

Het klachtrecht voor patiënten in de geestelijke gezondheidszorg

A. van den Berg^{**}

Inleiding

Na een parlementaire discussie van ruim 20 jaar trad op 17 januari 1994 de Wet Bijzondere Opnemingen in Psychiatrische Ziekenhuizen (BOPZ) in werking. De BOPZ vervangt de Krankzinnigenwet van 1884. De centrale doelstelling van de wet is de rechtspositie van patiënten die worden opgenomen in een BOPZ-instelling te beschermen en te versterken. De BOPZ regelt de eisen waaraan voldaan moet worden bij onvrijwillige opname in psychiatrische ziekenhuizen, zwakzinnigeninrichtingen en psychogeriatrische afdelingen van verpleeghuizen. Voorts treft men in de BOPZ voor het eerst een uitvoerige regeling aan voor de rechten van patiënten tijdens hun verblijf in de instelling. Nadere regels over de wijze van klachtenbehandeling en over de samenstelling van de commissie zijn te vinden in het Besluit Klachtenbehandeling BOPZ.

Het bleef in de (geestelijke) gezondheidszorg niet bij de BOPZ. Genoemd kunnen worden de Wet inzake de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO) van 1995 en de Wet Klachtrecht Cliënten Zorgsector (WKCZ), in werking getreden op 1 augustus 1996. De WGBO regelt de materiële rechtspositie van de patiënt, terwijl de WKCZ de procedurele positie van de patiënt regelt. De twee laatstgenoemde wetten beperken zich niet tot de psychiatrische patiënt, maar gelden voor het gehele terrein van de gezondheidszorg. Gezegd kan worden dat al deze wetten tot stand zijn gekomen om meer evenwicht in de verhouding tussen patiënt en behandelaar te bewerkstelligen.

* Voorzitter klachtencommissie APZ-Drenthe en voorzitter klachtencommissie GGZ Groningen.

Was vroeger de overheid in het merendeel van de gevallen de handhaver van wetten, nu moeten patiënten vaak zelf het initiatief nemen hun recht geldend te maken.

De BOPZ en de WKCZ kennen de patiënt/cliënt een klachtrecht toe. In dit artikel wil ik aandacht schenken aan de eisen die deze wetten stellen aan de klachtprocedures. Vervolgens zal ik de werkwijze in de praktijk van de klachtencommissie toelichten. Ik besluit met enkele voorbeelden van klachten op basis van mijn ervaring als voorzitter van twee klachtencommissies.

De wettelijke regeling

De klachtencommissie

Op grond van de BOPZ-tekst van 1994 konden klachten behandeld worden door het bestuur van de instelling of door een door het bestuur ingestelde klachtencommissie. In eerste instantie besloten veel ziekenhuizen dat de geneesheer-directeur of de directeur behandelzaken klachten zou gaan behandelen. Dit was vóór het van kracht worden van de BOPZ de normale gang van zaken. De laatste jaren heeft zich in veel ziekenhuizen echter een andere structuur van leiding geven afgetekend. Zo kennen de meeste ziekenhuizen geen directie meer, maar een Raad van Bestuur met daarboven een Raad van Toezicht. Van deze Raden van Bestuur maken de voormalige directieleden deel uit. Al snel na de invoering van de BOPZ zijn er een aantal rechterlijke uitspraken gedaan, inhoudende dat de behandeling van klachten door de geneesheer-directeur of directeur behandelzaken niet toelaatbaar was. De onafhankelijkheid en onpartijdigheid van deze personen zouden niet zijn gewaarborgd. Deze leden van de Raad van Bestuur zouden in wezen een dubbelrol vervullen. Zij hadden de eindverantwoordelijkheid voor de behandeling en tegelijkertijd moesten zij oordelen over klachten betreffende deze behandeling.

In 1996 is de BOPZ gewijzigd. De mogelijkheid dat het bestuur een klacht afhandelt is uit de wet verdwenen, waarschijnlijk naar aanleiding van de genoemde rechtspraak. In Groningen en Drenthe is direct na het van kracht worden van de BOPZ in 1994 gekozen voor een klachtencommissie.

