

## **Klachtrecht in de praktijk**

*Onderzoek naar ervaringen van cliënten met het klachtrecht in de Wet BOPZ*

## Inhoud

	pagina
Gebruikte afkortingen	3
Samenvatting	4
Voorwoord	5
Inleiding	6
Onderzoeksresultaten	9
Conclusies	15
Aanbevelingen	17
Bijlagen:	Ideeën en aanvullende opmerkingen van respondenten Enquête Tabellenboek

### **Gebruikte afkortingen**

Art.	Wetsartikel
Apz	Algemeen psychiatrisch ziekenhuis
BOPZ	Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen
Ggz	Geestelijke gezondheidszorg
IBS	Inbewaringstelling
paaz	psychiatrische afdeling van een academisch of algemeen ziekenhuis
pvp	patiëntvertrouwenspersoon
puk	psychiatrische afdeling universiteit kliniek
RM	Rechterlijke Machtiging

## Samenvatting

Klachten van patiënten moeten serieus behandeld worden. Zeker als de klachten afkomstig zijn van patiënten die gedwongen zijn opgenomen in een psychiatrisch ziekenhuis. Zij vormen een kwetsbare groep. Wat hun ervaringen zijn met het klachtrecht, neergelegd in de Wet Bijzondere Opnemingen in Psychiatrische Ziekenhuizen (BOPZ), staat centraal in deze onderzoeksrapportage.

Eerder werd de BOPZ al twee maal geëvalueerd. In die evaluaties kwam vooral de *sector* aan het woord; de positie van de *cliënten* bleef daarin sterk onderbelicht. Deze rapportage is bedoeld als aanvulling daarop omdat de gepresenteerde resultaten uitsluitend gebaseerd zijn op ervaringen van cliënten.

Het onderzoek spitst zich toe op vier onderwerpen: de informatievoorziening aan de cliënt, de opvang van klachten, de bemiddeling bij klachten en het functioneren van de klachtencommissie.

Op alle vier terreinen is kritiek en blijken verbeteringen mogelijk. Daarbij zien de onderzoekers zowel mogelijkheden voor verbetering van de wet als mogelijkheden voor verbetering in de uitvoering daarvan.

Verbetering van de wet betreft vooral de samenstelling van de klachtencommissie: een onafhankelijke klachtencommissie waarvan *alle* leden onafhankelijk zijn, zou de drempel om een klacht daadwerkelijk in te dienen, kunnen verlagen. Die drempel blijkt nu te hoog. Bovendien zou een vertegenwoordiger van een patiëntenvereniging standaard deel uit moeten maken van de klachtencommissie.

De twee voorstellen voor verbeteringen in de uitvoering richten zich op

1) tijdige en herhaalde voorlichting over het klachtrecht. Nu blijft voorlichting vaak achterwege of ontstaat behoefte aan informatie naderhand, tijdens de opname. Ook de inhoud van het voorlichtingsmateriaal over het klachtrecht is voor verbetering vatbaar. De informatie wordt door een meerderheid onduidelijk en onvolledig gevonden.

2) deskundigheidsbevordering van het personeel en de patiëntvertrouwenspersoon. Daarbij zou het personeel een klacht serieuzer moeten nemen dan nu soms gebeurt, terwijl de patiëntvertrouwenspersoon, die in praktijk erg gewaardeerd wordt, het op bepaalde punten nog beter kan doen.

## Voorwoord

**De eerdere evaluaties van de wet BOPZ** waren voornamelijk gericht op de ervaringen van de geestelijke gezondheidszorg met het klachtrecht. Maar een kleine groep patiënten werd in die evaluaties betrokken. Reden voor Stichting De Ombudsman om samen met de Cliëntenbond een enquête te houden onder ex-psychiatrische patiënten die gedwongen opgenomen zijn geweest.

**Stichting De Ombudsman** is een onafhankelijke landelijke stichting, voortgekomen uit het VARA-programma 'De Ombudsman' en bestaat sinds 1972. De Stichting ondersteunt individuele burgers en toetst, onder andere in samenwerking met universiteiten, de gevolgen van de uitvoering van wetgeving. Daarnaast ondersteunt de Stichting mensen die in het doolhof van wetten en regels de weg kwijt zijn.

**De Cliëntenbond in de Geestelijke Gezondheidszorg** behartigt belangen vanuit gemeenschappelijke ervaringen van leden. Ook organiseert zij onderlinge steun voor alle mensen die een beroep willen gaan doen op instellingen of personen in de geestelijke gezondheidszorg of die door uiteenlopende oorzaken in een kwetsbare en/of achtergestelde positie zijn gekomen ten opzichte van die instellingen.

**Wat duidelijk uit het onderzoek naar voren komt**, is dat de ervaringen met het klachtrecht leiden tot een kritische opstelling. De reacties van degenen die deelnamen aan het onderzoek, laten aan helderheid niets te wensen over. Een greep uit hun opmerkingen ter illustratie:

'Wij willen net als anderen behandeld worden, niet meer en niet minder. Ziek zijn betekent niet dat je geen volwaardig mens meer bent.'

'De patiënt heeft het volle recht gelijk aan iemand die niets mankeert serieus genomen te worden.'

'De patiënt moet zoveel mogelijk zelf de klacht kunnen uiten en bij de procedure betrokken worden.'

'Personeel moet zeer goede kennis hebben over de ernstige bijwerkingen van medicatie en de klachten hierover serieus nemen.'

**Dit rapport wil een bijdrage leveren** aan een goede en cliëntgerichte klachtafhandeling waarbij serieus wordt geluisterd naar een patiënt met een negatieve ervaring, die kan uitmonden in een klacht. Daarbij is de onafhankelijkheid en kwaliteit van een klachtencommissie onontbeerlijk. Juist een klachtencommissie zal over deze eigenschappen moeten beschikken.

