelingsplan dient dus primair gericht te zijn op het verbeteren van de stoornis die de patiënt gevaar doet veroorzaken. In de formulering wordt rekening gehouden met de mogelijkheid dat de stoornis zelf niet te verbeteren is, maar dat het gevaar een gevolg is van de stoornis het aangrijpingspunt voor de behandeling moet zijn.

Behandelingen - al dan niet psychiatrisch van aard - die daarbuiten liggen, moeten voldoen aan de regels van de WGBO.

De algemene regels van de WGBO geldend voor de vrijwillig (opgenomen) patiënt, zijn:

1. geen behandeling zonder toestemming van patiënt;

2. bij een ter zake wilsonbekwame patiënt dient toestemming van de wettelijk vertegenwoordiger te worden verkregen,
3. indien een wilsonbekwame patiënt niet meewerkt aan de behandeling waar zijn vertegenwoordiger toestemming voor heeft gegeven, is geen behandeling mogelijk. Dit geldt niet indien de patiënt zelf zonder de voorgestelde behandeling kennelijk ernstig nadeel zou ondervinden (bijvoorbeeld een patiënt met ernstige diabetes wil geen insuline spuiten)
NB: dwangbehandeling op grond van de WGBO bij een wilsbekwame patiënt is dus niet mogelijk!

Bij dwang die van tijdelijke aard is, geeft deze wettelijke regeling enige ruimte om zowel extramuraal als intramuraal, dwang toe te passen in de WGBO-situaties. Daarbij geldt echter een belangrijke grens, die niet expliciet in de WGBO wordt genoemd maar die voortvloeit uit de verhouding tussen de WGBO en de Wet bopz. Die grens houdt in dat een dwangbehandeling op grond van de WGBO niet mag leiden tot een situatie van vrijheidsbeneming. Vrijheidsbeneming behoort immers tot het domein van de Wet bopz. Concreet gesteld kan de hulpverlener aannemen dat een patiënt met WGBO-dwang kortdurend mag worden vastgepakt, bijvoorbeeld om hem een injectie toe te dienen. De hulpverlener kan een dwangbehandeling die gedurende langere tijd gepaard gaat met opsluiting op een afdeling of in een separeer cel, echter niet met een beroep op de WGBO legitimeren. Een dwangbehandeling op grond van de WGBO zal doorgaans dus naar aard en duur beperkt zijn, en veelal een ad hoc karakter hebben ('vrijheidsbeperking'). De hulpverlener moet de dwangbehandeling kunnen legitimeren vanuit de zorg voor de patiënt.

De algemene regels van de Wet bopz geldend voor de gedwongen opgenomen patiënt, zijn:

1. geen behandeling zonder toestemming van patiënt;
2. bij een wilsonbekwame patiënt dient toestemming van de wettelijk vertegenwoordiger te worden verkregen,
3. indien de patiënt zich verzet tegen een (met de vertegenwoordiger) overeengekomen behandeling, is geen behandeling mogelijk tenzij voldaan wordt aan de criteria van art. 38c bopz.

Een patiënt weigert voedsel en vocht. Is het nodig om een IBS aan te vragen om de patiënt onder dwang van voedsel/vocht te voorzien?

Indien de patiënt voedsel/vocht weigert ten gevolge van een psychiatrische stoornis, waardoor vervolgens gevaar ontstaat, zal bezien moeten worden of de patiënt wel of niet bereid is vrijwillig te verblijven. De Hoge Raad heeft beslist dat in sommige gevallen aangenomen mag worden dat er geen sprake is van vrijwillig verblijf. Indien een patiënt vrijwillig binnen de instelling blijft, kan er tot dwangbehandeling worden overgegaan in het kader van de WGBO om ernstig nadeel te voorkomen.