De BOPZ, de AMvB Klachtenbehandeling en de WKCZ laten zich niet of slechts summier uit over de samenstelling van een klachten-

commissie. De AMvB stelt de eis dat de commissie uit drie personen bestaat, waaronder tenminste een jurist en een behandelinhoudelijke deskundige. De WKCZ eist niet de deelname van een jurist aan de besluitvorming, maar verlangt een onafhankelijke voorzitter. De eis van een geheel onafhankelijke commissie wordt dus niet gesteld. In de praktijk wordt met een van de volgende drie modellen gewerkt:

a: een commissie die geheel uit buitenstaanders bestaat.

Deze samenstelling waarborgt de onafhankelijkheid en onpartijdigheid het meest. Een nadeel van een dergelijke samenstelling is dat instellingsmedewerkers een dergelijke commissie al snel als pottekijker zullen zien. Een ander nadeel is dat het commissiewerk bij het toenemen van het aantal klachten veel tijd vergt en het vaak moeilijk zal zijn geschikte kandidaten te vinden die deze tijd kunnen investeren.

b: een commissie die geheel is samengesteld uit inrichtingsmedewerkers.

Patiënten/cliënten zullen de onpartijdigheid van een dergelijke commissie in twijfel kunnen trekken. De instellingsmedewerkers gaven in het begin vaak de voorkeur aan deze opzet, omdat de klachtencommissie hierbij bestond uit die mensen die de meeste feeling hebben met de praktijk. De keerzijde van de medaille is echter dat een commissielid moet oordelen over de beslissing van een collega.

c: een commissie bestaande uit externe leden en instellingsmedewerkers.

In de instellingen waar ik werkzaam ben is gekozen voor een jurist als voorzitter die onafhankelijk is van de instellingen. Omdat de overheid in het geheel niet heeft voorzien in extra financiële middelen voor klachtencommissies heeft men niet meer externe leden aan kunnen trekken. Bij de behandeling van de werkwijze van de klachtencommissie in de praktijk zal ik op dit punt terugkomen.

Inhoud van de klacht

In art. 41 BOPZ en art. 2 WKCZ worden de klachtgerechtigden genoemd. Art. 41 BOPZ noemt limitatief vijf beslissingen waartegen onvrijwillig opgenomen patiënten in een psychiatrisch ziekenhuis kunnen klagen. Deze beslissingen zijn:

1. de wilsonbekwaamverklaring ten aanzien van de behandeling (art. 38 lid 2 BOPZ)

2. dwangbehandeling, d.w.z.: het behandelingsplan wordt toegepast zonder dat daar overeenstemming over bestaat tussen behandelaar en patiënt of de patiënt verzet zich uitdrukkelijk tegen het toepassen van het behandelingsplan (art. 38 lid 5 BOPZ)
3. de toepassing van middelen en maatregelen (art. 39 BOPZ). In het Besluit Middelen en Maatregelen worden de middelen en maatregelen (MenM) die in bepaalde situaties mogen worden toegepast limitatief genoemd. Het zijn: afzondering, separatie, fixatie, medicatie en toediening van vocht en voedsel
4. beperkingen van bepaalde rechten, te weten het recht van de patiënt op het ontvangen van bezoek; het recht op bewegingsvrijheid; het recht op vrij telefoonverkeer alsmede het controleren van post (art. 40 BOPZ);
5. het niet-uitvoeren van een overeengekomen behandelingsplan.

Naast bovengenoemde klachtgronden kende artikel 76 BOPZ elke in het ziekenhuis opgenomen patiënt (dus ook vrijwillig opgenomen patiënten) het recht toe te klagen over jegens hen genomen besluiten en over gedragingen van instellingsmedewerkers. Art. 76 BOPZ, dat als een vangnet diende tot de invoering van de WKCZ is op 1 augustus 1996 geschrapt.

Thans kunnen vrijwillig en onvrijwillig opgenomen patiënten en ambulante cliënten in de psychiatrische gezondheidszorg op grond van art. 2 WKCZ klagen over een gedraging van de instelling of van de in de instelling werkzame personen.