Els Prins

Maart 2003

## 1. Inleiding

Klachten van patiënten moeten serieus behandeld worden. Zeker als de klachten afkomstig zijn van patiënten die gedwongen zijn opgenomen in een psychiatrisch ziekenhuis. Zij vormen een kwetsbare groep. Wat hun ervaringen zijn met het klachtrecht, neergelegd in de wet Bijzondere Opnemingen in Psychiatrische Ziekenhuizen, staat centraal in deze rapportage.

In Nederland heeft iedereen recht op zelfbeschikking en is eenieder in beginsel vrij te doen en te laten wat hij wil. Dit zogenoemde zelfbeschikkingsrecht is onder andere neergelegd in de grondwet en is één van de basisprincipes van onze democratie. Soms kan het echter nodig zijn dit zelfbeschikkingsrecht in te perken. Bijvoorbeeld als door de vrijheid van de een, de vrijheid van anderen in gevaar wordt gebracht. Een voorbeeld van een wet die beperkingen op de vrijheid inhoudt, is de Wet Bijzondere Opnemingen in Psychiatrische Ziekenhuizen (BOPZ). Deze regelt onder welke omstandigheden iemand tegen zijn wil kan worden opgenomen in een psychiatrisch ziekenhuis, maar ook bepaalt deze wet de rechtspositie van de patiënt binnen het ziekenhuis.

Het klachtrecht, vastgelegd in artikel 41 BOPZ en nader uitgewerkt in het Besluit Klachtenbehandeling BOPZ, is een van de pijlers onder de interne rechtspositie van de patiënt. Omdat een psychiatrisch ziekenhuis vergaande bevoegdheden heeft om in te grijpen in de bewegingsvrijheid en het zelfbeschikkingsrecht van de patiënt, is het zeer belangrijk dat klachten van patiënten serieus in behandeling worden genomen.

### Aanleiding en doel onderzoek

Wekelijks ontvangt Stichting De Ombudsman vele telefoontjes en brieven aan de hand waarvan problemen worden gesignaleerd. Door die te inventariseren kan de Stichting tekortkomingen in wet- en regelgeving of onjuiste uitvoering daarvan aanwijzen en, via de media, aan de politiek kenbaar maken.

De Stichting komt met name op voor de minder draagkrachtige en zwakkere burger in de samenleving. Ook patiënten met een psychische stoornis die gedwongen opgenomen zijn, maken deel uit van deze doelgroep. Bovendien behoren klachtenregelingen en de uitvoering hiervan al jarenlang tot de speerpunten van het Ombudsmanbeleid.<sup>1</sup>

Gedwongen opgenomen psychiatrische patiënten zullen door hun ziektebeeld veelal moeilijker in staat zijn om schending van hun rechten te herkennen en om voor hun rechten op te komen. Er is sprake van een groep mensen die in bijzondere mate afhankelijk is van zorgverlening, terwijl zij door diezelfde zorgverlening beperkt kunnen worden in hun zelfbeschikkingsrecht. Kwaliteitsbewaking is dus noodzaak. Een klachtenregeling voorziet onder andere daarin.

---

<sup>1</sup> Al eerder, in 2000, is door Stichting De Ombudsman onderzocht in hoeverre klachtregelingen van Algemeen Psychiatrische Ziekenhuizen voldoen aan de regels van de BOPZ.

De Wet Bijzondere Opnemingen in Psychiatrische Ziekenhuizen (BOPZ) is reeds tweemaal geëvalueerd. Beide keren zijn, naar de mening van Stichting De Ombudsman, te weinig patiënten aan het woord gelaten.<sup>2</sup>

Om inzicht te krijgen in het functioneren van de klachtopvang en klachtbehandeling in de psychiatrie meent de Stichting dat patiënten zelf actief naar hun mening moet worden gevraagd. Juist omdat deze patiënten degenen zijn die in de praktijk hebben meegemaakt of de regels goed werken en of de regels op een juiste manier worden uitgevoerd.

Om deze reden heeft Stichting De Ombudsman besloten om, los van de formele wetsevaluatie, patiënten zelf te benaderen met een vragenlijst om hun ervaringen te inventariseren. Met behulp van de antwoorden, zo was de verwachting, zouden knelpunten kunnen worden bepaald. Bovendien zouden op grond daarvan wellicht adviezen kunnen worden geformuleerd ter verbetering van het functioneren van klachtencommissies.

### **Opzet onderzoek**

De BOPZ heeft hoofdzakelijk betrekking op hen die tegen hun wil worden opgenomen in een psychiatrisch ziekenhuis. Voor ons onderzoek beperkten we ons tot de gedwongen opnames in een algemeen psychiatrisch ziekenhuis (apz), een psychiatrische afdeling van een algemeen of een academisch ziekenhuis (paaz) of een psychiatrische universiteitskliniek (puk).

Om zoveel mogelijk (ex-)psychiatrische patiënten te kunnen bereiken, werd samengewerkt met de Cliëntenbond in de Geestelijke Gezondheidszorg. Ruim 1400 vragenlijsten werden in de zomer van 2002 verstuurd onder alle leden van de Cliëntenbond.

De enquête bestond uit een 30-tal vragen, in clusters geordend. De vragen waren verschillend van opzet. Meerkeuzevragen werden afgewisseld met open vragen waar de respondenten de antwoorden konden toelichten.

Het eerste cluster bestond uit een aantal algemene vragen, bedoeld om te kunnen vaststellen of de respondent tot de beoogde doelgroep behoorde. Er werden bovendien vragen gesteld met betrekking tot het type ziekenhuis waarin de respondent was opgenomen en in welke provincie dit ziekenhuis is gevestigd.

Het volgende cluster betrof een aantal vragen over informatie die patiënten wordt gegeven over zowel de patiëntvertrouwenspersoon (pvp) als de klachtencommissie. Dit met het doel de toegankelijkheid en de duidelijkheid van bepaalde, voor patiënten vitale informatie te bepalen.

