

# RICHTLIJN ISOLATIE EN VRIJHEIDSBEPERKENDE MAATREGELEN

## 1. Inleiding

## 2. De gezondheidseffecten van isolatie

- 2.1. Lichamelijke effecten
- 2.2. Psychische effecten
  - 2.2.1. Het sensorische-deprivatie syndroom
  - 2.2.2. Automutilatie in isolatie
  - 2.2.3. Suïcidaliteit in isolatie
  - 2.2.4. Psychische effecten van isolatie binnen de gezondheidszorg
- 2.3. Extra-kwetsbare groepen
- 2.4. Het standpunt van internationale beroepsorganisaties
- 2.5. Een bijzonder experiment in het terugdringen van isolatie
- 2.6. De rol van de arts bij in isolatie-geplaatsen

## 3. medTzorg standpunt over het toepassen van isolatie en dwang

## 4. Isolatie en vrijheidsbeperkende maatregelen binnen justitie

- 4.1. De OBS of isolatiecel
  - 4.1.1. De isolatie of OBS(ervatie) cel
  - 4.1.2. Relevante wetgeving en jurisprudentie
  - 4.1.3. Werkwijze zorgverlening aan personen in isolatie
  - 4.1.4. Somatisch onderzoek bij personen in isolatie
  - 4.1.5. Psychiatrisch onderzoek bij personen in isolatie
  - 4.1.6. Alternatieven voor isolatie

#### 4.2. De mechanische middelen

##### 4.2.1. Mechanische middelen

##### 4.2.2. De zorgverlening aan personen in mechanische middelen

##### 4.2.3. Alternatieven voor mechanische middelen

#### 4.3. Plaatsing onder cameratoezicht

##### 4.3.1. Cameratoezicht

##### 4.3.2. Relevante wetgeving

##### 4.3.3. Rol van de inrichtingsarts (of gedragsdeskundige)

## 5. Isolatie en vrijheidsbeperking binnen zorginstellingen

#### 5.1. De wet BOPZ (Bijzondere Opname in Psychiatrisch Ziekenhuis)

##### 5.1.1. IBS

##### 5.1.2. RM

##### 5.1.3. Artikel 60 opname

#### 5.2. Toelichting op begrippen uit de BOPZ

##### 5.2.1. De wet BOPZ in verhouding met de wet WGBO

##### 5.2.2. Uitleg van begrippen uit de wet BOPZ

#### 5.3. Middelen en Maatregelen

#### 5.4. Beslisboom toepassen van Middelen en Maatregelen

#### 5.5. Verborgene dwang in de zorg

#### 5.6. Van wet BOPZ naar Zorg & Dwang en Verplichte GGZ

#### 5.7. Alternatieven voor dwang in de zorg

## 6. Literatuur

### **SAMENVATTINGSKAARTEN:**

- Isolatie binnen justitie
- Mechanische middelen binnen justitie
- Dwang in de zorg : BOPZ en controles bij separatie

### **BIJLAGEN**

- 80 alternatieven voor meer vrijheid in de zorg

## Inleiding

Voor u ligt de nieuwe medTzorg richtlijn over de inzet en de gevolgen van isolatie en andere vrijheidsbeperkende maatregelen. Als arts voor bijzondere doelgroepen krijgen we hiermee te maken, of het nu een gevangenis, een verpleeghuis of een zorginstelling voor verstandelijk gehandicapten betreft. Vaak zal er medische goedkeuring worden gevraagd voor het toepassen of voortzetten van deze maatregelen. Voor de betrokken arts levert dit een dilemma op: is de maatregel in het belang van de patiënt, of wordt hij vooral toegepast voor orde, rust en veiligheid in de instelling? We moeten soms sterk in onze schoenen staan om het belang van onze patiënt te laten prevaleren. Deze richtlijn geeft achtergrondinformatie en praktische handvatten om met zo'n dilemma om te gaan.

Hoewel er diverse termen voor de isolatiecel in omloop zijn, zoals OBS(servatiecel) of separeer, wordt er in richtlijn gekozen om consequent over "isolatie" te spreken. Er is immers in alle gevallen sprake van een sterke beperking in sociale contacten, dagelijkse bezigheden en zintuiglijke prikkels, die zich het beste laat omschrijven door het woord 'isolatie'.

Op dit moment is de wet BOPZ nog geldig, maar deze zal op korte termijn vervangen worden door de Wet Zorg en Dwang en de Wet Verplichte GGZ. Deze wetten zijn reeds door de Tweede Kamer aangenomen en wachten nog op goedkeuring van de Eerste Kamer. Waar nodig wordt in deze richtlijn zowel de huidige als de toekomstige regelgeving toegelicht, of verwezen naar bestaande richtlijnen zoals de FMMU BOPZ reader. Zodra de wetswijziging ingaat, zal er een geactualiseerde versie van deze richtlijn uitkomen.

## Doelgroepen

- Patiënten in justitie-instellingen, detentiecentra en justitiële jeugdinrichtingen
- Patiënten in politiecellen
- Patiënten in verpleeg- en verzorgingstehuizen
- Patiënten met een verstandelijke beperking

## De gezondheidseffecten van isolatie

### De gezondheidseffecten van isolatie

**Het toepassen van isolatie maakt gezonde mensen ziek, en zieke mensen zieker. Er treden zowel lichamelijke als psychische problemen op  
Problemen ontstaan al na een kort verblijf in isolatie**

*“A considerable number of the prisoners fell, after even a short confinement in solitary, into a semi-fatuous condition, from which it was next to impossible to arouse them, and others became violently insane; others, still, committed suicide; while those who stood the ordeal better were not generally reformed, and in most cases did not recover sufficient mental activity to be of any subsequent service to the community”*  
US SUPREME COURT 1890

We spreken van isolatie<sup>1</sup> binnen detentie als een betrokkene 22-24 uur per dag in een gesloten cel wordt afgezonderd. Hierbij wordt het intermenselijk contact extreem beperkt, en is er minder of geen natuurlijk licht. Deelname aan groepsactiviteiten is sterk beperkt of afwezig, en er zijn restricties verbonden aan leesvoer en radio luisteren. Televisie is geheel afwezig. Er wordt één uur per dag gelucht, vaak in een afgezonderde overdekte luchtkooi zodat er ook daar geen kans is op contact met medege-detineerden. De zintuigen worden in deze prikkelarme omgeving nauwelijks gestimuleerd – dit effect noemt men sensorische deprivatie.

Het Amerikaanse hooggerechtshof oordeelde, blijkens het bovenstaand citaat, al in 1890 dat dit soort isolatie een negatief effect had op de geestelijke gezondheid van de betrokkenen. Toch worden er tot op heden met grote regelmaat gedetineerden in isoleercellen geplaatst.

Ook in de zorg is er soms sprake van isolatie ('separatie'). Psychiatrisch patiënten en verstandelijk gehandicapten worden voor uren of dagen in een separeer-ruimte geplaatst. Tien jaar geleden hoorde Nederland nog bij de top van 'isolerende landen' in Nederland, maar door sturing van de IGZ en inspanningen vanuit psychiatrie en gehandicaptenzorg is

dat aantal flink teruggedrongen ( 50 % in de afgelopen tien jaar) <sup>ii</sup>. Hoewel er grote stappen zijn gezet komt isoleren in de psychiatrie en verstandelijk-gehandicaptenzorg nog steeds voor. Het wordt hierbij steeds duidelijker dat er schadelijke gezondheidseffecten kunnen optreden als gevolg van de isolatie, en dat het vooral een beheers-maatregel is : isolatie helpt wel aan het herstellen van orde en beschermen van personeel en medepatiënten, maar therapeutisch effect voor de betrokkene is er niet. De gezondheidseffecten zijn vergelijkbaar met gedetineerden en worden verderop beschreven. <sup>iii</sup>

Hoewel er diverse termen voor de isolatiecel in omloop zijn, zoals OBS(Observatiecel) of separeer, wordt er in richtlijn gekozen om consequent over “isolatie” te spreken. Er is immers in alle gevallen sprake van een sterke beperking in sociale contacten, dagelijkse bezigheden en zintuiglijke prikkels, die zich het beste laat omschrijven door het woord ‘isolatie’. <sup>iv</sup> Daarbij leidt het gebruik van verzachtende termen af van het schadelijke effect dat de isolatie zonder twijfel heeft.

## Lichamelijke effecten van isolatie

Alle mensen reageren verschillend op plaatsing in isolatie, maar voor een grote groep is komen vast te staan dat bij afzondering ernstige lichamelijke en psychische problemen ontstaan. Deze negatieve effecten kunnen al binnen enkele uren na start van de isolatie beginnen, en kunnen in een aantal gevallen ook na beëindigen van de isolatie blijven bestaan. <sup>v</sup>

LICHAMELIJKE EFFECTEN VAN ISOLATIE <sup>vi vii viii</sup>
Gastro-intestinale klachten
Hartkloppingen
Zweten
Achteruitgang van de visus
Slapeloosheid
Mictieproblemen
Verminderde eetlust en gewichtsverlies
Migraine
Rugpijn
Gewrichtsklachten
Vermoeidheid en spierzwakte
Duizeligheid
Toename van pre-existente ziekten

Hoewel de meeste gezondheidseffecten van isolatie op het psychische vlak ingrijpen, zijn er ook een aantal lichamelijke verschijnselen die kunnen optreden na isolatie-plaatsing. Slaapstoornissen, lusteloosheid en hoofdpijn treden al op na een korte periode van isolatie. Onderzoekers vonden deze drie verschijnselen bij 80 % van de mensen die in isolatie geplaatst waren ; meer dan de helft van hen had ook last van duizeligheid en hartkloppingen. Ook gebrek aan eetlust, problemen met de spijsvertering en gewichtsverlies komen vaak voor, naast zweten, rug- en gewrichtsklachten, verslechtering van de visus, trillen, kouwelijkheid en toename van reeds bestaande ziekten. <sup>ix x xi</sup>

## Psychische effecten van isolatie

PSYCHISCHE EFFECTEN VAN ISOLATIE <sup>xii xiii</sup>	
<b>Angst</b>	<i>spanning, prikkelbaarheid, paniekaanvallen en angst voor de dood</i>
<b>Depressie</b>	<i>emotioneel afvlakken, stemmingswisselingen, hopeloosheid, initiatiefverlies, zich terugtrekken en ernstige depressie</i>
<b>Woede</b>	<i>prikkelbaarheid, vijandigheid, impulsdoorbraken, gewelddadigheid, razernij</i>
<b>Cognitieve problemen</b>	<i>problemen met aandacht en concentratie, desoriëntatie en geheugenproblemen</i>
<b>Problemen met de waarneming</b>	<i>overgevoeligheid voor geur en geluid, verstoorde tijdsbeleving, depersonalisatie en hallucinaties</i>
<b>Psychose</b>	<i>obsessieve gedachten, achterdocht, hallucinaties, psychotische depressie</i>
<b>Suïcidaliteit</b>	<i>automutilatie, suïcidale gedachten, suïcidepogingen</i>