Dwangbehandeling en Middelen en Maatregelen

In de artikelen 38 en 39 BOPZ worden respectievelijk de toepassing van dwangbehandeling en MenM geregeld. Art. 38 eist dat er zo spoedig mogelijk na opname een behandelingsplan wordt opgesteld in overleg met de patiënt of diens vertegenwoordiger (indien de patiënt wilsonbekwaam is). In dit plan dienen therapeutische middelen te worden opgenomen die het gevaar dat de patiënt veroorzaakt, wegnemen. De ideale situatie is dat het behandelingsplan zowel door de behandelaar als de patiënt wordt ondertekend, dus dat er consensus bestaat. Maar ook bij verzet van de patiënt kan, indien dit strikt noodzakelijk is, het behandelingsplan worden toegepast om ernstig gevaar voor hemzelf of anderen te voorkomen. In principe kan er echter niet behandeld worden als een patiënt zich verzet. Dit geldt ook

voor de wilsonbekwame patiënt, ook al hebben vertegenwoordigers met het plan ingestemd. Het uitgangspunt van art. 38 lid 5 BOPZ is:

- indien geen overeenstemming over het behandelingsplan, dan geen behandeling tenzij ernstig gevaar
- indien wel overeenstemming over het behandelingsplan, maar alsnog verzet, dan geen behandeling, tenzij ernstig gevaar
- indien wilsonbekwaam en overeenstemming met wettelijk vertegenwoordiger, maar patiënt verzet zich, dan geen behandeling, tenzij ernstig gevaar.

Artikel 39, lid 1 en 2 BOPZ stelt dat MenM mogen worden toegepast indien er sprake is van een acute noodsituatie, terwijl er (nog) geen behandelingsplan is of het bestaande behandelingsplan daarin niet voorziet. In vakjargon wordt dit MenM-nood genoemd.

In het Besluit middelen en maatregelen staan de middelen en maatregelen die mogen worden toegepast en tevens dat de toepassing ten hoogste zeven opeenvolgende dagen mag duren. Binnen deze termijn zal er dus een behandelingsplan opgesteld moeten worden of zal het bestaande behandelingsplan gewijzigd moeten worden. De zevendagentermijn kan van invloed zijn op het middel dat wordt toegepast. In de meeste gevallen zal bijvoorbeeld geen depot-medicatie kunnen worden toegediend, omdat de werkingsduur hiervan de zeven dagen overschrijdt.

De klachtgerechtigden

De kring van klachtgerechtigden is ruim als het om art. 41 BOPZ-klachten gaat. Naast de patiënt zelf kan elke andere in het ziekenhuis verblijvende patiënt, de echtgenoot, de ouders, meerderjarige bloedverwanten, voogd of curator een klacht indienen.

Klachtgerechtigden op grond van de WKCZ zijn de patiënt/cliënt, de wettelijke vertegenwoordiger of een persoon die de patiënt/cliënt heeft aangewezen. Wanneer de patiënt/cliënt is overleden kunnen nabestaanden een klacht indienen over een gedraging jegens patiënt/cliënt door de instelling of (een van) haar medewerkers.

De patiëntenvertrouwenspersoon (pvp)

De pvp heeft in de BOPZ een wettelijke basis gekregen. Buiten de zwakzinnigen- en verpleeginrichtingen is de pvp verplicht gesteld in

alle psychiatrische inrichtingen. De taak van de pvp is het geven van advies en het verlenen van bijstand aan de patiënt in zaken die samenhangen met zijn opname en verblijf in het ziekenhuis. De pvp kan te allen tijde met patiënten spreken en heeft toegang tot alle ruimten van het psychiatrisch ziekenhuis, waaronder de separeer-ruimten. Bij de behandeling van klachten speelt de pvp in de eerste plaats een bemiddelende rol. Hij zal bij een conflict trachten tot een oplossing te komen waarin partijen zich kunnen vinden. Slaagt deze bemiddeling niet dan kan de pvp de mogelijkheid van het indienen van een klacht opperen. De bemoeienis van de pvp met de klachtprocedure begint meestal met het op schrift stellen van de klacht. Verder zal de pvp de klager, als deze daar prijs op stelt, gedurende de gehele procedure bijstaan.