Na toediening van voedsel/vocht (in principe geldt hetzelfde voor toediening van medicatie), moet de hulpverlener de afweging maken: of IBS of RM aanvragen, of binnen afzienbare tijd stoppen met dwang. De WGBO-dwang is echt ad hoc bedoeld of om een noodsituatie (ernstig nadeel) af te wenden zonder dat er tijd was om vervangende rechtsgeldige toestemming van de wettelijk vertegenwoordiger te vragen of te verkrijgen..

Indien er redenen zijn om aan te nemen dat de patiënt geen blijk geeft van de nodige bereidheid tot verblijf en aan alle voorwaarden voor een onvrijwillige opname is voldaan, behoort een onvrijwillige opname ex Wet bopz tot de mogelijkheden. De hulpverlener moet de afweging maken of een IBS dan wel een RM aangevraagd moet worden.

Na opname via hetzij een IBS hetzij een RM is de Wet bopz van toepassing.

Voor meer informatie: Zie schema's behandelingsmogelijkheden op grond van de WGBO en bopz', bijlage 1.

Kinderen onder de 12 jaar mogen slechts op een afgebakend terrein buiten spelen onder toezicht van een hulpverlener. Wordt de kinderen hiermee een beperking van hun bewegingsvrijheid opgelegd?

Nee, patiënten die met een maatregel van de Wet bopz zijn opgenomen, kunnen onder omstandigheden beperkt worden in hun bewegingsvrijheid in en rond het ziekenhuis (art. 40 bopz). Jonge patiënten die opgenomen zijn, vallen onder de verantwoordelijkheid van de instelling. De instelling dient zorg te dragen voor de veiligheid: ongeacht of het gedwongen opgenomen dan wel vrijwillig opgenomen kinderen zijn. Zeker bij jonge kinderen, die gevaar slecht kunnen inschatten, is direct toezicht door b.v. afgebakend spelen op een overzichtelijk terrein, een vereiste. Daarnaast worden kwaadwillende bezoekers die ongezien contact kunnen leggen (aanbieden drugs, seksuele handelingen etc.) geweerd. Informatie hierover voor opname, of vlak na de opname is wenselijk. De cliëntenraad van de instelling dient hierover geïnformeerd te worden.

Kent de Wet bopz de mogelijkheid van ambulante dwangbehandeling?

Het is op grond van de Wet bopz mogelijk om patiënten onder 'drang' te behandelen buiten een instelling, indien de rechter een voorwaardelijke machtiging heeft afgegeven. De voorwaardelijke machtiging kan slechts worden afgegeven indien de stoornis van de geestvermogens betrokkene gevaar doet veroorzaken en het gevaar buiten een psychiatrisch ziekenhuis slechts door het stellen en naleven van voorwaarden kan worden afgewend. Dit wordt bepaald door een psychiater die de betrokkene met het oog daarop kort tevoren heeft onderzocht, maar niet bij diens behandeling was betrokken. De rechter zal een voorwaardelijke machtiging slechts verlenen indien een behandelingsplan is samengesteld na overleg met de betrokkene door de psychiater die verantwoordelijk zal zijn voor de behandeling. Momenteel is het wetsvoorstel Wet verplichte ggz in behandeling bij de Tweede Kamer. Deze wet biedt meer mogelijkheden om de patiënt ambulant gedwongen te behandelen, daar de wet meer een behandelingswet is in plaats van een opnamewet. Via GGZ Connect houden we u hierover op de hoogte.

Privacy / dossier / geheimhouding

Welke bewaartermijnen gelden voor de behandeldossiers in de bopz ?

De hoofdregel voor de bewaartermijnen wordt gegeven in de WGBO, die uitgaat van een bewaartermijn van vijftien jaar na vervaardiging van de gegevens. Op verzoek van de patiënt kan eerder tot vernietiging overgegaan worden. Naar de letter van de wet moet de hulpverlener gegevens vijftien jaar bewaren, te rekenen vanaf het tijdstip waarop zij zijn opgesteld. Dat betekent dat de termijn van vijftien jaar aanvangt op het moment dat de hulpverlener de gegevens vervaardigt. Dit leidt tot het onpraktische resultaat dat de verschillende stukken die in de loop van de behandeling ontstaan, elk hun eigen termijn hebben. In gevallen dat iemand regelmatig en over enige jaren achtereen van de diensten van de hulpverlener gebruik maakt, zou de hulpverlener zodoende elk jaar moeten nagaan welke gegevens van de patiënt vernietigd moeten worden en welke niet. Door het einde van de behandeling te nemen als datum waarop de bewaartermijn aanvangt,