### 2.2.1 Het sensorische deprivatie syndroom

De input van zintuiglijke prikkels die een persoon van buitenaf bereiken, zorgt normaliter voor het onderscheid tussen binnen- en buitenwereld. Deze input houdt de belevingswereld onder controle en ondersteunt het vermogen tot logisch nadenken. Bij gebrek aan deze zintuiglijke stimulatie kan het zogenaamde sensorische deprivatie syndroom ontstaan. Hierbij kunnen concentratiestoornissen, slaapstoornissen, vijandigheid, achterdocht, angst en hallucinaties optreden.<sup>xiv xv</sup> Deze effecten van sensorische deprivatie kunnen al na een korte tijd in isolatie ontstaan. Personen in isolatie ervaren een zekere mate van afvlakking, problemen met concentratie en logisch nadenken, obsessieve gedachten, prikkelbaarheid en een verhoogde gevoeligheid voor externe prikkels zoals licht, geluid en geur. Deze effecten treden al na enkele dagen isolatie op.<sup>xvi xvii</sup>



In onderzoek met niet-gevangen proefpersonen komen hallucinaties, achterdocht en lusteloosheid zowel voor bij geestelijk gezonde als bij psychisch kwetsbare mensen, maar in de kwetsbare groepen het meest. <sup>xviii</sup>

Haney en Lynch, twee onderzoekers die deze effecten uitgebreid hebben besproken, noemen het feit dat sensorische deprivatie bij de meest gebruikte martelmethoden hoort een onderstreping van de potentiële schadelijkheid hiervan ! <sup>xix</sup>

Naast sensorische deprivatie zijn ook verminderde activiteit en verlies van autonomie belangrijke stressoren en de combinatie van deze factoren kan snel tot psychische klachten leiden. <sup>xx</sup>

De verhoogde prikkelgevoeligheid zorgt er ook voor dat gevangen na isolatie de veelheid van indrukken op een normale afdeling, of in de vrije wereld, moeilijk aankunnen. De veelheid van prikkels en de snelheid waarmee beslissingen moeten worden genomen zijn dan overweldigend. <sup>xxi</sup>

Het toepassen van isolatie maakt dus gezonde mensen ziek, en mensen met een psychische kwetsbaarheid zieker. <sup>xxii xxiii xxiv</sup> Dit komt omdat mensen sociale wezens zijn – we zijn afhankelijk van contact met medemensen om een mentaal evenwicht te bewaren en negatieve gedachten van alledag kwijt te raken. Ongetwijfeld zijn de intelligentere, geestelijk gezonde ingeslotenen beter in staat om weerstand te bieden aan dit gebrek aan contact, maar zelfs de meest capabele personen zullen een negatief effect op hun geestelijke gezondheid ervaren. <sup>xxv</sup>

### 2.2.2 Automutilatie in isolatie

#### Isolatie is een sterke risicofactor voor automutilatie

**Isolatie-plaatsing is een risicofactor voor automutilatie, ook lang nadat de plaatsing beëindigd is. Isolatie-plaatsing kan bij psychisch zieken lijden tot automutilatie, maar is bij geestelijk gezonden zo mogelijk nog schadelijker. Deze schade kan voortduren ook als de iso-plaatsing beëindigd is en de**

## **isolatie zelf heeft een sterker effect dan eventuele onderliggende psychische ziekte**

Automutilatie komt veel voor in gevangenissen, en moet met nadruk worden onderscheiden van suïcidepogingen. In het merendeel van de gevallen van automutilatie is er géén sprake van suïcidaliteit. Er is een sterk verband tussen zelfbeschadiging en isolatie. Amerikaans onderzoek liet zien dat er bij gedetineerden tijdens de ISO-plaatsing een ruim 2 keer grotere kans bestond op automutilatie, en opvallend genoeg werd deze kans alleen maar groter nadat de iso-plaatsing beëindigd was. Gevangenen die eerder in isolatie hadden verbleven, hadden daarna een ruim 6 keer hogere kans om zelfbeschadigend gedrag te laten zien! Bij onderzoek in subgroepen wordt het verband tussen isolatie en automutilatie alleen nog maar sterker. Het meest opvallend is dat de aanvankelijk geestelijk gezonde populatie het grootste risico loopt om te gaan automutileren! Het betreft hier geen geringe risico's: een psychisch zieke volwassen gedetineerde liep door isolatie een ruim 4x hoger risico op zelfbeschadiging en een ruim 9x groter risico op ernstige zelfbeschadiging – op zich al een sterk verhoogd risico, totdat je deze psychisch kwetsbare gedetineerde vergelijkt met zijn geestelijk gezonde evenknie. Geestelijk gezonden die in isolatie geplaatst werden liepen een ruim 10 x groter risico op zelfbeschadiging in het algemeen, en een ruim 6 x hoger risico op ernstige zelfbeschadiging.

De onderzoekers concluderen dat psychische ziekte weliswaar een onafhankelijk risico vormt op automutilatie, maar dat isolatie-plaatsing zelf een nog groter risico oplevert. Hier gaan dus gedetineerden zonder psychische problemen de iso in, en ze komen eruit met ernstig zelfbeschadigend gedrag dat ofwel tijdens, ofwel na de isolatie kan plaatsvinden. De schade houdt dus niet op met het beëindigen van de isolatie, en de isolatie zelf heeft een sterker effect dan eventuele onderliggende psychische ziekte. <sup>xxvi</sup>

### 2.2.3 Suïcidaliteit in isolatie

#### Isolatie is een sterke risicofactor voor suïcide

**Isolatie-plaatsing is een risicofactor voor suïcide, ook lang nadat de plaatsing beëindigd is. “Doorgemaakte isolatie” is dus ook een risicofactor. Grofweg éénderde van alle gedetineerden die suïcide plegen in detentie, had in die detentieperiode één of meer isolaties doorgemaakt.**

Plaatsing in isolatie is een belangrijke risicofactor voor suïcide. <sup>xxvii xxviii</sup> Het aantal suïcides onder gevangenen ligt überhaupt al hoger dan in de algemene bevolking, en dat aantal stijgt nog eens tijdens en na toepassing van isolatie. <sup>xxix</sup> Nederlands onderzoek uit 2012 beschrijft een suïcide-percentages in detentie dat tienmaal hoger ligt dan in de algemene populatie. Van alle onderzochte suïcides had 31,5 % van de ingesloten in de voorafgaande maand in isolatie gezeten, of meerdere isolaties doorgemaakt tijdens hun actuele detentie. Plaatsing in isolatie is dus ook een risicofactor nádat de isolatie is beëindigd ! Uit hetzelfde onderzoek bleek dat 42% van de overledenen een eerdere suïcidepoging had ondernomen, en 68,5 % een psychiatrische diagnose had. <sup>xxx</sup>

Samengevat : van alle gedetineerden die door suïcide overleden, had ongeveer tweederde een psychische aandoening en was grofweg éénderde voorafgaand in isolatie geweest.

### 2.2.4 Psychische effecten van isolatie binnen de gezondheidszorg

Hoewel er vaak gezegd wordt dat isolatie ook positieve resultaten kan opleveren, is het therapeutisch effect hiervan nooit wetenschappelijk bewezen . Er zijn nauwelijks aanwijzingen voor een gunstig effect van de ‘prikkelarme omgeving’ te vinden in de internationale literatuur. <sup>xxxixxxxii</sup> Het enige goed aantoonbare effect van het separeren is verbetering van orde, rust en veiligheid in de inrichting. <sup>xxxiii xxxiv</sup> Daarmee is het een adequate maatregel om medepatiënten te beschermen en controle te verkrijgen over gevaarlijk gedrag op een afdeling, maar daar blijft het dan ook bij. Er kan dus nooit

gesproken worden over positieve psychische effecten van het afzonderen. Dit isoleren van zieke mensen is hooguit een beheersmaatregel, maar nooit een behandelinterventie. Bij de eerder (2.2) genoemde psychisch nadelige effecten van isolatie staan onder andere angst, depressie, desoriëntatie en psychotische belevingen genoemd – hiermee wordt nog maar eens duidelijk dat afzonderen nooit kan bijdragen aan de oplossing van vergelijkbare ziektebeelden, omdat ze hierdoor juist verergeren ! <sup>xxxv</sup> Eerder is er sprake van ethisch twijfelachtig handelen, omdat isolatie ook betekent dat de hulpverlener ernstig zieke patiënten alléén laat <sup>xxxvi xxxvii</sup> Ook verstoort het de behandelrelatie. Zorgverleners hebben ‘last’ van dit morele dilemma : zij ervaren zelf ook schaamte, machteloosheid en gevoelens van falen als een patiënt in isolatie geplaatst wordt. <sup>xxxviii</sup> Dit “alleen laten” is in strijd met alle beroepscode die vrij vertaald stellen dat je een mens in nood nooit in de steek laat.

Schadelijke effecten van isolatie in de zorg worden wél gevonden : traumagerelateerde psychische klachten en volledige posttraumatische stressstoornissen als gevolg van de isolatie. “Gesepareerd worden” scoort in een onderzoek naar effect van psychiatrische opnames het hoogst als stressor bij het ontwikkelen van post-psychotische stress. Deze PTSS wordt niet enkel door het isoleren veroorzaakt, maar ook door het doormaken van het ziektebeeld – wat hierbij wel opvalt is dat “isolatie” en “reukhallucinaties” beiden een even zware belasting opleveren voor de patient, en alle andere psychotische verschijnselen ( wanen, andere hallucinaties en psychotische belevingen) mínder belastend zijn dan het isoleren. Ook het krijgen van dwangmedicatie was minder belastend dan in isolatie geplaatst worden. <sup>xxxix</sup> Voor patiënten is isolatie dus net zo erg als de heftigste verschijnselen van hun psychose !