De praktijk

De samenstelling van de klachtencommissie

Het APZ-Drenthe is zeer voortvarend te werk gegaan met de instelling van een klachtencommissie. Al sinds maart 1994 kent deze instelling een dergelijke commissie. Bij de psychiatrische ziekenhuizen Drenthe en Groot Bronswijk werd de commissie in augustus 1994 geïnstalleerd. Beide commissies bestaan uit een voorzitter en een groot aantal leden uit alle geledingen van de ziekenhuizen, zoals psychiaters, verpleegkundigen en vertegenwoordigers van familie- en bewonersraden. Aan de commissie is een secretaris en een plaatsvervangend secretaris toegevoegd. Er is gekozen voor een grote commissie, omdat de onafhankelijkheid op die wijze het beste gewaarborgd kan worden. Komt er bijvoorbeeld een klacht uit Zuidlaren dan zal de werkcommissie samengesteld worden uit leden van de klachtencommissie uit Wagenborgen. Na de invoering van de WKCZ hebben de commissies een uitbreiding ondergaan, omdat o.a. de Regionale instellingen voor ambulante geestelijke gezondheidszorg en de Regionale instellingen beschermd wonen zich bij de bestaande klachtencommissies aansloten.

De procedure

Direct na binnenkomst van een klacht stelt de voorzitter in overleg met de secretaris een datum voor de hoorzitting vast. Bij een BOPZ-

klacht moet er op zeer korte termijn een hoorzitting geregeld worden omdat de BOPZ de gehele klachtenbehandeling in veertien dagen voltooid wil zien. De leden van de werkcommissie worden uitgenodigd door de secretaris, alsmede wordt een afschrift van de klacht aan klager en aangeklaagde gezonden met een oproep voor de zitting. Vaak is het moeilijk een werkcommissie samen te stellen omdat vooral behandelaars weinig ruimte in hun agenda's hebben. Het secretariaat van de klachtencommissie stelt daarom jaarlijks een lijst op met zittingsdata, met het verzoek aan alle commissieleden deze data vrij te houden. Maar ook dan nog is het vaak lastig binnen de veertien-dagentermijn daadwerkelijk een commissie bij elkaar te krijgen. Dit is een tweede reden - naast het waarborgen van de onafhankelijkheid - waarom de klachtencommissie uit een groot aantal leden bestaat. De zitting vindt plaats in het ziekenhuis waar de patiënt verblijft. Bij aanvang van de zitting wordt aan klager en aangeklaagde gevraagd of zij er bezwaar tegen hebben in elkaars aanwezigheid te worden gehoord. Wordt deze vraag door een van de partijen bevestigend beantwoord, dan vindt het horen buiten aanwezigheid van de andere partij plaats. De voorzitter deelt dan in het kort mee wat er naar voren is gebracht door de tegenpartij. Zowel klager als aangeklaagde kunnen zich ter zitting laten bijstaan. Klager wordt in het overgrote deel van de gevallen bijgestaan door de pvp. Ook kunnen partijen aangeven dat zij getuigen willen laten horen, maar hier wordt in de praktijk nauwelijks gebruik van gemaakt. Na het horen wordt de zitting gesloten en wordt aan partijen meegedeeld dat zo spoedig mogelijk, meestal de volgende dag, de beslissing van de commissie aan hen zal worden bekendgemaakt. Dit wordt door de secretaris telefonisch gedaan. De wetgever verlangt een schriftelijk gemotiveerde beslissing binnen veertien dagen. In de praktijk is deze termijn bijna nooit haalbaar. De beslissing wordt daarom meestal eerst telefonisch meegedeeld. Deze telefonische mededeling wordt door de jurisprudentie getolereerd. De schriftelijke uitwerking van de beslissing wordt daarna zo snel mogelijk aan partijen toegezonden, alsmede in afschrift aan de directie en de inspectie.

De commissie kan een klacht niet-ontvankelijk, ongegrond of gegrond verklaren. Wordt een klacht ongegrond verklaard dan kan de onvrijwillig opgenomen patiënt, in het geval van een art. 41 BOPZ-klacht, hiervan in beroep gaan bij de arrondissementsrechtbank.