wordt aan dit bezwaar tegemoet gekomen. In de literatuur wordt aangegeven dat dit een reëlere optie is. In de praktijk wordt dit als standpunt ook breed gedragen. De WGBO maakt geen onderscheid tussen dossiers van minderjarige patiënten en die van meerderjarige patiënten betreffende de bewaartermijn. In de praktijk wordt echter vaak het belang onderstreept om gegevens van minderjarige patiënten in elk geval te bewaren tot het moment waarop ze volwassen zijn. Zo is het binnen de Jeugdgezondheidszorg en jeugd-ggz gebruikelijk om gegevens te bewaren tot vijftien jaar na het bereiken van de meerderjarige leeftijd, dus tot het 34^e levensjaar. Het verdient aanbeveling om de aanvang van de bewaartermijn van medische gegevens van minderjarigen te laten ingaan op het moment dat zij meerderjarig zijn. Alle medische gegevens uit de jeugd zijn op die manier in elk geval tot het 34^e levensjaar beschikbaar. De minderjarige heeft zo zelf altijd de mogelijkheid het eigen dossier geheel in te zien en daarmee ook de mogelijkheid over deze gegevens te beschikken en te beslissen. De wijze waarop de WGBO hier wordt ingevuld, is strikt genomen niet in overeenstemming met de letter van de WGBO, maar sluit aan bij de praktijk en wensen van het veld.⁵ De Jeugdwet die per 1 januari 2015 van toepassing is op alle vormen van jeugdhulp, inclusief de jeugd-ggz, kent ook een bewaartermijn van 15 jaar. De bestaande praktijk van bewaren tot het 34 levensjaar, kan ook hier gehanteerd worden, met dezelfde argumentatie als bij de WGBO termijn. Ouders en minderjarigen die in staat zijn deze informatie te begrijpen, zullen hierover door de hulpverlener moeten worden geïnformeerd.

De Wet bopz geeft een bewaartermijn voor de gegevens van vijf jaar na het einde van de bopz-maatregel. Deze gegevens mogen niet eerder vernietigd worden, zelfs niet op verzoek van de patiënt. Langer bewaren is wel mogelijk, indien dit uit de zorg van een goed hulpverlener voortvloeit.

Officiële beschikkingen, zoals genoemd in art. 56 van de bopz moeten ten minste vijf jaar na dagtekening van de beschikking en ten hoogste tot vijf jaar na het einde van het verblijf van de betrokkene in het ziekenhuis worden bewaard. Daarna dient alles vernietigd te worden. Deze termijn geldt voor alle afschriften van rechterlijke beslissingen en de uittreksels daarvan en voor de beslissingen van de burgemeester. Ook de geneeskundige verklaringen mogen niet langer dan vijf jaren worden bewaard in het patiëntendossier.

Meer informatie over de bewaartermijn: GGZ Nederland '[notitie verjaringstermijnen en bewaartermijnen](#)', 2013

Houdt het overleg van art. 38a lid 5 Wet bopz in dat vorige dossiers door de huisarts of de vorige hulpverlener, zonder toestemming van de patiënt kunnen worden toegestuurd?

Nee. Opvragen kan, maar de vorige hulpverlener of de huisarts moet zijn vertrouwensrelatie met de patiënt niet op het spel zetten door zonder toestemming van de patiënt dossiers toe te sturen. Het overleg moet gaan over het actuele plan, waarvoor wellicht objectieve gegevens uit het verleden te gebruiken zijn. Het gaat er niet om overeenstemming over het behandelplan te bereiken.