Ook deze patiënten zelf spreken zich uit over de effecten van isolatie binnen de zorg. Een meerderheid van de patiënten zou liever dwangmedicatie ontvangen, dan gesepareerd worden. Na een verblijf in een isolatie-ruimte ervaren deze patiënten een keur aan negatieve gevoelens, zoals angst, verdriet en boosheid. Zij beschrijven het als een inbreuk op hun persoonlijke integriteit, beperking in hun keuzevrijheid en bijdragend aan het trauma van de opname. <sup>xl</sup> Ook noemen het ervaren van gevoelens van machteloosheid, angst, schaamte en verlies. <sup>xli</sup> Respect voor de autonomie van de patiënt, voor de menselijke waardigheid en

besef van de traumatische en schadelijke effecten van isolatie zouden voldoende reden moeten zijn om isolatie in de gezondheidszorg niet meer toe te passen. <sup>xiii</sup>

### **Isolatie in de gezondheidszorg : geen voordelen, alleen maar nadelen**

**We kunnen concluderen dat isolatie géén therapeutisch effect heeft en daarmee niet thuishoort in de zorg voor een zieke patiënt. Wel zijn er schadelijke effecten op de geestelijke gezondheid te verwachten, evenals verslechtering van het oorspronkelijke ziektebeeld. Respect voor de autonomie van de patiënt, voor de menselijke waardigheid en besef van de traumatische en schadelijke effecten van isolatie zouden voldoende reden moeten zijn om isolatie in de gezondheidszorg niet meer toe te passen.**

## Extra-kwetsbare groepen

### Groepen die extra kwetsbaar zijn voor isolatie

- **Minderjarigen**
- **Psychiatrisch patiënten**
- **Zwangere vrouwen**
- **Vreemdelingen**

Minderjarigen, zwangere vrouwen, vreemdelingen en psychiatrisch patiënten zijn extra kwetsbaar voor de bovengenoemde negatieve gezondheidseffecten van isolatie. De Verenigde Naties stellen in de zgn. 'Mandela Rules' (The United Nations Minimum Rules for the treatment of prisoners) dat isolatie niet toegepast zou moeten worden waar het minderjarigen betreft, of volwassenen met psychische beperkingen.<sup>xliii</sup>

Psychiatrische stoornissen komen verhoudingsgewijs veel voor onder gedetineerden. Ruim 80 % van de gedetineerden in Nederland maakte ooit in het leven een psychiatrische aandoening door en bij ruim 56 % was deze aandoening nog aanwezig op het moment van detentie. Verslaving, ADHD en persoonlijkheidsstoornissen waren hierbij de meest gestelde diagnoses. Bij dit onderzoek werd expliciet alleen naar reguliere gevangenis-afdelingen gekeken – Psychiatrische Penitentiaire Centra (PPC) en Extra Zorg Afdelingen (EZA/EZV) waren hiervan uitgesloten! <sup>xliiv</sup>

Zoals hierboven al uitgebreid is beschreven kan isolatie een breed scala van psychische klachten veroorzaken of doen toenemen.

Gevangenschap is voor alle mensen een uitdaging, maar gedetineerden met psychische kwetsbaarheden hebben nog meer moeite met het ingesloten zijn, het reageren op opdrachten van personeel en het volgen van de regels die alle aspecten van hun dagelijks leven regeren.<sup>xliv</sup> Mensen met een psychiatrische aandoening lopen daarom vanaf het begin van hun detentie al meer risico om in een isoleercel te belanden; door hun aandoening hebben ze vaker impulsdoorbraken en moeite met het volgen van regels, en zijn ze minder sociaal aangepast - allemaal zaken die sneller tot een isolatie-plaatsing kunnen leiden.<sup>xlvi</sup>

Ook eerdere traumatische ervaringen maken de betrokkene kwetsbaarder voor de negatieve effecten van isolatie.<sup>xlvii</sup>

Onderzoeker Hans Toch benoemt dat isolatie de grootste uitdaging is voor een gevangene met externaliserende problematiek, maar dat isolatie-plaatsing ironisch genoeg juist in deze groep vaak wordt toegepast – bij mensen met hyperactiviteit en slechte copingstrategieën . Het effect is dan meestal averechts en het enige gevolg van isolatie is dat die externaliserende geestestoestand verder versterkt wordt.<sup>xlviii</sup>

Ook zwangere vrouwen zouden nooit in isolatie geplaatst mogen worden, zo stelt de WHO (World Health Organization) – zij zijn bijzonder kwetsbaar voor de negatieve psychische gevolgen van isolatie en de toepassing daarvan kan toegang tot goede geboortezorg in de weg staan.<sup>xlix</sup>

Vreemdelingen hebben een grote kans om al eerder in hun leven trauma's te hebben opgelopen, zoals marteling, vervolging, mensenhandel, verkrachting en huiselijk geweld. Deze pre-existente trauma's kunnen de negatieve effecten van isolatie nog verder versterken.<sup>i</sup> Onderzoekers van Physicians for Human Rights toonden in 2003 al aan dat angst, depressie en PTSS in extreem hoge mate voorkwamen in een groep van gedetineerde vreemdelingen. De onderzochte vreemdelingen gaven aan dat de dreiging van isolatie, en de willekeur waarmee die werd toegepast, nog verder bijdroegen aan hun gevoelens van angst.<sup>ii</sup>

Ook de Inspectie voor Volksgezondheid (IGZ) “benadrukte met betrekking tot het isoleerbeleid in vreemdelingendetentie dat het hier om uiterst kwetsbare, eenzame en sociaal ontwrichte mensen gaat in een soms uitzichtloze situatie”<sup>iii</sup> Ironisch genoeg blijkt ook in deze groep dat “juist degenen die al lijden aan psychiatrische stoornissen, een groter risico lopen om in de isoleercel terecht te komen. Het ongewone en/of ongewenste gedrag dat zij vertonen kan aanleiding zijn om – uit overwegingen van beheersbaarheid en het handhaven van de orde in het centrum – over te gaan tot een maatregel van isolatie”<sup>liii</sup>

Hoewel vreemdelingendetentie onder het bestuursrecht valt, zijn de dwangmaatregelen gelijk aan die in het strafrecht, een feit waar nationaal en internationaal veel kritiek op wordt geuit.

In de huidige situatie in Nederland kan er gebruik gemaakt worden van straffen en ordemaatregelen zoals boeien, visiteren en isoleren <sup>liv</sup> – en hoewel het recente streven van DJI is om isolatie in vreemdelingendetentie te beperken, blijft het vreemd dat de mogelijkheid blijft bestaan voor hen die in strafrechtelijke zin niets misdaan hebben.

Mensenrechtenorganisaties zoals Amnesty en Dokters van de Wereld pleiten dan ook voor een totale afschaffing van isolatie in vreemdelingendetentie, waardoor het bewakend personeel genoodzaakt wordt om incidenten op een andere manier op te lossen. <sup>lv</sup>

Voor de specifieke kwetsbaarheden van minderjarigen wordt verwezen naar de medTzorg richtlijn “Minderjarigen” uit 2016. <sup>lvi</sup>



## Het standpunt van internationale beroepsorganisaties

### *World Medical Association*

De WMA (World Medical Association) is een internationale organisatie die streeft naar onafhankelijkheid van artsen, zodat die de best mogelijke zorg kunnen bieden met de hoogst mogelijke ethische standaarden.

In 2014 brachten ze bij gelegenheid van hun 65<sup>e</sup> Algemene Vergadering een verklaring uit over het toepassen van isolatie en de rol van de artsen hierbij <sup>lvii</sup> :

1. Isolatie is een laatste redmiddel als alle andere alternatieven zijn onderzocht, moet zo kort mogelijk worden toegepast en met respect voor menselijke waardigheid
2. De autoriteiten moeten rekening houden met gezondheidstoestand en medische voorgeschiedenis van de betrokkene, en deze regelmatig opnieuw beoordelen. Achteruitgang in de gezondheidstoestand dient te leiden tot het onmiddellijk beëindigen van de isolatie
3. Beslissingen over isolatie moeten transparant en wettig zijn, en er moet een mogelijkheid zijn om in beroep te gaan
4. Langdurige isolatie tegen de wens van de gevangene moet worden voorkomen ; als gevangenen vrijwillig isolatie zoeken, dienen ze medisch en psychologisch beoordeeld te worden teneinde gezondheidsschade te voorkomen
5. Isolatie dient niet te worden toegepast als het de geestelijke gezondheidstoestand van een psychiatrisch zieke gevangene in negatieve zin beïnvloedt. Mocht isolatie toch nodig zijn om direct gevaar voor betrokkene of medegevangenen af te wenden, dan dient zo snel mogelijk naar een alternatief te worden gezocht ; in de tussentijd moet betrokkene zorgvuldig en frequent in de gaten gehouden worden
6. Ook in isolatie moet er een redelijke hoeveelheid menselijk contact zijn ; de gevangene mag niet onderworpen worden aan fysiek of mentaal belastende omstandigheden
7. De gezondheidstoestand van de gevangene in isolatie dient regelmatig te worden gecontroleerd door een hiertoe bevoegde arts ; deze arts moet worden toegestaan om de gevangene op regelmatige basis te onderzoeken en ook dient hij de documentatie betreffende de isolatie-plaatsing in te mogen zien

8. Na een verblijf in isolatie moet aan de gevangene een aanpassingsperiode worden gegund alvorens hij in de maatschappij terugkeert ; deze aanpassingsperiode mag zijn detentie niet verlengen (m.a.w. tot einde detentie in isolatie mag niet)
9. De rol van de arts is het beschermen van, opkomen voor, en verbeteren van de fysieke en mentale gezondheidstoestand van de gevangene. Het opleggen van straffen hoort niet tot zijn taak. Daarom dienen artsen op geen enkele manier deel uit te maken van de besluitvorming die tot plaatsing in isolatie leidt.
10. Artsen hebben de plicht om de omstandigheden in isolatie goed in ogenschouw te nemen en om te protesteren bij het bevoegd gezag als deze omstandigheden onacceptabel zijn, inhumain zijn of vernederend voor de gevangene.

### *World Health Organization*

De WHO (World Health Organization) definieert gezondheid breder dan enkel de afwezigheid van ziekte – gezondheid betreft het geheel van lichamelijk, psychisch en sociaal welbevinden. Isolatie heeft een negatieve invloed op al deze factoren, en personen met reeds bestaande psychische problemen zijn extra kwetsbaar voor dit effect<sup>lviii</sup>.