Drie praktijkvoorbeelden

Vooropgesteld moet worden dat de klachtencommissies in het Noorden stellig niet de indruk hebben dat er lichtzinnig wordt geklaagd. Dit zal mede komen door het werk van de pvp. In de meeste gevallen worden klachten door de pvp weggenomen door samen met de patiënt de behandelaar aan te spreken. Wil de patiënt echter dat de klachtencommissie zich over de klacht buigt dan zal deze wens geëerbiedigd moeten worden. De eerste tijd na de inwerkingtreding van de wet BOPZ kwamen de meeste klachten van de gesloten afdelingen. Dit is begrijpelijk, omdat op deze afdelingen de meeste patiënten met een inbewaringstelling (ibs) of rechterlijke machtiging (rm) verblijven. Na het van kracht worden van de WKCZ komen er steeds meer bejegeningklachten bij de commissies binnen. Hieronder volgen drie voorbeelden van klachten uit mijn praktijk. De eerste twee gaan over de invulling van het "gevaarscriterium". De derde betreft een kwestie van organisatorische aard (personeelstekort) die vertaald werd in een medische kwestie.

Klacht 1: gevaar voor ernstige (sociale) invaliditeit

Klaagster is met een rm opgenomen op een gesloten afdeling. Zij klaagt over een beslissing die de behandelaar jegens haar heeft genomen, namelijk het voornemen haar tegen haar wil medicatie toe te dienen (art. 38 lid 5 j. art. 41 lid 1 BOPZ). Klaagster stelt ter zitting dat zij zichzelf niet agressief vindt en zich goed voelt. Zij zegt zonder medicatie goed te kunnen leven. Zij heeft buiten de instelling geen financiële of materiële problemen.

Aangeklaagde stelt dat klaagster is opgenomen met een paranoïde psychose en daaruit voortvloeiend gevaarlijk gedrag. Zonder behandeling zal de psychiatrische aandoening - en dus de aanleiding tot de rm - niet veranderen. Klaagster zal tegen maatschappelijke problemen blijven aanlopen (conflicten in haar woonomgeving en een dreigende uithuiszetting). Om de neerwaartse spiraal, waarin klaagster is terecht gekomen, te doorbreken en de psychose te bedwingen, acht hij behandeling met medicatie wenselijk. Hij is van mening dat klaagster een dreigend gevaar voor haar omgeving kan zijn.

De klachtencommissie acht de klacht ongegrond. Zij geeft daarbij de volgende motivering: dwangbehandeling in de zin van art. 38 BOPZ

betekent : het "onder dwang ten uitvoer leggen van een behandelingsplan". Hierbij moet het gaan om therapeutische maatregelen die in het plan vermeld staan. Het in art. 38 BOPZ genoemde ernstige gevaar behoeft zich niet te manifesteren als een acute noodtoestand, maar kan zich ook voordoen als een "voortdurende achteruitgang van de patiënt, noodzakelijkerwijs (zonder ingrijpen) leidend tot de dood, of ernstige invaliditeit van betrokkene" (Tweede Kamer 1980-1981 11270 nr. 17 p. 22). De commissie haalt vervolgens de ervaringen met klaagster gedurende een aantal jaren aan (o.a. onder toezichtstelling van een kind en dreigende woningontuiming) en concludeert dat er gesproken kan worden van een voortdurende geestelijke achteruitgang. Een verdergaande geestelijke achteruitgang zal volgens de commissie leiden tot een steeds groter isolement en sociale invaliditeit. De commissie is derhalve van oordeel dat het toepassen van dwangbehandeling, in de zin van "preventief ingrijpen ter afwending van gevaar als voorzienbaar gevolg van de geestesstoornis", geoorloofd is.

Klaagster diende ex art. 41 lid 11 BOPZ een verzoekschrift in bij de rechtbank om haar klacht alsnog gegrond te verklaren en krijgt daarin gelijk. De rechtbank gebruikt onder meer de volgende overweging: "De rechtbank wil aannemen dat juist is de prognose van aangeklaagde, dat de situatie van klaagster zonder medicatie gaandeweg achteruit zal gaan, maar het is voor de rechtbank niet duidelijk geworden dat die achteruitgang van zodanige aard is "dat deze noodzakelijkerwijs leidt tot ernstige invaliditeit". Het enkele feit dat te verwachten is dat klaagster in de toekomst in een sociaal isolement terecht zal komen en dat zij steeds meer moeite zal hebben zich in de maatschappij te handhaven, acht de rechtbank "onvoldoende".