Het derde cluster bestond uit vragen over de klachtopvang. Hiermee wordt bedoeld het eerste gesprek over de klacht, met personeel of iemand anders. Met wie bespreekt de patiënt zijn klacht in eerst instantie? Voorziet het ziekenhuis in voldoende ondersteuning of kan de patiënt zijn verhaal alleen buiten de ziekenhuismuren kwijt, bij familie bijvoorbeeld?

---

<sup>2</sup> Voor een deel hangt dit samen met beperkende wetgeving, zoals de Wet Medisch Wetenschappelijk Onderzoek met Mensen, waar onderzoeken aan gebonden zijn.

Vervolgens werden vragen gesteld over de klachtbemiddeling. Hoewel in eerste instantie gevraagd werd naar de identiteit van de bemiddelaar, hadden deze vragen voornamelijk betrekking op de functie van de eerdergenoemde patiëntvertrouwenspersoon. In hoeverre werd de pvp bij een klacht betrokken en was men tevreden over de eventuele hulp die de pvp bood?

De klachtenbehandeling door de klachtencommissie, het sluitstuk van het hele interne klachttraject, vormde het laatste cluster. Is de mogelijkheid bekend de klacht in te dienen bij een klachtencommissie, komt de klacht ook daadwerkelijk bij de commissie terecht en wat vindt de patiënt van de mogelijkheid om op een formele manier de klacht te kunnen laten toetsen?

Ter bescherming van de privacy van de respondenten, kon de vragenlijst anoniem worden beantwoord. Om het retourneren van de vragenlijsten zo gemakkelijk mogelijk te maken, kon gebruik worden gemaakt van een antwoordnummer. Wegens deze zomerperiode werd gekozen voor een ruime deadline.

### **Beperkingen van het onderzoek**

De makers van deze rapportage zijn zich ervan bewust dat maar een klein percentage van de respondenten geschikt was om deel te nemen aan de enquête. Bijna de helft van de respondenten was op vrijwillige basis opgenomen en viel hierdoor niet onder de onderzochte klachtregeling van de BOPZ. Vanwege de privacy van de te interviewen personen was het niet mogelijk om, voorafgaand aan de verzending van de vragenlijst, een schifting te maken tussen gedwongen en vrijwillig opgenomen personen.

De gegevens van de niet tot de doelgroep behorende respondenten, zijn in deze rapportage buiten beschouwing gelaten, maar vormen interessante feiten die wellicht in de toekomst als basis kunnen dienen voor nieuw onderzoek.

### **Opzet rapport**

Het volgende hoofdstuk beschrijft de resultaten van het onderzoek. Parallel aan de vragenlijst zijn de resultaten in clusters gegroepeerd. Elke paragraaf omvat een cluster.

De eerste paragraaf heeft betrekking op de algemene gegevens. Leeftijd, geslacht, momenteel gedwongen opgenomen of niet en waar men is opgenomen (geweest). Daarop volgen de paragrafen klachtopvang, klachtbemiddeling en klachtbehandeling. Het hoofdstuk met de resultaten wordt afgesloten met een aparte paragraaf. De respondenten zijn gevraagd om eventuele aanvullende opmerkingen, ervaringen en ideeën over hun rechtspositie tijdens de gedwongen opname.

Omdat op deze vraag ook antwoorden zijn gegeven die in eerste instantie niets met de klachtenregeling te maken hebben, vormen deze opmerkingen een alinea op zich.

Met het oog op de leesbaarheid van het rapport is gekozen voor een opzet zonder al te veel cijfers en tabellen. Aan de hand van concrete voorbeelden en citaten worden de resultaten verduidelijkt. Het tabellenboek en de vragenlijst zijn als bijlage bij dit onderzoek gevoegd.





## 2. Onderzoeksresultaten

In dit hoofdstuk worden de resultaten van de enquête gepresenteerd. Aan de hand van voorbeelden worden antwoorden verduidelijkt en geconcretiseerd.

Van de 1400 benaderde leden van de Cliëntenbond stuurden in totaal 152 de vragenlijst retour. Van dit totaal waren 80 vragenlijsten daadwerkelijk geschikt voor gebruik, omdat de respondenten tot de beoogde doelgroep van het onderzoek behoorden, namelijk gedwongen opgenomen patiënten.

### 2.1 Profiel van de respondenten

Van de 80 tot de doelgroep behorende respondenten waren 37 man en 44 vrouw, in leeftijd variërend tussen de 23 en de 83 jaar. Van hen zijn momenteel 17 gedwongen opgenomen, de rest is eerder gedwongen opgenomen geweest.

Het merendeel in beide categorieën (ongeveer 80%) was/is in een algemeen psychiatrisch ziekenhuis (apz) opgenomen. De resterende 20% was/is opgenomen in een psychiatrische afdeling van een algemeen of academisch ziekenhuis (paaz) of in een psychiatrische universiteitskliniek (puk).

De meeste van de momenteel gedwongen opgenomen cliënten bevinden zich in de provincies Zuid-Holland en Utrecht. De meesten uit de andere categorie waren voorheen opgenomen in de provincies Noord-Brabant en Utrecht.

### 2.2 Informatieverstrekking over klachten

#### 2.2.1 Juridisch kader

Artikel 37 van de BOPZ stelt regels voor het informeren van de cliënt over de huisregels van het ziekenhuis. Zo spoedig mogelijk na opname dient de cliënt, alsmede de naast betrokkenen van de patiënt, schriftelijk op de hoogte te worden gesteld van de huisregels en de rechten die de patiënt heeft in het ziekenhuis. Ook moet het adres worden verstrekt waar de patiënt, indien nodig, zijn klacht kan uiten.