Ook stelt de WHO dat artsen een bijzondere plicht hebben naar patiënten die in isolatie verblijven <sup>lix</sup> : “Zodra de maatregel is opgelegd, dient de arts deze gedetineerde met bijzondere toewijding te volgen. Het is een vaststaand feit dat isolatie-plaatsing een belangrijke stressor is en risico met zich mee brengt, met name op suïcide. Artsen horen bijzondere aandacht te besteden aan dit soort gevangenen en ze regelmatig op hun eigen initiatief te bezoeken, zo snel mogelijk na de isolatieplaatsing en daarna dagelijks, om hun lichamelijke en geestelijke gezondheidstoestand te beoordelen en een eventuele achteruitgang in hun welzijn te signaleren”

### *National Commission on Correctional Healthcare (USA)*

In 2016 kwam de NCCHC het Amerikaanse controle-orgaan voor gezondheidszorg in gevangenis (National Commission on Correctional Health Care) tot de volgende conclusie <sup>lx</sup> :

- *De gezondheidszorg- professional in het gevangeniswezen heeft tot plicht om de gezondheidszorg, lichamelijke veiligheid en het psychisch welbevinden van zijn patiënten na te streven.*
- *De gezondheidszorg- professional in het gevangeniswezen neemt geen deel aan wrede, onmenselijke of vernederende behandeling van gevangenen ; ook staat hij niet toe dat ánderen zich hier schuldig aan maken*

De NCCHC waarschuwt voor de valkuil om in moeilijke werkomstandigheden de gevangene maar door het luikje te beoordelen in plaats van met de celdeur open. Of het nu voor het gemak van de gevangene is, of voor je eigen gemak : deze werkwijze is niet respectvol, levert een probleem met de privacy en vertrouwelijkheid op, en hindert de arts bij een goede beoordeling van de gezondheidstoestand.<sup>lxi</sup>

De NCCHC doet een aantal aanbevelingen, die in grote lijnen overeen komen met de standpunten zoals die door WMA en WHO worden ingenomen. De volgende standpunten<sup>lxii</sup> zijn ook voor de Nederlandse situatie relevant :

- Minderjarigen, zwangere en psychisch zieken worden nooit geïsoleerd
- Isolatie als methode om orde, rust en veiligheid te bewaken zou alleen bij uitzondering mogen worden ingezet, als andere minder beperkende maatregelen totaal niet voldoen, en dan voor zo kort mogelijke tijd.
- Het is de plicht van de justitieel arts om gezondheidszorg, lichamelijke veiligheid en psychisch welbevinden voor zijn patiënt te borgen
- De arts doet geen uitspraak of iemand 'gezond genoeg' is voor isolatie
- De gezondheidszorg bij patiënten in isolatie dient gelijkwaardig te zijn aan die voor andere gedetineerden, en daarmee gelijkwaardig aan de zorg in de vrije wereld.

- De arts behandelt de geïsoleerde patiënt met respect en handhaaft het beroepsgeheim
- Als de geestelijke of lichamelijke gezondheid achteruit gaat of noodzakelijke zorg niet geleverd kan worden, moet de arts actief adviseren om de isolatie te beëindigen
- De arts vergewist zich ervan dat de patiënt en cel schoon zijn, dat er voldoende voedsel en vocht wordt aangeboden, en dat temperatuur en frisse lucht acceptabel zijn

## Een bijzonder experiment in het terugbrengen van isolatie

### Isolatie is niet nodig voor orde, rust en veiligheid

**Als je het gebruik van isolatie afbouwt, ontstaat er mínder geweld in plaats van méér. Hiermee vervalt het argument dat isolatie noodzakelijk zou zijn voor orde, rust en veiligheid in de instelling**

In de USA, in de staat Mississippi, werd tussen 2006 en 2008 een bijzonder onderzoek verricht onder gevangenen die (langdurig) in isolatie verbleven. Een grote groep gevangenen bleek bij nadere beschouwing niet aan de criteria voor isolatie te voldoen, en er werd een geleidelijk overgangsprogramma gemaakt om een groot deel van hen uiteindelijk terug te plaatsen in de gewone gedetineerdenpopulatie. Door sommige critici werd voorspeld dat het afbouwen van deze beheersmaatregelen tot een toename van ernstige incidenten zou leiden, maar verrassend genoeg gebeurde er precies het omgekeerde ! Nadat deze veranderingen in gang waren gezet, ontstond er een sterke daling van het aantal geweldsincidenten : zowel het aantal incidenten tussen gevangenen onderling, als tussen personeel en gevangenen, nam af met een verbijsterende 70 %. Als je isolatie afbouwt, ontstaat er dus juist mínder geweld in plaats van méér. Hiermee vervalt het argument dat isolatie noodzakelijk zou zijn voor orde, rust en veiligheid in de instelling ! Ook werden er veel minder rapporten gegeven aan gevangenen met pre-existente psychiatrische aandoeningen – dit leidde de onderzoekers tot de conclusie dat psychiatrisch patiënten juist méér problemen ondervinden als je ze isoleert, en dat ze het veel beter doen op een algemene gevangenisafdeling met een persoonlijk behandelprogramma. Deze constatering

die eerder al uit literatuuronderzoek al was gebleken werd op deze manier in de praktijk krachtig onderschreven. <sup>lxiii</sup>

## De rol van de arts bij in isolatie geplaatste patiënten

Diverse psychologische experimenten hebben aangetoond dat mensen snel hun ethische grenzen verleggen als er een sfeer heerst van “autoritair gedrag” of “goedkeuring door een officieel persoon”. Ze gehoorzamen aan opdrachten waarvan ze eigenlijk heel goed weten dat die moreel onjuist zijn. Veel mensen laten zich toch overhalen door sociale druk en drogargumenten dat het nou eenmaal moet, dat het niet echt schadelijk is, dat we nu eenmaal geen keus hebben. Mensen zijn dus gehoorzaam onder sociale druk, ook als dat tegen hun eigen moraal indruist. Ook artsen zijn niet ongevoelig voor dit effect. Niet voor niets wordt in de Nederlandse Artseneed <sup>lxiv</sup> nadrukkelijk beloofd : “Ik maak geen misbruik van mijn medische kennis, ook niet onder druk.”

Voor de artsen van in isolatie-geplaatste patiënten is het allereerst van belang om zich te realiseren dat deze mensen geen “boeven” of “gekken” zijn, maar onze patiënten. We zijn vanuit onze artseneed verplicht om onze patiënt géén schade toe te (laten) brengen, en om niet te zwichten onder druk. Zoals eerder beschreven, steunen de beroepsorganisaties ons in het leveren van optimale zorg aan deze patiëntencategorie !

RISICOFACTOREN VOOR MEEGAAN IN IMMOREEL GEDRAG
<b>Autoritaire situatie</b>
<b>Roltoebedoeling ( jij hoort bij ‘het systeem’)</b>
<b>Instructies / goedkeuring van een officieel persoon ( directeur, officier van justitie, begeleiders etc)</b>
<b>Alle anderen lijken de situatie ‘normaal’ te vinden</b>

Twee roemruchte psychologische experimenten illustreren de valkuilen waardoor goedwillende mensen mee kunnen gaan in grensoverschrijdend of immoreel gedrag :

*Het beruchte Stanford Prison Experiment van Philip Zimbardo toonde aan dat er maar weinig voor nodig was om van beschaafde studenten wrede bewakers te maken. Zimbardo liet zien dat het niet zozeer de interne eigenschappen (karakter, moraal) zijn die het gedrag bepalen, maar de situatie.*

*Leefomstandigheden, kleding en instructies van een officieel persoon (onderzoeksleider die de rol van gevangenisdirecteur speelde) hadden invloed op het gedrag. De 'gevangen' proefpersonen moesten het doen met slecht voedsel, slechtzittende kleding en een ketting om hun enkel. De bewaarders hadden comfortabele woningen, uniformen, knuppels en zonnebrillen om oogcontact te minimaliseren. Gevangenen schikten zich snel in de situatie van afhankelijkheid, terwijl de bewakers hun machtspositie ten volle wisten te benutten. Bewakers kregen de instructie van de onderzoeker om de gevangenen onder controle van het systeem te brengen en van hun eigen identiteit te ontdoen. Angst, verveling en ontnemen van privacy mochten worden ingezet om de gevangenen in een positie van machteloosheid te brengen. Het experiment ontaarde al snel in een situatie van oplopend machtsmisbruik door de bewakers. Ze bouwden uit zichzelf een isoleercel, en gaven andere gevangen opdracht om hier op de deur te bonken. Gevangenen werden met krenkingen en verplichte lichaams oefeningen uitgeput, en met brandslangen bespoten. Veel bewakers werden wreder naarmate het experiment vorderde, één-derde van alle bewakers liet volledig sadistische trekken zien. Een aantal 'gevangen' proefpersonen liep een psychotrauma op en het experiment werd vroegtijdig beëindigd. Alle proefpersonen waren tevoren "psychisch stabiel" bevonden.<sup>lxv lxxvi</sup>*

###

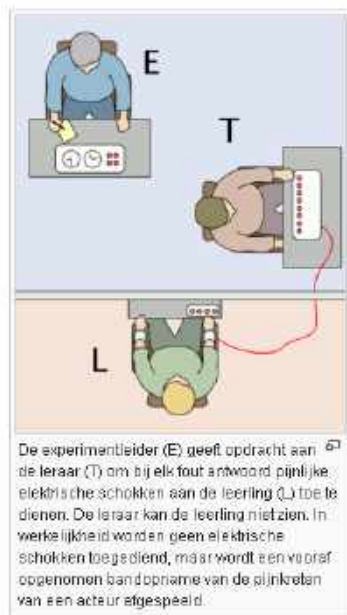
*Milgram verrichte een beroemd en vaak herhaald experiment in gehoorzaamheid waarbij mensen werd gevraagd om een proefpersoon stroomstoten van oplopende sterkte toe te dienen. <sup>lxvii lxviii lxix</sup>*

*Een officieel persoon (wetenschapper, dokter in een witte jas, etc) moedigde de proefpersonen aan om dóór te gaan met de stroomstoten, ook als het slachtoffer (dat ze niet konden zien) zogenaamd op de muur bonsde, huilde, schreeuwde of klaagde over zijn hart. Hoewel de onderzoeker de proefpersoon verzekerde dat er geen blijvende schade zou ontstaan, was uit het geroep en gebons natuurlijk iets heel anders op te maken.*

*De proefpersonen werden met een oplopend lijstje standaardantwoorden aangemoedigd om dóór te gaan :*

- 1. Gaat u door, alstublieft*
- 2. Het is voor het experiment noodzakelijk dat u doorgaat*
- 3. Het is van absoluut essentieel belang dat u doorgaat*
- 4. U heeft geen andere keuze, u móet doorgaan!*

*De stroomstoten liepen op tot 450 volt en hoewel je zou verwachten dat iedereen eerder zou stoppen ging ruim tweederde (65 %) van de deelnemers door met het toedienen van de krachtigste schok. Hierbij was zowel uit het bedieningspaneel ( 'gevaar, zeer krachtige schok' en "x" bij de hoogste twee standen) als uit de voorgaande reacties van de proefpersoon duidelijk dat er schade zou optreden en dat het slachtoffer dit niet wilde. Maar toch, de meerderheid ging door. Een aantal herhalingen van dit experiment vindt steeds ongeveer dezelfde tweederde autoriteitsgevoelige mensen die doorgaan tot de laatste schok.*



Het Milgram Experiment <sup>lxx</sup>

In een omgeving van isolatie, die daar duidelijk voor is ingericht, met geüniformeerd personeel dat het heel normaal vindt wat er gebeurt, dreigt ook voor de gezondheidszorg-professional het risico van 'gehoorzamen onder sociale druk'. Je neigt nu eenmaal naar meegaan wat in die context normaal gevonden wordt (maar dient je als arts wel tegen deze neiging te verzetten !)