Deze casus stamt uit 1994. Sindsdien is het gevaarscriterium door verschillende rechtbanken anders uitgelegd; in een aantal gevallen ruimer, hetgeen blijkt uit de volgende casus.

Klacht 2: gevaar voor ernstige (geestelijke) invaliditeit

Klaagster verzet zich tegen de beslissing van de behandelaar om dwangbehandeling in de vorm van medicatie toe te passen. Klaagster verblijft ten tijde van het indienen van de klacht op de gesloten afdeling. Zij is in de jaren voorafgaande aan deze opname enkele

keren poliklinisch behandeld. De diagnose bij opname was een paranoïde psychose met gevaar voor suïcide.

Ter zitting stelt klaagster dat er geen sprake is van een volstreekte noodzaak om dwangbehandeling toe te passen. Klaagster geeft als toelichting dat haar opname een gevolg is van een complot tegen haar door haar echtgenoot en haar dochter. Door haar opname zouden zij haar geld afhandig willen maken. Voorts vertelt zij dat zij een ernstige allergie heeft voor medicijnen.

Aangeklaagde geeft als toelichting op zijn besluit dat klaagster bij opname heeft aangegeven dood te willen. Tevens stelt hij dat er sprake is van gevaar in de zin van sociaal maatschappelijke teloorgang. Klaagster is extreem wantrouwend en achterdochtig. Zonder ingrijpen zal het ziektebeeld van klaagster een chronisch karakter krijgen. Hij stelt dat hoe langer het ziektebeeld van klaagster onbehandeld blijft, des te groter het risico voor klaagster is dat een voor haar ongunstig eindresultaat zal worden behaald. Hij vindt een gedwongen medicatie voor de duur van drie maanden geïndiceerd, waarbij hij aantekent dat speciaal gelet zal worden op allergische reacties bij klaagster.

De klachtencommissie verklaart de klacht ongegrond, onder meer overwegende dat:

"het voor de dwangbehandeling vereiste gevaar daarin is gelegen dat zonder dwangbehandeling klaagster zal worden geconfronteerd met een uitzichtloos psychisch lijden en dat zij ten gevolge van haar achteruitgaande geestesgesteldheid zal geraken in een situatie van maatschappelijk en sociaal verval en van volledig isolement."

Klaagster dient een verzoekschrift in bij de rechtbank, ertoe strekkende dat de rechtbank haar klachten alsnog gegrond verklaart.

Ter zitting stelt klaagster dat er geen ernstig gevaar aanwezig is; haar gedragingen binnen het ziekenhuis zijn in geen enkel opzicht bijzonder te noemen en van suïcidegevaar is geen sprake. Volgens haar rechtvaardigen het eventueel geconfronteerd worden met een uitzichtloos psychisch lijden en het geraken in een situatie van maatschappelijke en sociaal verval en volledig isolement het toepassen van dwangbehandeling niet.

Het standpunt van aangeklaagde is gelijklopend aan hetgeen hij tijdens de zitting van de klachtencommissie heeft gezegd.

De rechtbank overweegt in haar beslissing: "aannemelijk is geworden, dat bij klaagster sprake is van een psychose en dat tengevolge daarvan, volgens algemeen medisch inzicht, onherstelbare schade zal

optreden indien behandeling met medicatie uitblijft. Klaagster heeft zonder die behandeling geen reële vooruitzichten om te herstellen en zal in een situatie van psychisch lijden en maatschappelijk en sociaal verval terecht komen, hetgeen uiteindelijk zeer waarschijnlijk ernstige (geestelijke) invaliditeit tot gevolg zal hebben."

Uit bovenstaande blijkt dat het begrip ernstig gevaar in art. 38 lid 5 BOPZ ruim wordt uitgelegd. Het ziet niet alleen op fysiek gevaar, leidende tot invaliditeit voor de toekomst, maar ook op maatschappelijk en sociaal gevaar, leidende tot geestelijke invaliditeit.