Artikel 41 lid 3 stelt bovendien de eis dat het adres waar de klacht kan worden ingediend op verschillende plaatsen in het ziekenhuis bekend moet worden gemaakt. Het Besluit klachtenbehandeling BOPZ voegt daaraan de eis toe dat in een schriftelijke mededeling bekend moet worden gemaakt op welke wijze van de klachtenregeling kennis kan worden genomen.<sup>3</sup>

#### 2.2.2 Resultaten enquête

Om inzicht te krijgen in de informatieverstrekking werd allereerst gevraagd of tijdens de opname schriftelijk en/of mondelinge informatie is verkregen over de mogelijkheid bepaalde klachten in te dienen bij de klachtencommissie.

Een ruime meerderheid heeft geen informatie ontvangen. Mannen krijgen iets vaker informatie dan vrouwen.

---

<sup>3</sup> Artikel 4a Besluit Klachtenbehandeling BOPZ.

Over de mogelijkheid van het inschakelen van een patiëntvertrouwenspersoon (pvp) wordt beter geïnformeerd.

Het merendeel van de respondenten geeft aan dat zij bij opname informatie over de pvp én over de hulp die een pvp kan bieden, hebben gekregen.

De helft van de geïnformeerde patiënten, heeft de informatie zelf moeten vragen. Dit geldt zowel voor de informatie over de klachtenregeling als over de hulp van de pvp.

*'Als je als normaal mens in de psychiatrie terecht komt weet je niet waar een pvp-er voor staat, zeker in de dagen van separeren. Dit moet worden uitgelegd. In een van de ziekenhuizen kon ik vanuit de separeer zien dat bij klachten een pvp-er te bereiken was en een telefoonnummer werd vermeld. Dit was duidelijk en hoopgevend, alleen had ik niets om op te schrijven'.*

De inhoud van de informatie over de pvp en de klachtencommissie wordt door een meerderheid van de respondenten negatief gewaardeerd. De informatie over de pvp wordt door meer dan de helft onduidelijk en onvolledig bevonden. Tweederde van de respondenten vond de informatie over de klachtencommissie onduidelijk en onvolledig.

Er is zichtbaar behoefte aan meer toegankelijke schriftelijke informatie. Toegankelijk in de zin van duidelijk beschreven maar ook makkelijk verkrijgbaar. Dit blijkt uit de antwoorden op de vraag 'Wat moet het ziekenhuis volgens u eventueel veranderen aan het informeren van cliënten, zodat de informatie duidelijk en volledig is en gemakkelijk te verkrijgen is voor iedereen?'

Schriftelijke informatie wordt door de helft van alle respondenten genoemd. Iets meer dan een kwart vindt het belangrijk dat gecontroleerd wordt of de gegeven informatie daadwerkelijk begrepen wordt door de cliënt. Een klein percentage meent dat de cliënt beter eerst tot rust moet kunnen komen en dat er vertrouwen zou moeten worden opgebouwd alvorens de informatie wordt verstrekt.

*'In mijn geval hing er informatie op een prikbord. Dit is niet voldoende, vooral niet als cliënten gedrogeerd zijn en daardoor niet assertief'.*

*'Er moet volledig en recente informatie worden gegeven. Geen eigen gemaakte regeltjes die telkens veranderen'.*

*'Het ziekenhuis zou meer tijd moeten uittrekken voor informatie. Het uitdelen van een folder en een informatiegesprek van 10 minuten is niet voldoende'.*

Algemeen psychiatrische ziekenhuizen komen wat informatievoorziening over zowel de cliëntvertrouwenspersoon als over de klachtencommissie betreft, beter uit de bus dan de psychiatrische afdelingen van academische of algemene ziekenhuizen en de psychiatrische universiteitsklinieken.

## 2.3 Klachtenopvang

### 2.3.1 Juridisch kader

De klachtprocedure op grond van de BOPZ regelt het behandelen van klachten over beslissingen die gaan over wilsonbekwaamheid, de toepassing van een dwangbehandeling, de toepassing van dwangmiddelen en -maatregelen, opgelegde beperkingen en het niet toepassen van het overeengekomen behandelplan (artikel 41 lid 1).

Bij klachten is het gebruikelijk de klacht in eerste instantie te bespreken met de persoon op wie de klacht betrekking heeft. Of dit ook geldt voor gedwongen opgenomen cliënten is de vraag. De volgende paragraaf geeft onder andere weer of klachten worden besproken. Is dat het geval, dan luidt de vraag met wie, en of men tevreden is over de klachtopvang.

### 2.3.2 Resultaten

Ruim driekwart van het totaal aantal geïnterviewden heeft tijdens opname een klacht (of klachten) gehad met betrekking tot een van bovengenoemde klachtgronden. Vrouwen hebben vaker klachten dan mannen.

Van de mensen met een klacht heeft driekwart de klacht daadwerkelijk geuit tijdens de opname. Vrouwen zijn daartoe eerder geneigd dan mannen. De patiëntvertrouwenspersoon is in de meeste gevallen de persoon waar de klacht mee wordt besproken. Maar een klein aantal bespreekt de klacht met degene op wie de klacht betrekking heeft.

Cliënten vinden het moeilijk hun klacht te uiten wegens het gebrek aan vertrouwen in de afhandeling van hun klacht. Er wordt volgens de respondenten niet of onvoldoende naar hen geluisterd. Een aantal mensen noemt het 'in de war zijn' reden om de klacht niet te uiten tijdens de opname. Bovendien zijn cliënten bang voor represailles.

*'Het is ten strengste verboden om je te uiten!'*

*'Ik had het gevoel dat al mijn rechten me waren ontnomen. Veel beslissingen werden niet of nauwelijks besproken. Nadat ik van de pvp-er had gehoord en deze had ingeschakeld werd het contact tussen mij en de behandelaar alleen maar negatiever.'*

De omgeving bepaalt mede het al of niet bespreken van een klacht. Het idee dat het personeel het toch niet begrijpt, of de ruimte waarin de cliënt zich bevindt (de isoleercel), maakt het er niet gemakkelijker op de juiste persoon te vinden waarmee de klacht kan worden besproken.