De World Medical Association (WMA), die zich bezighoudt met medische ethiek en toegang tot gezondheidszorg, omschreef in 2014 helder de rol van arts bij isolatie <sup>lxxi</sup> :

*De rol van de arts is het beschermen van, opkomen voor, en verbeteren van de fysieke en mentale gezondheidstoestand van de gevangene. Het opleggen van straffen hoort niet tot zijn taak. Daarom dienen artsen op geen enkele manier deel uit te maken van de besluitvorming die tot plaatsing in isolatie leidt.*

Ook de WHO (World Health Organisation) sprak zich uit over de rol van de arts bij patiënten in isolatie <sup>lxxii</sup> :



*Artsen horen bijzondere aandacht te besteden aan dit soort gevangenen en ze regelmatig op hun eigen initiatief te bezoeken, zo snel mogelijk na de isolatieplaatsing en daarna dagelijks, om hun lichamelijke en geestelijke gezondheidstoestand te beoordelen*

De arts dient zich bewust te zijn van de schade die isolatie kan aanrichten en hij dient alles in het werk te zetten om deze schade te voorkomen of tenminste te beperken. De arts dient nooit te worden gevraagd of iemand “medisch geschikt” is voor een bepaalde bestraffing. Wel moet hij het bevoegd gezag actief adviseren welke kwetsbaarheden en gezondheidsrisico’s er bestaan bij deze individuele gedetineerde. We beoordelen mensen niet op aanvraag, maar op ons eigen initiatief ! Ook mogen we de ogen niet sluiten en toestaan dat ánderen wreed en onmenselijk beleid voeren.

De arts levert dus gezondheidszorg aan de patiënt, en laat zich geen onderdeel van (het voortzetten van) de bestraffing maken. Zowel de WHO als de Verenigde Naties noemen betrokkenheid van de arts bij besluit tot isolatie ongewenst en in strijd met de medische ethiek.<sup>lxxiii</sup>

## **Standpunt medTzorg over isolatie en dwang**

- De arts heeft tot plicht om de gezondheid, lichamelijke veiligheid en het psychisch welbevinden van zijn patiënten na te streven
- Isolatie is een aanslag op alle aspecten van gezondheid (WHO)
- Cameratoezicht is een enorme beperking van de privacy ; het is onduidelijk in hoeverre dit bijdraagt aan zorgverlening
- MedTzorg is tegen inzet van isolatie, zowel in de zorg als in detentie
- Minderjarigen, zwangeren en psychiatrisch zieken worden nooit geïsoleerd (VN, WHO)
- Isolatie en dwang kunnen alleen worden toegepast als alle andere opties om het probleem op te lossen (daadwerkelijk!) zijn onderzocht (ultimum remedium)

- Als toch isolatie wordt toegepast, moet deze zo kort mogelijk duren : maximaal 3 uur
- De tijd die betrokkene in isolatie of onder een vrijheidsbeperkende maatregel verblijft, moet actief gebruikt worden om een alternatief te vinden . Alternatieven worden per situatie beschreven in de volgende hoofdstukken.
- De arts communiceert met de (plaatsvervangend) directeur over het beleid t.a.v. de isolatie-plaatsing
- De arts legt zijn advies vast in het elektronisch patiëntendossier ( HIS bij planbare zorg, Medsecure bij ANW)
- De arts adviseert de gevangenisdirectie of geneesheer-directeur bij elke isolatieplaatsing en elke toepassing van dwangmaatregelen gevraagd en ongevraagd over de gezondheidsrisico's ; het is een advies op maat, gebaseerd op voorgeschiedenis en onderzoek van betrokkene (daar moet je dan wel kennis van nemen)
- De arts bevraagt de (geneesheer)directeur actief t.a.v. onderzochte alternatieven voor isolatie en dwang en waarom deze niet zijn toegepast
- Beoordeling van iso-geplaatste door de arts gebeurt zo snel mogelijk : altijd binnen 3 uur (triage U3) ( Isolatie is immers een ernstige bedreiging van de gezondheid en heeft daarom prioriteit)
- Beoordeling van een patiënt met waarbij een dwangmaatregel in de zorg noodzakelijk wordt geacht of reeds is toegepast gebeurt altijd zo snel mogelijk : binnen 3 uur na toepassing ( triage U3)
- Het gesprek met, en onderzoek van de patiënt geschiedt altijd face-to-face, en nooit door een boeienluikje
- De arts stelt zich dagelijks op de hoogte van de gezondheidstoestand van de in isolatie geplaatste patiënt ; hij bezoekt de patiënt proactief en laagdrempelig nogmaals, en informeert actief bij de verpleegkundigen naar de gezondheidstoestand van de patiënt. Dit geldt ook voor de ANW-artsen in nacht-en-weekenddiensten.
- De arts heeft aandacht voor de leefomstandigheden van de in isolatie geplaatste patiënt : frisse lucht, schone cel, voldoende drinkwater, werkende intercom etc. Bij tekortkomingen doet hij hierover actief melding bij het bevoegd gezag

- De arts stelt zich coachend op naar het bewakend personeel binnen justitie : zonder zijn beroepsgeheim te doorbreken, geeft hij wel informatie vanuit het handelingsperspectief . Denk hierbij aan een benaderingsplan, aan fysieke beperkingen van de gedetineerde, etc. Het gaat niet om diagnoses, maar om hoe je iemand het best tegemoet kun treden, en wat je wel / niet van betrokkene mag verwachten.

## 4. Isolatie en vrijheidsbeperkende maatregelen binnen justitie

### 4.1. De OBS of isolatiecel

#### 4.1.1. De isolatie of OBS(ervatie) cel

Een isolatiecel binnen justitie wordt ook wel “OBS” genoemd, een afkorting voor Observatiecel. Eufemistisch wordt er ook wel eens over “op het dak zitten” gesproken, omdat opvallend genoeg in de meeste PI’s de isoleercellen op de bovenste verdieping gebouwd zijn. Personen zijn er 23 uur per dag ‘achter de deur’ ingesloten en mogen 1 uur per dag ‘luchten’. Dit luchten gebeurt meestal in een aparte kooi, of een cel die open is naar de buitenlucht met een rooster eroverheen. Er is geen betekenisvol contact met medegedetineerden. De gedetineerde heeft er ’s nachts beschikking over een schuimrubber matras, dat in de ochtend wordt omgeruild voor een zitblok van hetzelfde materiaal. Er is een stalen toilet, maar geen stromend water om te drinken. Persoonlijke bezittingen zijn niet toegestaan, er is geen televisie en afhankelijk van de reden van plaatsing draagt de gedetineerde een ‘scheurjurk’ of zijn eigen kleding. Het licht blijft er soms 24 uur aan, als betrokkene onder cameratoezicht staat (zie hoofdstuk 4.3).<sup>lxxiv</sup>

<sup>lxxv</sup> De gedetineerde is voor voedsel, vocht en oriëntatie volledig aangewezen op de bewakers.

#### 4.1.2. Relevante wetgeving en jurisprudentie

##### *PBW*

De Penitentiaire Beginselenwet beschrijft de rechten en plichten van een gevangenisdirectie. De wet geeft aan deze bestuurders de mogelijkheid om maatregelen af te kondigen en straffen uit te delen.

Maatregelen zijn bedoeld om orde en veiligheid in de inrichting te handhaven, maar kunnen ook worden opgelegd ter bescherming van de gedetineerde. Plaatsing in isolatie kan als maatregel worden uitgevoerd. Deze maatregelen hebben niet het karakter van straf en worden beëindigd zodra de noodzaak voor de maatregel is weggefallen. Hieruit volgt dus ook dat met het bieden van een redelijke alternatieve oplossing voor het probleem, de grond voor isolatie vervalst. Maatregelen vinden hun rechtsgrond in PBW artikel 23 en 24. <sup>lxxvi lxxvii</sup>

Straffen worden opgelegd door de directeur vanwege overtreding van regels of wetten. Hiervan moet goede verslaglegging zijn en de betrokkene moet redelijkerwijs verantwoordelijk gehouden kunnen worden voor de overtreding (toerekeningsvatbaar). Personeel van de inrichting “zegt de gedetineerde een rapport aan” en brengt dit rapport uit bij de directeur. Deze neemt een beslissing ten aanzien van de strafmaatregel en legt dit schriftelijk vast in een “beschikking” die aan gedetineerde wordt uitgereikt. Isolatieplaatsing kan als strafmaatregel worden opgelegd. Hierbij staat de duur van het verblijf in isolatie van tevoren vast – deze is afhankelijk van de ernst van het vergrijp. Straffen vinden hun rechtsgrond in PBW artikel 50 en 51. <sup>lxxviii lxxix</sup>

##### *WGBO*

De Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO) beschrijft de plichten van een arts (of andere BIG-geregistreerde zorgverlener) jegens zijn patiënt. Hoewel deze wet een arts de macht geeft om medisch in te grijpen in een noodsituatie, is hij vooral gericht op bescherming van de rechten van de patiënt. De arts moet een “goed hulpverlener” zijn. Er kan een situatie ontstaan waarin de plichten van een gevangenisdirectie (orde, rust en veiligheid) botsen met de plichten van de arts (zo goed mogelijke zorg voor de individuele

patiënt). Het is de kunst om daar met opbouwend overleg samen met een gevangenisdirectie uit te komen. De patiënt is niet gebaat bij een patstelling.