Is de instelling verplicht om personen die inzage in of een afschrift van patiëntengegevens willen, naar een legitimatiebewijs te vragen?

Het recht op inzage (of het recht op een afschrift) komt slechts een beperkt aantal personen toe. Naast de patiënt zelf zijn dat de in die artikelen genoemde vertegenwoordigers van de

⁵ Implementatie van de WGBO – deel 3 dossier en bewaartermijnen pagina 32/33

patiënt. Om vast te kunnen stellen of de persoon die om inzage vraagt, werkelijk degene is die hij/zij zegt te zijn, is het ten eerste aan te raden om een geldig legitimatiebewijs te vragen. Daarnaast is de instelling verplicht om de bevoegdheid van de vertegenwoordiger vast te stellen.

Mag een ggz-instelling toezicht houden in de separeercel door middel van videoapparatuur (observatie bij MofM)?

Ja, in de memorie van toelichting op het Besluit Middelen en Maatregelen wordt de mogelijkheid geopperd om doorlopend toezicht te houden via gesloten tv-circuit of anderszins. Een andere vraag is of gebruik gemaakt mag worden van een videoregistratie waarbij de gedragingen van de patiënt op een band worden vastgelegd. Voor registraties met een gericht doel is toestemming van de patiënt nodig. Indien de patiënt vooraf geïnformeerd is en expliciete schriftelijke toestemming heeft gegeven, is registratie mogelijk. Meer informatie: GGZ Nederland, '[notitie cameragebruik in ggz-instellingen](#)', 2013

Klachtrecht

Is de behandeling door de rechtbank van een bopz klacht openbaar?

Ja, tenzij de rechter gebruik wil maken van de mogelijkheid om de deuren te sluiten, bijvoorbeeld ter bescherming van het privéleven van belanghebbenden. De uitspraak vindt plaats in het openbaar. Iedere belanghebbende heeft recht op inzage en afschrift van onder meer de beschikking. De uitspraak kan niet aan derden (geen direct belanghebbende) worden toegezonden zonder dat de uitspraak volledig is geanonimiseerd.

Bij de behandeling van een klacht door de rechtbank, die in eerste instantie door de klachtencommissie ongegrond was verklaard, bleek de rechtbank te beschikken over stukken die bij de behandelaar over wiens beslissing werd geklaagd, niet bekend waren. Is daar iets tegen te doen?

Nee, niet op dat moment. Wel kan de aangeklaagde behandelaar tijdens de zitting vragen in het bezit te worden gesteld van deze stukken. Zo nemen beide partijen een gelijkwaardige positie in bij de klachtenbehandeling. In het kader van een zorgvuldige klachtenbehandeling is het van belang dat de klager en aangeklaagde over dezelfde informatie beschikken. Bij de behandeling van een klacht door de rechtbank kan men zich tot de griffier wenden om de stukken waarover de rechtbank beschikt op te vragen, desnoods door het aanvragen van een korte schorsing.

Is de klachtenregeling van de Wet bopz ook van toepassing op patiënten die op grond van een IBS-procedure verblijven?

De wet staat niet toe dat iemand zonder geldige titel van zijn vrijheid wordt beroofd. Zolang de IBS procedure nog loopt wordt de patiënt van zijn vrijheid beroofd teneinde een

geneeskundige verklaring te verkrijgen. De Hoge Raad⁶ heeft besloten dat iemand gebruik kan maken van de klachtmogelijkheden, daar dit past in de systematiek van de wet. De overweging van de Hoge Raad was dat het hier een maatregel betreft die naar de aard in het stelsel van de wet past. Bovendien kan op deze manier een samenhangende beoordeling door één klachtencommissie mogelijk worden gemaakt, zowel voor als tijdens de opname. Ten slotte vindt de Hoge Raad toepassing van de klachtenregeling Wet bopz gerechtvaardigd omdat die, in tegenstelling tot de WKCZ, toegang tot de rechter geeft.