De meerderheid van de respondenten antwoordt negatief op de vraag of men tevreden is over de manier waarop de klacht in eerste instantie is opgevangen. Het personeel luistert niet, de klachten worden min of meer ontkend en vervolgens komt men niet meer op de klacht terug. De cliënten voelen zich hierdoor niet serieus genomen en machteloos. Een aantal meent dat wanneer je klaagt, de kwaadheid die de grond vormt van je klacht als 'gek' beoordeeld wordt. Een enkeling heeft het gevoel gehad zijn klacht onder dwang te moeten intrekken.

*'Bang dat dit een goede behandeling in de weg staat.'*

*'Er zou een direct aanspreekpunt moeten zijn om de klacht door te geven. Dit zou de pvp-er kunnen zijn, maar dan moet je hem wel weten te bereiken en daarin is de verpleging vaak niet behulpzaam'.*

Tenslotte blijft een reden van ontevredenheid over de klachtopvang de onduidelijkheid over je rechtspositie als cliënt.

Van 25% van de respondenten die aangaven wel tevreden te zijn, gaf 75% geen motivatie op.

## 2.4 Klachtenbemiddeling

### 2.4.1 Juridisch kader

Hoofdstuk VII van de BOPZ handelt over de taak en bevoegdheden van de patiëntvertrouwenspersoon (pvp).<sup>4</sup> Met de pvp wordt bedoeld, diegene 'die in een psychiatrisch ziekenhuis werkzaam is om, onafhankelijk van het bestuur en van de personen in dienst van het ziekenhuis, cliënten bij te staan'. De pvp verleent bijstand en advies op verzoek van de opgenomen cliënt, om te waarborgen dat de cliënt zijn rechten kan uitoefenen.<sup>5</sup>

Wordt de pvp daadwerkelijk ingeschakeld door de gedwongen opgenomen cliënt? Heeft de cliënt liever een andere bemiddelaar? Deze en andere vragen over bemiddeling bij klachten worden beantwoord in de navolgende paragraaf.

### 2.4.2 Resultaten

Iets meer dan 30% van de respondenten met een klacht heeft zich tot iemand gewend voor bemiddeling. In de meeste gevallen is dit de pvp. Maar ook familie wordt benaderd. Geen enkele keer wordt een lid van de klachtencommissie genoemd als bemiddelaar bij een geschil. Ook hier is het opvallend dat respondenten wel aangeven dat bemiddeling is ingeroepen, maar hier vervolgens verder niet meer op ingaan. 41 % vulde bij de vraag wie er bemiddeld heeft niets in.

Ruim 90% van de mensen die een pvp-er heeft ingeschakeld in deze fase van klachtbemiddeling, is hier zeer tevreden over. De respondenten voelen zich gehoord, serieus genomen en gesteund. Pvp-ers worden over het algemeen deskundig en betrouwbaar geacht.

Enkelen zijn ontevreden omdat hun klacht uiteindelijk niet wordt erkend.

Op de vraag aan welke eisen een bemiddelaar moet voldoen om te mogen bemiddelen bij klachten, staat het vermogen om goed te kunnen luisteren aan top (41,3% van het totaal aantal respondenten).

Deskundigheid op juridisch vlak is ook zeer belangrijk (30%). Maar naast de juridische kennis moet deze persoon ook weten wat het is om ziek te zijn, een ervaringsdeskundige.

---

<sup>4</sup> Het werkterrein van de pvp beperkt zich wettelijk gezien alleen tot de psychiatrische ziekenhuizen.

<sup>5</sup> Besluit patiëntvertrouwenspersoon BOPZ, 3 november 1993.

*'De bemiddelaar moet kennis van wet- en regelgeving hebben, maar vooral inzicht wat een klacht voor gevolg heeft tijdens opname. Je kan een klacht indienen maar je moet wel verder met de verpleegkundige en psychiater van die afdeling'.*

*'Iemand die weet en kan voelen wat de patiënt zelf voelt. De patiënt voelt zelf het beste wat goed en slecht voor hem is. Ook al ben je psychiatrisch ziek'.*

Met het oog op het vertrouwen van de cliënt is onafhankelijkheid en onpartijdigheid van de bemiddelaar van groot belang. De betreffende persoon mag dus niet in dienst zijn van de instelling. De bemiddelaar moet ook openstaan voor en luisteren naar familie en/of andere naasten van de cliënt. Zo'n 6,3% van de respondenten stelt het erg op prijs als de bemiddelaar in staat is klachten al in eerste termijn af te handelen.

## 2.5 Klachtenbehandeling

### 2.5.1 Juridisch kader

Een klacht wordt behandeld door ten minste drie leden van een klachtencommissie. De voorzitter dient niet werkzaam te zijn bij of voor het betreffende psychiatrisch ziekenhuis. Er moet tenminste één jurist zitting hebben in de commissie. Als de klager is opgenomen in een algemeen psychiatrisch ziekenhuis, dan moet ook een psychiater lid zijn van de commissie.<sup>6</sup>

Hoewel klachtencommissies laagdrempelig behoren te zijn, is er nog steeds een zekere terughoudendheid bij cliënten om daadwerkelijk een klacht in te dienen bij een dergelijke instantie. De mening over het indienen van een klacht en de ervaring met de klachtprocedure worden hieronder verwoord.

### 2.5.2 Resultaten

Van het totaal aantal mensen met een klacht die in aanmerking zouden kunnen komen om de BOPZ-klachtencommissie in te schakelen, diende slechts 22% daadwerkelijk een klacht in bij zo'n commissie. Het merendeel van de 'niet-klagers' diende geen klacht in omdat zij niet wisten dat er een klachtencommissie bestond.