### *Inspectie voor de Volksgezondheid*

De IGZ (inspectie voor volksgezondheid) stelt al in 2009 dat isolatie een risico op gezondheidsschade met zich meebrengt en plaatst kritische kanttekeningen bij het gebrek aan registratie : zowel het aantal iso-plaatsingen als de duur ervan wordt niet centraal geregistreerd. De IGZ maakt hierbij geen onderscheid tussen personen die “als strafmaatregel” of “ voor de veiligheid” in isolatie geplaatst zijn ; de kans op ongewenste gezondheidseffecten is er sowieso. De IGZ verwacht expliciet van medische diensten dat zij de gezondheidseffecten monitoren van de detentie in het algemeen, en de isolatie in het bijzonder. Niet alleen is er risico op gezondheidsschade door toepassing van isolatie, ook bestaat de kans op het missen van psychopathologie als er bij acting-out gedrag snel isolatie wordt ingezet om de situatie te beheersen. Van de medische diensten wordt dus ook een proactieve houding verwacht ten aanzien van het opmerken van psychopathologie en het potentieel voorkomen van isolatie. <sup>lxxx</sup>Een crisis waarbij isolatie-plaatsing het eerste teken van psychiatrische ziekte is, is dus ook een gemiste kans !

### *Inspectie Veiligheid en Justitie*

De IV&J bracht in 2012 het rapport “Plaatsing in Isolatie” uit. Het inzetten van isolatie en het toepassen van mechanische middelen wordt als een uiterst middel omschreven en de inzet moet met waarborgen worden omkleed. Toepassing van isolatie of mechanische middelen dient in elk geval getoetst te worden aan de volgende criteria <sup>lxxxi</sup> :

- Proportionaliteit : staat het middel in verhouding tot het doel ?
- Subsidiariteit : kan hetzelfde resultaat ook bereikt worden met de inzet van een minder ingrijpend middel ?
- Doelmatigheid: draagt het middel wel (afdoende) bij aan de verwezenlijking van het doel?

Om de risico's passend bij sensorische deprivatie te beperken doet de inspectie een aantal aanbevelingen <sup>lxxxii</sup> :

- Ingeslotenen die meerdere dagen op een isolatiecel verblijven dienen afleiding te hebben, bijv. door leesvoer en een radio ter beschikking te stellen
- De leefomgeving moet aan minimumeisen voldoen : luchten in de buitenlucht, zitelementen in de cel voor overdag, de verlichting moet 's nachts uit kunnen, de intercom moet goed functioneren en er moet vrij uitzicht naar buiten zijn vanuit de isolatiecellen.

Daarnaast moet er méér aandacht komen voor zorg en welzijn van de kwetsbare groep geïsoleerde gedetineerden, zeker in het weekend <sup>lxxxiii</sup>: “ ...het is niet wenselijk dat deze gedurende het weekend niet gezien wordt door de medische dienst en dat de directeur zich niet standaard over hen laat informeren.” Aangezien veel PI's in het weekend géén of beperkt beschikbaar verpleegkundig personeel hebben, volgt hieruit ook de opdracht voor de dienstdoende arts om de gedetineerde in het weekend te bezoeken. Deze arts dient sowieso “onverwijld” door de directeur geïnformeerd te worden over de isolatie-plaatsing, en de arts dient opnieuw geïnformeerd te worden als de plaatsing langer dan 24 uur duurt. Deze tweede melding zou een tweede visite van de arts moeten triggeren :

- “De arts of diens vervanger, dan wel in diens opdracht de verpleegkundige, bezoekt de ingeslotene zo spoedig mogelijk na plaatsing in de straf- of afzonderingscel en nadat hij een melding krijgt dat de afzonderingsmaatregel langer dan vierentwintig uren duurt bezoekt hij de gedetineerde in een afzonderingscel regelmatig.”
- “Minimaal eenmaal per dag stelt de aan de inrichting verbonden arts of diens plaatsvervanger zich op de hoogte van de toestand van de ingeslotene waarbij mechanische middelen zijn aangebracht.” <sup>lxxxiv</sup>

#### 4.1.3. Werkwijze zorgverlening aan personen in isolatie

Onze werkwijze is gebaseerd op de principes van “goed zorgverlenerschap” en wordt ondersteund door uitspraken van de Inspectie voor Volksgezondheid (IGZ) en een rapport van de Inspectie Veiligheid en Justitie (IV&J) die zijn beschreven in hoofdstuk 4.1.2

## Snelle respons, open deuren, verslaglegging en follow-up

*“If you don’t take a temperature, you can’t find a fever”*

*(Samuel Shem, “The house of God”) <sup>lxxxv</sup>*

De gezondheidsrisico’s van isolatie zijn uitgebreid besproken in hoofdstuk 2. Op basis van deze gezondheidsrisico’s krijgt de beoordeling van een patient in isolatie triage-klasse U3 : de arts bezoekt de patient binnen 3 uur na plaatsing in de isolatiecel. Hij neemt kennis van het dossier en heeft hierbij aandacht voor de medische voorgeschiedenis, medicatiegebruik en kwetsbaarheden van deze specifieke ingeslotene. Het daadwerkelijke onderzoek vindt altijd face-to-face, met een open celdeur plaats. Beoordelen door een kijkglas of een boeienluikje is geen acceptabele werkwijze, omdat het noodzakelijke lichamelijk en psychiatrisch onderzoek op deze manier onvoldoende kan plaatsvinden. De arts ontmoet de ingeslotene en gebruikt zijn zintuigen ; “kijk, voel, luister en ruik” is het credo. Zorg voor een duidelijke verslaglegging van de beoordeling in het HIS (Huisarts Informatie Systeem) en maak een plan voor de follow-up : hoe vaak gaat betrokkene bezocht worden, door wie, hoe is geborgd dat de arts op de hoogte blijft, wanneer vindt er evaluatie van het verblijf plaats ? Na het bezoek aan zijn patient brengt de arts advies uit aan de directie. De arts legt in het medisch dossier (HIS) vast welk advies hij gegeven heeft. Zeker in de justitiele setting is het van belang om rechtstreeks met het dienstdoende directielid te spreken – deze persoon is namelijk eindverantwoordelijk voor de isolatie-plaatsing en de gezondheid van de betrokkene. De arts adviseert (ook ongevraagd) op basis van zijn onderzoek over de gezondheidsrisico’s bij deze specifieke patiënt. De arts bevraagt het directielid over de onderliggende noodzaak die tot isolatieplaatsing heeft geleid en stelt minder ingrijpende alternatieven voor. Deze alternatieven kunnen zowel op het gebied van zorg als van veiligheid & straf liggen (zie hoofdstuk 4.1.7). Binnen de justitiele setting is er ook nog de mogelijkheid om de gevangenisplaatsing om te zetten in een vervangende opname in een psychiatrisch ziekenhuis. Dit is geregeld in de PBW artikel 15.5 .<sup>lxxxvi</sup>

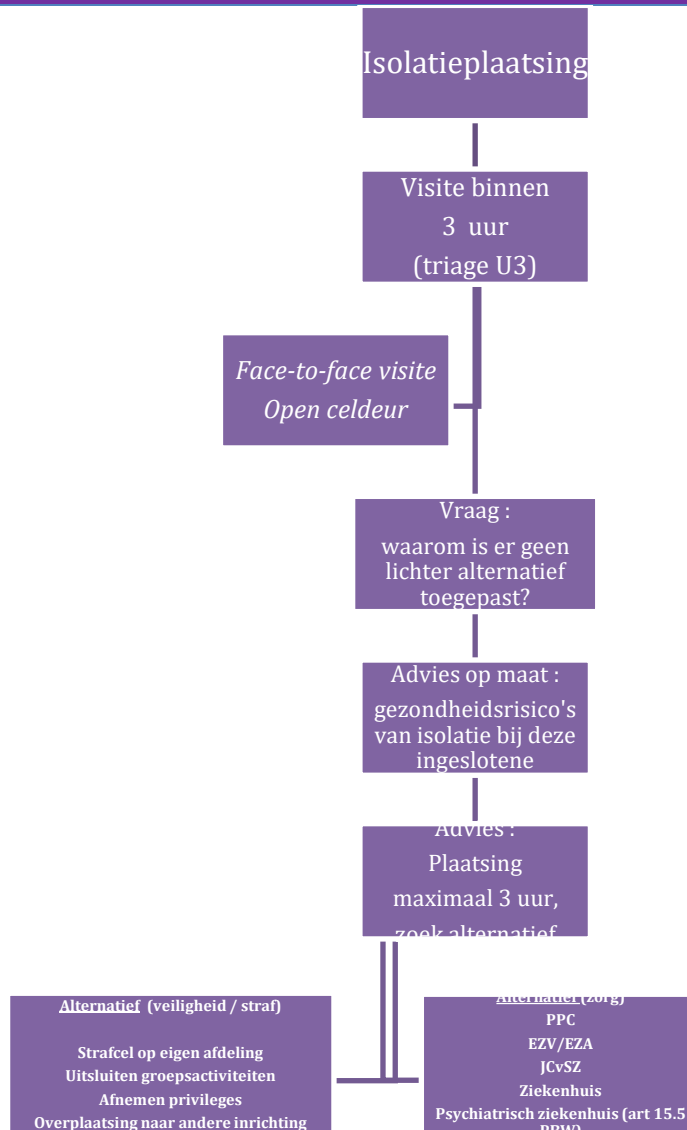
## Urgentiecategorieën uit de Nederlandse Triage Standaard <sup>lxxxvii</sup>

Urgentiecategorieën  
Nederlandse Triage Standaard

Code	Kleur	Titel	In taal	In tijd
<b>U0</b>	<b>rood</b>	<b>Reanimatie</b>	uitval vitale functie	Onmiddellijk
<b>U1</b>	<b>oranje</b>	<b>Levensbedreigend</b>	instabiele vitale functie	Zo snel mogelijk
<b>U2</b>	<b>geel</b>	<b>Spoed</b>	bedreiging vitale functie	Binnen een uur
<b>U3</b>	<b>groen</b>	<b>Dringend</b>	reële kans op schade	Binnen enige uren
<b>U4</b>	<b>blauw</b>	<b>Niet dringend</b>	verwaarloosbare kans op schade	Binnen een etmaal
<b>U5</b>	<b>wit</b>	<b>Advies</b>	geen kans op schade	Volgende werkdag



## WERKWIJZE BEOORDELING PERSOON IN ISOLATIE



## MEDISCH ONDERZOEK VAN EEN PATIËNT IN ISOLATIE



#### 4.1.5. Somatisch onderzoek bij personen in isolatie

### ABCDE : bloot gemaakt, en blootgesteld

Als de arts in contact gekomen is met de betrokkene doet hij allereerst een ABCDE beoordeling van de gezondheidstoestand. Bij deze controle van de vitale functies is de E (Exposure: zie hoofdstuk 2) bijzonder van belang : is betrokkene niet te warm of te koud, hoe zijn de hygienische omstandigheden in de cel ? Exposure staat zowel voor blootstelling (aan welke fysieke factoren en intoxicaties is betrokkene blootgesteld geweest?) als voor bloot maken (ontkleden van de betrokkene en inspectie op letsels)

De arts voert een lichamelijk onderzoek bij betrokkene uit en let hierbij met name op letsels – die kunnen zowel vóór, tijdens als ná de isolatieplaatsing zijn ontstaan. Denk hierbij zowel aan letsel door geweld van arrestatie of plaatsing, als aan automutilatie. Ook zonder scherpe voorwerpen kan er bijvoorbeeld letsel ontstaan door hoofdbonken, eigen nagels of eigen tanden. Om dit onderzoek zorgvuldig uit te voeren dient de arts dus ook onder kledingstukken en dekens te kijken ! Automutilatie is omgeven met schaamte en dit letsel wordt vaak niet spontaan gemeld.