Ontslag, verlof en overplaatsing

Een patiënt met een inbewaringstelling, die nog niet is voortgezet, wordt overgeplaatst naar een ander APZ in een ander arrondissement. Wie is verantwoordelijk voor het meesturen van de IBS-papieren (lastgeving/verzoek OvJ etc.)?

Nadat de burgemeester de last tot IBS heeft afgegeven, is hij verplicht om onverwijld de Officier van Justitie in zijn arrondissement op de hoogte te stellen en de noodzakelijke papieren te sturen. Indien na aankomst in het APZ blijkt dat de patiënt overgeplaatst moet worden naar een ander arrondissement met een andere Officier van Justitie, zal overplaatsing moeten geschieden onder overlegging van de last van de burgemeester en de geneeskundige verklaring. De geneesheer-directeur van het APZ waarin de patiënt na overplaatsing is opgenomen, geeft kennis van de overplaatsing aan de burgemeester die de last heeft afgegeven. De burgemeester is verplicht om bepaalde personen in kennis te stellen van de overplaatsing, onder wie de Officier van Justitie van het arrondissement waarin de patiënt het eerst was opgenomen. De praktijk wijst echter uit dat dit niet altijd op deze wijze gebeurt. Vaak komt het voor dat papieren zoekraken en niet of niet op tijd op de juiste plaats van bestemming zijn. Voor overplaatsing van de patiënt naar het andere APZ /ggz-instelling geldt hetzelfde: de patiënt moet bij aankomst in het andere APZ of de andere ggz-instelling tezamen met de papieren worden overgedragen.

Indien het andere APZ de patiënt zonder de juiste papieren opneemt, is dat APZ strafbaar. Dit is echter niet het geval indien de patiënt aangeeft vrijwillig te willen verblijven in dat APZ.

Een patiënt die met een RM is opgenomen in een APZ, moet voor aanvullende specialistische psychiatrische behandeling naar een ander APZ. Na de behandeling, die naar verwachting 6 à 8 weken gaat duren, zal de patiënt worden teruggeplaatst. Welk APZ is gedurende de specialistische behandeling administratief en behandelinhoudelijk verantwoordelijk voor de patiënt?

De geneesheer-directeur van het eerste APZ moet zorgdragen voor het vervoer van de patiënt en het meezenden van afschriften van de benodigde bescheiden zoals de rechterlijke beschikking. Indien de patiënt bezwaar maakt tegen de overplaatsing kan hij een klacht indienen bij de klachtencommissie ex Wet Klachtrecht cliënten zorgsector.

Indien het noodzakelijk is dat delen van het patiëntendossier meegaan naar het tweede APZ, dient de geneesheer-directeur van het eerste APZ ook daar zorg voor te dragen. Uit de Wet bopz vloeit voort dat toestemming van de patiënt hiervoor niet vereist is.

⁶ HR 20 maart 2009, BJ 2009/20

Tijdens verblijf en behandeling in het tweede APZ is de geneesheer-directeur van dit APZ behandelinhoudelijk verantwoordelijk, inclusief het opstellen van een behandelingsplan en het bijhouden van relevante aantekeningen in het patiëntendossier. Tevens is hij/zij verantwoordelijk voor het zo spoedig mogelijk kennisgeven van de opname aan de griffier van de rechtbank of het Gerechtshof, die de beslissing tot opname in het eerste APZ heeft genomen. Dezelfde verantwoordelijkheid geldt bij overplaatsing naar een ziekenhuis dat geen psychiatrisch ziekenhuis is in de zin van de Wet bopz. De geneesheer-directeur van het eerste APZ is wel verantwoordelijk voor de geïndiceerde beslissing om de patiënt over te plaatsen naar een algemeen of categoriaal somatisch ziekenhuis.

Bij terugplaatsing naar het eerste APZ is de geneesheer-directeur van het tweede APZ dan wel het tweede ziekenhuis verantwoordelijk voor het vervoer, het meezenden van de nodige bescheiden en het verstrekken van gegevens uit het patiëntendossier. Hiervoor is geen toestemming van de patiënt vereist.