*'Er moet goede informatie worden gegeven zodat je weet dat de mogelijkheid er is tot het indienen van een klacht!'*

*'Ik ben nooit op deze mogelijkheid en op die rechten van mij geweest!!'*

Anderen noemden het niet kunnen opbrengen van de energie (suf door medicatie) om een klachtprocedure te starten en het idee hebben dat het allemaal toch niets uithaalt. Een klein deel heeft geen klacht ingediend wegens angst voor de reacties van het personeel; men is bang voor represailles. Tenslotte wordt aangegeven dat de

---

<sup>6</sup> Het aantal klachten dat jaarlijks binnen de psychiatrie aan de artikel 41-commissie wordt voorgelegd, schommelt zo rond de 100 (zie J. Legemaate in *Tijdschrift voor Gezondheidsrecht* 7, 2002, pp.448-56).

In 2000 waren het er 106 op de 11250 gedwongen opgenomen patiënten. Dat geringe aantal lijkt enerzijds te danken aan de bemiddelingsactiviteiten van de pvp maar anderzijds te wijten aan onvoldoende bekendheid bij de patiënt.

procedure vaak te lang is, zodat de klacht waar het om ging eerder vanzelf oplost dan door toedoen van de klachtencommissie.

*'Het is een juridische procedure, ik had het idee dat ik naar een rechtbank moest.'*

Helaas heeft bij deze vraag weer een groot aantal van de respondenten wel de vraag beantwoord of ze wel of niet een klacht hebben ingediend, maar werd het antwoord niet beargumenteerd.

De patiëntvertrouwenspersoon heeft bij 75% van de klagers een bemiddelende rol gespeeld in het contact met de klachtencommissie en tijdens de klachtprocedure. De helft van de klagers was hier ontevreden over, met name omdat hun klacht uiteindelijk werd afgewezen. De pvp biedt in deze fase van klachtbehandeling te weinig ondersteuning en zou volgens de respondenten meer hulp kunnen bieden dan op dit moment wordt verstrekt.

*'Een pvp zou veel meer kunnen doen dan slechts 1 brief schrijven en vervolgens niet meer bij de gesprekken aanwezig zijn'.*

*'Patiënt moet actief benaderd worden en blijven. Patiënt is namelijk overgeleverd aan de hulpverleners en is machteloos'.*

Opvallend waren twee meldingen dat de pvp de klagers zelfs ontraadde de klacht formeel in te dienen bij de klachtencommissie.

*'Ik bleek volgens personen die het op de PAAZ-afdeling voor het zeggen hebben geen recht tot spreken te hebben en moest niet zo moeilijk doen. Ook was een ander argument dat gebruikt en geuit werd tegen mij, het feit dat het geheel mijn schuld was en dus niet moest zeiken'.*

De mensen die tevreden waren over de bemiddeling van de pvp in de klachtenprocedure, vonden dat de pvp de klacht helder en duidelijk kon overbrengen, zich onpartijdig opstelde en uitleg gaf over de gang van zaken.

De ideale klachtenbehandeling door een klachtencommissie moet volgens de respondenten aan de volgende voorwaarden voldoen.

- De leden van de klachtencommissie behoren onafhankelijk te zijn. De leden mogen niet in het ziekenhuis werkzaam zijn en diverse disciplines (ook lotgenoten) moeten in de commissie vertegenwoordigd zijn.
- Bovendien dient de klachtencommissie gemakkelijk toegankelijk te zijn, korte lijnen zijn belangrijk. Voor cliënten in isoleercellen is het noodzaak dat het ook voor hen tijdens separatie mogelijk gemaakt wordt een klacht in te dienen, bijvoorbeeld door de pvp.
- Bij de hoor en wederhoor moet ook de familie van de klager worden betrokken.
- Oprechte belangstelling en steun zijn belangrijk; de klachten moeten niet als 'gekke' worden bestempeld maar serieus worden genomen.
- Een enkele respondent noemt de mogelijkheid/wenselijkheid van publicatie van de uitspraak, bijvoorbeeld voor de cliëntenraden. Dit om openheid van zaken te geven.

*'Ik heb geen klacht ingediend, want na een ernstige medische fraude waarbij meerdere personen waren betrokken, kan een klachtencommissie niet een neutrale houding innemen, omdat het belang van het ziekenhuis voorop staat.'*



## Conclusies

### Informatievoorziening

De informatieverstrekking vanuit de instellingen is onvoldoende. De informatie over de patiëntvertrouwenspersoon is iets beter geregeld dan de informatie over de klachtencommissies. De algemeen psychiatrische ziekenhuizen zijn verder in de informatievoorziening dan de psychiatrische afdelingen van algemene of academische ziekenhuizen en de psychiatrische universiteitsklinieken.

Door de helft van de respondenten wordt aangegeven dat zij zelf om informatie moeten vragen. De informatie die wordt gegeven, wordt door meer dan de helft inhoudelijk niet gewaardeerd. De informatie is onduidelijk en onvolledig. Men is iets positiever over de informatie rond de pvp dan over de informatie rond de klachtencommissie.

### Klachtopvang

Klachten op grond van artikel 41 BOPZ worden in eerste instantie besproken met de patiëntvertrouwenspersoon. Weinig mensen bespreken de klacht met de direct betrokkene, andere personeelsleden of medeciënten uit angst voor represailles of uit angst als 'gek' te worden bestempeld.

Van de respondenten is 61% niet tevreden over de klachtopvang. Er wordt onvoldoende geluisterd en de cliënt voelt zich niet serieus genomen. Het gevoel heerst dat klagen niets uithaalt, omdat men er weinig van terug hoort.

### Klachtbemiddeling

Bemiddeling bij klachten wordt meestal door de patiëntvertrouwenspersoon gedaan. Hierover is men meestal tevreden. Men voelt zich door de pvp 'gehoord' en ondersteund, men kan het vaak niet alleen aan. Echter, het niet krijgen van erkenning, ook door de pvp, blijft een punt van ontevredenheid.

Hoewel men dus over het algemeen tevreden is over de bemiddeling van de patiëntvertrouwenspersoon, is uit het onderzoek naar voren gekomen dat op zowel ziektespecifiek als op het juridisch vlak deskundigheidsbevordering op prijs wordt gesteld.