Exposure : aandachtspunten bij onderzoek in de cel	
<b>Onderkoeling</b>	<i>Scheurkleding, slapen op matras op de grond, nat geworden ?</i>
<b>Oververhitting</b>	<i>Onvoldoende geventileerde cel, teveel kleding (daklozen!), worsteling (EDS!)</i>
<b>Letsels</b>	<i>Gearresteerd of geplaatst met overmacht/worsteling ? Automutilatie ? Suïcidepoging ?</i>

## Exposure problemen in de cel

*Een gedetineerde doet een suicide-poging door in zijn cel zijn eigen kleding in brand te steken. De gewaarschuwde brandweer blust de man door een brandslang door het boeienluik te steken en hem nat te spuiten. Hierna duurt het nog een aantal minuten voordat het intern bijstandteam de deur heeft geopend. Bij onderzoek nadien vindt de arts een keur aan exposure-problemen : blootstelling aan rook, brandwonden maar ook onderkoeling door het bluswater en natte kleding*

*Bij bezoek aan een cel wordt de arts gewaarschuwd dat het letterlijk een 'dwarsligger' betreft : de gedetineerde ligt de hele tijd met zijn matras voor de deur. Vanwege suicidale uitspraken is hij in een isolatiecel geplaatst ; hij draagt alleen een scheurjurk en beschikt over een scheurdeken en een schuimmatras. Er wordt direct aangenomen dat het hier om tegenwerking gaat, maar als de arts betrokkene uiteindelijk spreekt blijkt hij het gewoon erg koud te hebben. Door de spleet onder de celdeur komt nog wat warmte naar binnen en daar wilde meneer van profiteren. Hier was opnieuw sprake van onderkoeling.*

#### 4.1.6 Psychiatrisch onderzoek bij personen in isolatie

##### **Casus : Berichten uit de isoleercel**

***“Deze kamer was een tempel voor de God van het Einde, Saturnus, die de Grieken Kronos noemen. Ik had alle wetten gebroken en daarom was ik hier neergezet, voorbij de laatste deur. Dit was de onderwereld. (...) Mijn gebons en geroep werden niet gehoord, mijn geest kon de weg naar huis blijkbaar niet vinden. Dit was het hart van de piramide, de koningskamer. Een enorme droefenis overviel me. Ik ging op mijn rug op het matras liggen en ik voelde hoe ik gemummificeerd werd. Mijn gezicht viel in en mijn lippen verschrompelden, waarbij mijn tanden bloot kwamen te liggen. Ik staarde met lege oogkassen naar het plafond.”***

***“ Ik hield het koffiebekertje schuin en creëerde een spoor van koffiedruppels op de vloer, van de muren naar de deur, van de deur naar het matras en van het matras naar het toilet, als een droomtijdspeer voor mijn ziel”***

***“ Dit toilet was het mondstuk van de laatste pijp. Als ik door deze pijp ging, zou het mijn zielendood betekenen, mijn uiteindelijke verlossing”***

***“ Ik viel in slaap en werd wakker met een verschrikkelijke dorst. Ik zag het lege koffiebekertje liggen en likte er druppels uit met mijn vinger. Dorst. Ik stak het bekertje in de toiletpot en vulde het met wc-water. Het smaakte me goed. Drinken uit de toiletpot was een goede handeling, want het was lekker én het keerde de wetten van deze ruimte om”***

*( Alleen : Berichten uit de isoleercel. Sam Gerrits, 2007)<sup>xxxviii</sup>*

Zoals in hoofdstuk 2 uitgebreid beschreven kan plaatsing in een isoleercel snel tot mentale decompensatie leiden. Of dit nu een nieuw ziektebeeld is, of een toename van een reeds bestaand probleem, maakt eigenlijk niet uit – er ontstaat een acute psychiatrische zorgbehoefte.

De arts voert een oriënterend psychiatrisch onderzoek uit en overweegt om een psychiater of psycholoog te raadplegen. De arts heeft bijzondere aandacht voor psychose-kenmerken, stemming (angstig/somber/boos etc), automutilatie en suicidaliteit. De arts draagt zorg voor goede verslaglegging in het medisch dossier (HIS).

<b>Het oriënterend psychiatrisch onderzoek</b> <sup>lxxxix</sup>	
<b>Eerste indruk</b>	<i>Verzorging, gelaatsuitdrukking, geschatte leeftijd conform kalenderleeftijd ?</i>
<b>Contact</b>	<i>Contactgroei, oogcontact</i>
<b>Gevoel</b>	<i>Welk gevoel roept betrokkene op bij de arts ?</i>
<b>Bewustzijn</b>	<i>Helder of verlaagd ? Schatting met EMV (3-15) of AVPU score</i>
<b>Aandacht en concentratie</b>	<i>Concentratiestoornis, verhoogde afleidbaarheid</i>
<b>Oriëntatie</b>	<i>Tijd, plaats, andere personen, eigen persoon</i>
<b>Geheugen</b>	<i>Korte termijn, lange termijn, confabuleren (leegtes opvullen)</i>
<b>Oordeelsvorming</b>	<i>Gestoord realiteitsbesef, zelfoverschatting, gebrek aan zelfkritiek</i>
<b>Ziekte-inzicht</b>	<i>Ziekte-inzicht, ziekte-besef</i>
<b>Waarneming</b>	<i>Hallucinaties (akoestisch, visueel, tactiel)</i>
<b>Denken</b>	<i>Vorm (tempo, samenhang) en inhoud (wanen, dwanggedachten)</i>
<b>Stemming</b>	<i>Eufoor, normofoor, somber, prikkelbaar/boos, angstig</i>
<b>Affect</b>	<i>Vlak, labiel of normaal modulerend ?</i>
<b>Suicidaliteit</b>	<i>Gedachten, plannen, eerdere pogingen ?</i>

#### 4.1.7. Alternatieven voor isolatie

Alternatieven voor isolatie binnen justitie	
<b>Straf en beheer</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Plaatsing op een afdeling met <u>minder beperkingen dan een isoleercel</u> :               <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Strafcel op eigen afdeling</li> <li>▪ Insluiting in eigen cel / uitsluiting van groepsactiviteiten</li> <li>▪ Afnemen van privileges ( tv, sport, etc)</li> <li>▪ Overplaatsing naar andere inrichting</li> </ul> </li> </ul>
<b>Zorg</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Plaatsing in een situatie met <u>meer zorg</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ PPC ( Penitentiair Psychiatrisch Centrum – als een PPC-plek met ‘terstond-plaatsing’ wordt aangevraagd kan betrokkene binnen enkele uren overgeplaatst worden)</li> <li>▪ EZA / EZV (Extra zorg afdeling/voorziening)</li> <li>▪ JCvSZ (Justitieel Centrum voor Somatische Zorg)</li> <li>▪ Ziekenhuis</li> <li>▪ Psychiatrisch ziekenhuis ( beoordeling door de crisisdienst, met art. 15.5 van de PBW overplaatsen)</li> </ul> </li> </ul>

## 4.2. De mechanische middelen

### 4.2.1. Mechanische middelen

Op basis van artikel 33 van de Penitentiaire Beginselenwet (PBW) kan de directeur besluiten om “mechanische middelen aan het lichaam” aan te brengen om een gedetineerde in zijn bewegingsvrijheid te beperken. Er moet sprake zijn van noodzaak tot afwenden van ernstig gevaar voor de gezondheid van gedetineerde of anderen. De arts dient direct op de hoogte te worden gesteld.<sup>xc</sup> Dienst Justitiële Inrichtingen (DJI) noemt de volgende indicaties voor toepassing van deze middelen :

- heftige psychomotore onrust
- ernstige agressie naar anderen,
- ernstige impulsiviteit of automutilatie

Het is een “uiterste maatregel” als andere methoden geen uitkomst bieden en de directeurs worden door DJI aangestuurd om er uiterst terughoudend mee te zijn.<sup>xci</sup>

De mechanische middelen die kunnen worden toegepast zijn :

1. Valhelm of schuimhelm
2. Gecapitonneerde handschoenen
3. Mondafscherming
4. Polsbanden aan riem om middel
5. Enkelbanden met tussenstuk
6. Handboeien
7. Veiligheidsbed<sup>xcii</sup>

In praktische zin ziet dit er meestal uit als een gedetineerde in buikligging, met handen en voeten vastgebonden en een helm en/of spuugmasker over het hoofd. Nog los van het feit dat dit psychisch een zeer ingrijpende maatregel is waarbij er totaal controleverlies optreedt, kunnen er ook lichamelijke complicaties optreden. Denk hierbij aan afknelling van bloedvaten en zenuwen, verstikking (door positie en door masker), onderkoeling (door stil liggen in één houding) en oververhitting (door worstelen tegen de mechanische middelen).