Kan een schriftelijk ontslagverzoek van een weggelopen patiënt, die met een machtiging was opgenomen, maar sinds enkele weken niet meer in het ziekenhuis verblijft, worden gehonoreerd?

Nee, eerst zal de hulpverlener moeten trachten de weggelopen patiënt terug te halen. Voor die tijd kan geen gemotiveerd besluit genomen worden om de machtiging op te heffen. N.B: met betrekking tot de vraag of de aansprakelijkheid van de instelling voor schade - door het weglopen veroorzaakt - blijft bestaan, is de mate van toezicht van belang. Hierbij spelen eerdere ervaringen met de betrokken patiënt (vluchtgedrag, agressief gedrag) een rol.

Wat zegt de wet over plichten van psychiatrische instellingen na ontslag?

Veelal vindt ontslag plaats in overleg met de patiënt. Bij de voorbereiding van het ontslag wordt aandacht besteed aan huisvesting, middelen van bestaan en eventuele nazorg. Indien ontslag plaatsvindt tegen de wens van de patiënt in, heeft de instelling een inspanningsverplichting tot nazorg. Dit wil zeggen dat de instelling 'voldoende' zorg moet besteden aan:

- a) onderdak van de patiënt buiten de instelling (naaste (familie)betrekkingen waarschuwen; adressen geven van voorzieningen in de buurt; heeft patiënt eigen kamer/huis?);
- b) de financiën van de patiënt (kan men zich zelf redden);
- c) behoefte aan nazorg door een andere instelling of hulpverlener, en zo ja welke? De instelling die de patiënt met ontslag/verlof stuurt, moet in overleg met de patiënt een instelling of hulpverlener informeren over het aanstaande ontslag.