Een goede bemiddelaar moet volgens alle respondenten voldoen aan de volgende criteria:

1. goed kunnen luisteren;
2. juridisch deskundig zijn;
3. weten wat het is om ziek te zijn (ervaringsdeskundig);
4. onafhankelijk zijn.

### Klachtencommissie

Weinig klachten halen uiteindelijk de klachtencommissie. De voornaamste redenen hiervoor zijn: men is niet op de hoogte van deze mogelijkheid, men weet niet hoe de

klachtenprocedure werkt, of het ontbreekt aan energie om de procedure in werking te zetten.

In de fase van klachtbehandeling door de klachtencommissie zijn cliënten minder tevreden over de rol van de patiëntvertrouwenspersoon dan in de fase van de bemiddeling. Het gevoel er toch alleen voor te staan en het uitblijven van erkenning van de klacht zorgen voor deze ontevredenheid.

Het geringe aantal klachten bij de klachtencommissie is mede te wijten aan het idee dat de klachtencommissie niet onafhankelijk is.

De wet vereist alleen dat de voorzitter van de klachtencommissie onafhankelijk is. En dat bij de behandeling in ieder geval een jurist betrokken is. Als de cliënt is opgenomen in een psychiatrisch ziekenhuis, moet er ook een deskundige, bijvoorbeeld een psychiater, lid zijn van de commissie (dit geldt niet bij opname in een zwakzinnigeninrichting of een verpleeginrichting).

De volgende drie voorwaarden worden noodzakelijk geacht voor het goed kunnen functioneren van een klachtencommissie:

1. onafhankelijkheid;
2. direct aanspreekbaar zijn;
3. horen van familie van de klager.

## Aanbevelingen

### 1 Verbeter de informatievoorziening

Uit het onderzoek is gebleken dat de informatievoorziening onvoldoende is. Cliënten moeten gemakkelijk toegang kunnen krijgen tot laagdrempelige en eenvoudig geschreven schriftelijke informatie.

Het verdient de voorkeur, mede wegens de geestelijke gesteldheid van de cliënt op het moment van opname, de cliënt niet alleen bij de intake te informeren maar de voorlichting over het klachtrecht tijdens de opname te herhalen.

Het bij intake direct betrekken van de patiëntvertrouwenspersoon biedt mogelijkheden om de cliënt, reeds vanaf het begin, vertrouwd te laten raken met deze persoon.

### 2 Informeer over de mogelijkheid een klacht in te kunnen dienen

De antwoorden uit de enquête laten zien dat weinig klachten de klachtencommissie halen. Onwetendheid bij de cliënt vormt een van de oorzaken daarvan.

De informatie over mogelijke klachtwegen en de beslissingen waarover een klacht kan worden ingediend (art. 41 BOPZ), moet in de informatievoorziening nadrukkelijk worden meegenomen.

### 3 Train en school het personeel

Klachten worden te weinig besproken met de direct betrokkenen. Er heerst een gevoel dat klachten niet geuit kunnen worden, wegens de afhankelijkheid van zorg, angst voor represailles en het zich niet serieus genomen voelen.

Hoewel dit gevoel feitelijk moeilijk kan worden weggenomen, is het wel mogelijk het personeel in de instelling te trainen om meer alert te zijn op signalen bij beginnende klachten.

Klachten hoeven niet per definitie negatief te zijn, klachten kunnen de kwaliteit van zorg ook verhogen.

### 4 Maak duidelijk dat de patiëntvertrouwenspersoon onafhankelijk is

Het moet duidelijker worden dat de patiëntvertrouwenspersoon een onafhankelijk instituut is. De indruk moet worden weggenomen dat de patiëntvertrouwenspersoon in dienst is van de instelling.

Actieve, naar buiten gerichte informatie over de patiëntvertrouwenspersoon is gewenst, bijvoorbeeld door het noemen van de Stichting Patiëntvertrouwenspersoon in een duidelijk naamplaatje met vermelding van het eigen logo van die stichting.

### 5 Bevorder de deskundigheid van de patiëntvertrouwenspersoon

De deskundigheid van de patiëntvertrouwenspersoon zou, zowel op ziektespecifiek gebied als op juridisch vlak, verdiept moeten worden.

## **6 Er moet een duidelijke en onafhankelijke samenstelling komen van de klachtencommissies**

De samenstelling van de leden van de klachtencommissie moet duidelijker in de wet worden vastgelegd. Het is noodzakelijk dat niet alleen de voorzitter maar ook de andere leden onafhankelijk zijn.

De deskundige die bij de beoordeling van de klacht wordt betrokken, bijvoorbeeld de psychiater als het gaat om een klacht in een psychiatrisch ziekenhuis, dient niet bij de instelling werkzaam te zijn. Dit moet duidelijk aan de cliënt worden overgebracht.

Ook verdient het de voorkeur in de commissie iemand te benoemen vanuit de patiëntenbeweging, bijvoorbeeld iemand van de patiëntenraad.

In het kader van hoor en wederhoor, kan het verplicht horen van een familielid of andere naaste, de klager de overtuiging geven dat er serieus naar de kwestie wordt gekeken.

Indien de klager dit wenst, zou openbaarheid aan de klacht gegeven moeten worden, zodat de klager niet het idee heeft dat zijn klacht in de doofpot verdwijnt.

## Bijlage I Ideeën en aanvullende opmerkingen van respondenten

Dank u voor de gelegenheid mijn mening te geven.