Klacht 3: inperking van het recht op bewegingsvrijheid

Vanwege personeelstekort werd de groep waarvan klager deel uitmaakte aangezegd dat in het geval er te weinig sociotherapeuten op de afdeling aanwezig waren de patiënten op hun kamer moesten verblijven en dat ook het telefoneren beperkt zou worden. Dit "noodprogramma" diende elk groepslid in zijn behandelingsplan op te nemen. Indien men er niet mee instemde ontstond er volgens de behandelaar een "behandelprobleem", hetgeen in het uiterste geval zou kunnen inhouden dat de behandeling zou worden stopgezet en overplaatsing zou volgen. Voor klager zou dit terugplaatsing naar een huis van bewaring kunnen betekenen.

De BOPZ geeft in art. 40 limitatief de volgende gronden aan waarop de in het geding zijnde rechten mogen worden beperkt:

- vrees voor ernstige nadelige gevolgen voor de gezondheidstoestand van de patiënt
- voorkoming van verstoring van de orde in het ziekenhuis, zoals in de huisregels beschreven
- voorkoming van strafbare feiten.

In het behandelingsplan mogen wel individuele afspraken opgenomen worden over de wijze waarop de patiënt van zijn rechten gebruik zal maken.

Allereerst diende de klachtencommissie de vraag te beantwoorden of klager ontvangen kon worden in zijn klaagschrift, omdat het noodprotocol een ieder geldende regeling betrof. Maar vanwege het verstrekkende gevolg in het individuele geval, in casu bij klager terugplaatsing naar een huis van bewaring of gevangenis, oordeelde de klachtencommissie dat klager ontvankelijk was in zijn beklag. Voorts stelde de klachtencommissie dat de regelingen die golden voor de

afdeling waar klager verbleef (o.a. BOPZ, WGBO en de huisregels) de betwiste rechten kunnen beperken, wanneer de patiënt ten gevolge van zijn stoornis een ernstig gevaar voor zichzelf of anderen vormt, waarbij inbegrepen de orde en veiligheid in de kliniek. De klachtencommissie benadrukt dat het in de genoemde regelingen gaat om beperkingen van rechten in situaties die door de patiënt veroorzaakt worden. Vervolgens overweegt de klachtencommissie dat het noodprotocol ziet op situaties die hun ontstaan vinden in buiten de patiënt liggende oorzaken, met name een structureel personeelstekort. Het protocol wordt dan ook in strijd met de voor de afdeling geldende regelingen verklaard.

Ter zitting lichtte aangeklaagde toe dat hij streefde naar "informed consent" en dat hij daarom de patiënten van de afdeling had aangeraden het "noodprotocol" op te nemen in hun individuele behandelingsplannen. Kon men zich hier niet mee verenigen dan kwam de werkrelatie zodanig op het spel te staan dat verdere behandeling op de afdeling niet verantwoord was.

De klachtencommissie overweegt hierover onder meer dat de sanctie die staat op het niet willen opnemen van het "noodprotocol" in de behandelingsovereenkomst disproportioneel geacht kan worden. Van echte vrijwilligheid is geen sprake. De klachtencommissie verklaart de klacht gegrond. Omdat de aangeklaagde noch in de BOPZ noch in de WKCZ een beroepsrecht is toegekend kon tegen deze uitspraak geen beroep worden ingesteld bij de rechtbank.

Slot

Voor mij als jurist is het boeiend om te werken tussen en met mensen die ieder vanuit hun discipline een geschil anders benaderen. Ondanks het feit, dat psychiaters en juristen nogal eens verschillend denken over de uitleg van wetsbegrippen, is de werksfeer tijdens de zittingen goed. Binnen de commissies staan de leden open voor elkaars standpunten en na soms lange, maar interessante discussies komen we meestal tot consensus.

Dat klagers van hun recht gebruik maken of beter bekend zijn met de klachtenregelingen is te zien in een gestage stijging van het aantal klachten per jaar. Dat ook de instellingen klachten serieus nemen kan

afgeleid worden uit het feit dat uitspraken en adviezen van de klachtencommissies veelal door de directie worden overgenomen.