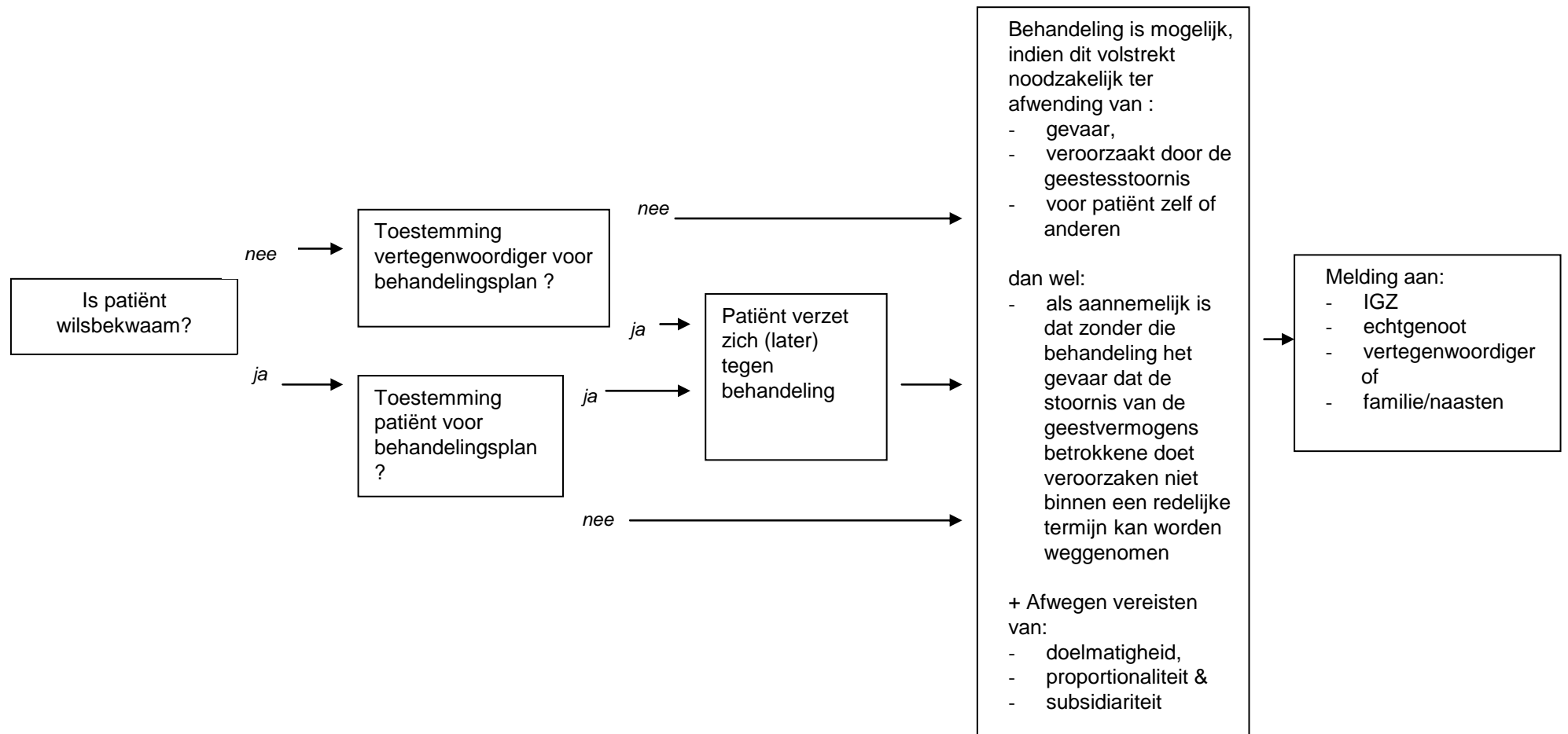
Volgens de Wet bopz kan een patiënt alleen dan met (voorwaardelijk) ontslag of verlof, (zie artikelen 45 lid 1, 47 lid 2 en 48 lid 3) als de geneesheer-directeur tevoren overleg pleegt met de echtgenoot, de wettelijk vertegenwoordiger alsmede de naaste (familie)betrekkingen van de patiënt en hen op de hoogte stelt van het voorgenomen verlof of (voorwaardelijk) ontslag. De echtgenoot, wettelijk vertegenwoordiger alsmede naaste (familie)betrekkingen kunnen in een voorkomend geval de instelling vóóraf waarschuwen als zij van mening zijn dat de mogelijkheden voor een goede opvang (nog) onvoldoende zijn.

Meer informatie over de procedure tot ontslag in het kader van de Wet bopz en de zorgvuldigheidseisen, zie: GGZ Nederland, 'handreiking (voorwaardelijk) ontslag', 2012

Indien een patiënt tegen advies van de hulpverlener de behandeling staakt en de instelling verlaat, heeft de hulpverlener/instelling de plicht als een 'goed huisvader' te handelen. De Kwaliteitswet Zorginstellingen legt bij de zorgaanbieder de plicht om de zorgverlening zodanig te organiseren, dat een en ander leidt tot verantwoorde zorg. Dat betekent dat directies bepaalde protocollen dienen te ontwikkelen, waarvan het protocol 'weggelopen patiënten' er één kan zijn. In dat protocol kunnen de volgende punten staan: zodra signalen worden opgevangen dat een patiënt wil weglopen, wordt contact opgenomen met naaste (familie)betrekkingen voor overleg; in welke toestand verkeerde de patiënt vlak voor het weglopen; is de patiënt gevaarlijk; kan de patiënt zich buiten de instelling handhaven; moet de politie worden gewaarschuwd; moet de huisarts gewaarschuwd worden; zijn er andere personen die geïnformeerd moeten worden?

Meer informatie: GGZ Nederland, 'notitie patiënten die zich onttrekken aan de zorg'. Deze notitie is op te vragen via info@ggz nederland.nl.

Bijlage 1: Schema dwangbehandeling meerderjarige volgens art. 38c bopz



Schema Middelen of Maatregelen (M/M) meerderjarige volgens art 39 Wet bopz