Ik ben tegen juridisering van psychiatrische behandeling. Zoals bij somatische ziekten moeten verplegers en dokters zich in de psychiatrie uiteraard aan medische ethiek en wetgeving houden. Maar het feit dat er een BOPZ bestaat, maakt dat de maatschappij daar misbruik van maakt. Zo ben ik in de jaren voorafgaand aan de opname 'tegen de klippen van de hel' gelopen. Ik kreeg noch bij huisarts, noch bij politie, noch bij de pastoor gehoor voor mijn psychische toestand. Pas nadat ik op het politiebureau schandalen heb gemaakt, omdat ik het weer eens helemaal niet meer wist, werd ik opgenomen en dan nog gedwongen. Daarmee was ik 'vrijwillig gedwongen' opgenomen, maar heb wel het etiket van gedwongen opname. De psychiater, eigenlijk belast met de taak om in de persoonlijkheid van de cliënt, in zijn omgeving of zelfs in de wereld maatregelen te nemen om het voor de cliënt en de omgeving om hem heen leefbaar te maken, verwordt tot een halve jurist, die moet voldoen aan wettelijke voorschriften en termijnen van de BOPZ. En daardoor niet meer toekomt aan behandeling. Zoals ik in het enquêteformulier heb vermeld, dient er slechts bij incidenten een juridisch kader, zoals de BOPZ dat vormt, toegepast te worden. Mijn ervaring is dat er thans voetstoots van uitgegaan wordt dat er incidenten zijn. In mijn visie moet een psychiater in staat zijn een cliënt te overtuigen dat wat een psychiater doet, goed is voor de cliënt. Kan hij die overtuiging niet bereiken bij de cliënt, dan is sprake van een incident en komt een juridisch traject aan de orde. Daartoe zou de BOPZ goed kunnen dienen.

Naar mijn mening zou de BOPZ moeten veranderen in een regeling die, uiteraard in aangepaste vorm en onder andere naam, ook geldt voor somatische ziekten. Of je nu na een ongeluk in het somatische ziekenhuis belandt of door ingrijpen van de maatschappij in een psychiatrisch ziekenhuis maakt in wezen (juridisch) geen verschil.

Na een paar maanden met een RM op een gesloten afdeling te hebben gezeten, werd ik steeds psychotischer, maar volgens de psychiater stelde ik me aan en wilde ik aandacht. Beleid werd: negeren. Ik zakte steeds verder weg. Ik liep steeds tegen een muur op van een slechte psychiater. Hij begreep mij niet en wilde mij niet begrijpen. Ik was wel volledig afhankelijk van hem en zijn medisch beleid. Mijn ouders zagen dit en wilden een second opinion. Dit vroegen ze aan de psychiater. Die weigerde dat omdat ik, als cliënt zelf dus, de second opinion moest aanvragen. Maar ik was daar niet toe in staat. Na herhaalde verzoeken van mijn ouders kwam de second opinion er toch. Diagnose was een echte, zeer grote lijdensdruk. Advies was overplaatsing. Binnen twee dagen hadden ze door dat ik psychotisch was. 24-uursseparatie was noodzakelijk, wel met een afbouwschema. Na een tweede serie hebben ze mij zover gekregen dat ik kon worden ontslagen!

Het maakt mij bijzonder kwaad dat cliënten niet verteld wordt dat bij een dwangopname ze toch medicatie mogen weigeren.

Daarnaast is een reële verbetering van de mensenrechten van psychiatrische gevangenen niet mogelijk zolang de BOPZ bestaat. De BOPZ moet gewoon geschrapt worden en niet vervangen met een andere wet. Ieder mens heeft recht op vrijheid van

lichaam en geest, tenzij hij een misdrijf heeft gepleegd en dan is de juiste gang naar de gevangenis via de strafrechter en niet naar de psychiatrie.

Ik ben drie jaar niet officieel gedwongen opgenomen geweest in zeven instellingen. Men hield mij op gesloten afdelingen met het dreigement dat als ik ook maar durfde te protesteren ik een IBS of een RM zou krijgen. Dit gebeurt op grote schaal! Vele medeciënten werden zo 'vrijwillig' opgesloten en 'behandeld'.

Een klacht indienen heeft geen zin. Ten eerste omdat tegen de tijd dat er een uitspraak komt, de schade al is geschied. Ten tweede omdat de inrichting niets doet met de klacht, zelfs niet in de zeer zeldzame gevallen dat de klacht gegrond wordt verklaard. Het doel van de klachtencommissie lijkt om misstanden dieper in de doofpot te duwen en het algemene publiek te bedriegen.

De klachtencommissie zou meer een soort ombudsman moeten zijn, die op grond van klachten in gesprek gaat met het ziekenhuis. Meer onderzoek en advies vanuit bijvoorbeeld een consumentenbond.

Een bemiddelaar moet een rechtvaardig persoon zijn, die niet oordeelt over een persoon die helaas in een nare periode van zijn of haar leven zit.

Er is meer informatie noodzakelijk (!) om cliënten mondigheid te geven in hun behandeling etc. Er moeten allereerst vrijwilligers komen die belangstelling hebben om als vertrouwenspersoon te willen luisteren en die hulp willen geven waar dat nodig is. Met ervaringsdeskundigen als vrijwillige pvp-ers wordt de psychiatrie in 2003 denk ik veel beter! (Plus nieuwe therapieën....)

Tijdens mijn opname heb ik geklaagd tegen de psychiater en die heeft toen gezegd dat ik een klacht in moest dienen. Maar waar? Ik was bovendien nog zo ziek, daar had ik de kracht niets eens voor. De psychiater vond mij geschikt voor de cliëntenraad. Nu, 2 jaar later, heb ik nog geen klacht ingediend. Het interesseert mij niets, ik wil nooit meer iets met psychiatrie te maken hebben. Je bent nog steeds een schreeuwende in de woestijn. Anno 2002, afschuwelijk!

De beste hulp is zelfhulp. Wij moeten zelf initiatieven ontplooiën voor lotgenoten, die vaak meer baat hebben bij het in eigen beheer organiseren van onderlinge steun dan (geheel) afhankelijk te worden van de GGZ-instelling.

Een klacht indienen zou pas echt zin hebben als het werkelijk, daadwerkelijk ook enig effect sorteert!