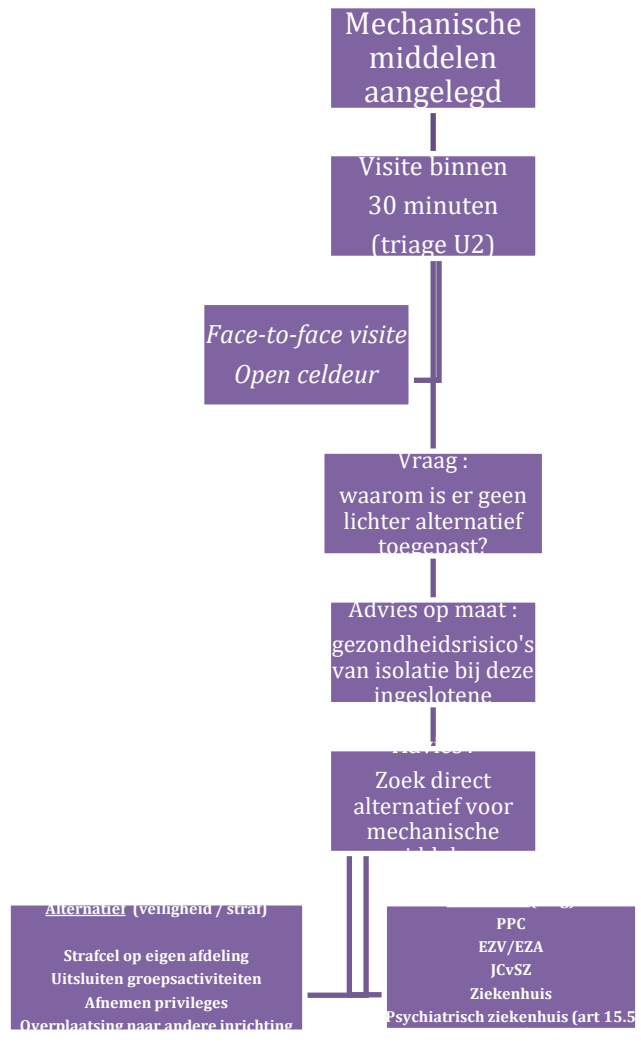
#### 4.2.2. De zorgverlening aan personen in mechanische middelen

Bij het aanleggen van mechanische middelen bestaat een reëel risico op bedreiging van de vitale functies. Daarom is een visite bij een persoon in mechanische middelen triage-categorie U2 : direct vertrekken, streven naar ter plaatse zijn binnen 30 minuten na melding.

xciii

De organisatie van zorgverlening aan personen in mechanische middelen is gelijk aan die van alle in isolatie-geplaatsten, waarbij er nadrukkelijk lichamelijk (letsels en afknelling door de mechanische middelen) en psychiatrisch (totaal controleverlies door deze maatregel, en oorzaken voor de oorspronkelijke ontregeling) onderzoek moet plaatsvinden. Ook hier is exposure (te warm, te koud, letsel) een belangrijk element van het onderzoek ! Zie ook hoofdstuk 4.1.5 en 4.1.6

**WERKWIJZE BEOORDELING PERSOON IN MECHANISCHE MIDDELEN**



## MEDISCHE BEOORDELING PERSOON IN MECHANISCHE MIDDELEN



Exposure : aandachtspunten bij onderzoek t.a.v. mechanische middelen	
<b>Mechanische middelen</b>	<i>Afknelling zenuwen/bloedvaten, verstikking (masker/buikligging)</i>
<b>Onderkoeling</b>	<i>Scheurkleding, slapen op matras op de grond, nat geworden, stil liggen door fixatie ?</i>
<b>Oververhitting</b>	<i>Onvoldoende geventileerde cel, teveel kleding (daklozen!), worsteling (EDS!)</i>
<b>Letsels</b>	<i>Gearresteerd of geplaatst met overmacht/worsteling ? Automutilatie ? Suïcidepoging ?</i>

Het oriënterend psychiatrisch onderzoek <sup>xciv</sup>	
<b>Eerste indruk</b>	<i>Verzorging, gelaatsuitdrukking, geschatte leeftijd conform kalenderleeftijd ?</i>
<b>Contact</b>	<i>Contactgroei, oogcontact</i>
<b>Gevoel</b>	<i>Welk gevoel roept betrokkene op bij de arts ?</i>
<b>Bewustzijn</b>	<i>Helder of verlaagd ? Schatting met EMV (3-15) of AVPU score</i>
<b>Aandacht en concentratie</b>	<i>Concentratiestoornis, verhoogde afleidbaarheid</i>
<b>Oriëntatie</b>	<i>Tijd, plaats, andere personen, eigen persoon</i>
<b>Geheugen</b>	<i>Korte termijn, lange termijn, confabuleren (leegtes opvullen)</i>
<b>Oordeelsvorming</b>	<i>Gestoord realiteitsbesef, zelfoverschatting, gebrek aan zelfkritiek</i>
<b>Ziekte-inzicht</b>	<i>Ziekte-inzicht, ziekte-besef</i>
<b>Waarneming</b>	<i>Hallucinaties (akoestisch, visueel, tactiel)</i>
<b>Denken</b>	<i>Vorm (tempo, samenhang) en inhoud (wanen, dwanggedachten)</i>
<b>Stemming</b>	<i>Eufloor, normofoor, somber, prikkelbaar/boos, angstig</i>
<b>Affect</b>	<i>Vlak, labiel of normaal modulerend ?</i>
<b>Suïcidaliteit</b>	<i>Gedachten, plannen, eerdere pogingen ?</i>

#### 4.2.3 Alternatieven voor mechanische middelen

Gezien het enorme ingrijpende karakter van het aanleggen van de mechanische middelen, waarbij de gedetineerde totaal controleverlies ervaart, dient onverwijld naar een alternatief te worden gezocht. We kunnen ons geen psychiatrisch toestandsbeeld voorstellen waarbij het aanleggen van hand-voet-en-hoofdklusters een werkbare oplossing is.

#### **Mechanische middelen : overwegingen voor de arts**

**Denk differentiaal-diagnostisch aan het Excited Delirium Syndroom als oorzaak voor de opwindingsstoestand en handel conform de medTzorg/FMMU richtlijn Verslaving : EDS !  
→ sedatie en ambulance naar somatisch ziekenhuis**

**Denk sowieso aan sedatie om de patstelling met mechanische middelen te doorbreken ; ook bij sedatie is er sprake van dwang, maar het middel is vaak meer in proportie en minder schadelijk dan de mechanische middelen**

- **Sedatie kan op grond van WGBO als er acuut gevaar voor leven, of gevaar voor ernstig gezondheidsnadeel dreigt (noodtoestand)**
- **Sedatie kan op grond van de PBW waarbij de directeur de gedetineerde opdraagt een medische handeling te ondergaan (jij moet dit als arts uiteraard wel zinvol vinden!) – er moet dan wel een duidelijk doel worden geformuleerd, zoals sedatie om overbrengen naar een PPC (penitentiair psychiatrisch complex) of een psychiatrisch ziekenhuis (art. 15.5 PBW) mogelijk te maken. Jouw handelen moet bijdragen aan het oplossen van de situatie.**

**Een directeur die tot mechanische middelen besluit is vaak “handelingsverlegen” : hij ziet geen enkele andere manier meer om de situatie te doorbreken. Help het management van de PI door als arts weer “handelingsperspectief” te geven : doe concrete voorstellen voor alternatieven om de onrust te doorbreken. Deze alternatieven kunnen zowel op somatisch (organische oorzaak voor de onrust) als op psychiatrisch vlak liggen.**

De arts kan in alle gevallen besluiten om de situatie direct te doorbreken door “chemische fixatie” toe te passen : het sederen van betrokkene met medicatie. Dit levert over het algemeen nauwelijks gevaar op voor betrokkene en is een veel humanere oplossing dan het aanleggen van mechanische middelen. Het koopt tijd waarin naar een meer passende definitieve oplossing gezocht kan worden. De arts kan zijn handelen op 2 manieren juridisch onderbouwen:

1. Vanuit de WGBO. Er is een noodtoestand waarin er gevaar dreigt voor leven (onderkoeling, verstikking) of ledemaat (afknelling, ontwrichting) als het opwindingsbeeld blijft voortduren. De arts kan dan beslissen om in het belang van de patiënt te handelen zonder zijn toestemming. Er moet dan wel duidelijk worden dat er zonder ingrijpen ernstig nadeel dreigt voor betrokkene.
2. Vanuit de PBW. De directeur kan een gevangene verplichten om tegen zijn zin een medische handeling te ondergaan, die uitgevoerd wordt door een arts. Samenwerking zoeken met de directeur in zo'n prangende situatie is altijd goed, maar kan in dit geval dus ook tot een directe (zij het tijdelijke) oplossing leiden.

De arts moet zich realiseren dat dit nog steeds een grensoverschrijdende maatregel is voor betrokkene, maar in het geval van mechanische middelen wellicht de minste van twee kwaden.

De praktische uitvoering van deze sedatie is gelijk aan die voor elke opwindingsstoestand ( en wordt in detail beschreven in medTzorg/FMMU richtlijn Verslaving: Excited Delirium Syndrome en het landelijk protocol ambulance zorgverlening)

Sedatie vindt het beste plaats met benzodiazepinen, omdat deze de minste bijwerkingen en interacties hebben, en er een antidotum voor bestaat. Bijkomend voordeel is dat benzodiazepinen ook als neusspray kunnen worden toegediend. Antipsychotica zijn relatief gecontra-indiceerd omdat ze QT-tijd verlenging kunnen geven (zeker in combinatie met andere medicatie of drugs) en acute dystonie : dat zijn complicaties waar je in zo'n acute situatie niet op zit te wachten.

### Sedatie / chemische fixatie als alternatief voor mechanische middelen <sup>xcv xcvi</sup>

- *Midazolam neusspray, 5mg per gift, zonodig herhalen tot de onrust bezworen is*
- *Midazolam injectie, 5 mg per intramusculaire injectie, nodig herhalen tot de onrust bezworen is*

**Let op, dat je de vitale functies (ABCDE) blijft bewaken zodra de sedatie intreedt en heb met name aandacht voor een vrije ademweg (boeien los, stabiele zijligging, hulpverlener ernaast)**

Voor psychiatrische ontregeling bestaan op zorggebied goede alternatieven :

- Overbrengen naar een PPC (Penitentiair Psychiatrisch Centrum) met een 'terstond plaatsing'
- Overbrengen naar een reguliere psychiatrische afdeling onder artikel 15.5 PBW

Ook op veiligheidsgebied kun je aan goede alternatieven denken :

- Overbrengen naar een Extra Beveiligde Inrichting ( EBI)
- Overbrengen naar een beheersafdeling

### Alternatieven voor isolatie binnen justitie

<b>Straf en beheer</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Plaatsing op een afdeling met <u>minder beperkingen dan een isoleercel</u> :           <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Strafcel op eigen afdeling</li> <li>▪ Insluiting in eigen cel / uitsluiting van groepsactiviteiten</li> <li>▪ Afnemen van privileges ( tv, sport, etc)</li> <li>▪ Overplaatsing naar andere inrichting</li> </ul> </li> </ul>
<b>Zorg</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Plaatsing in een situatie met <u>meer zorg</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ PPC ( Penitentiair Psychiatrisch Centrum – als een PPC-plek met</li> </ul> </li> </ul>

	<p>‘terstond-plaatsing’ wordt aangevraagd kan betrokkene binnen enkele uren overgeplaatst worden)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ EZA / EZV (Extra zorg afdeling/voorziening)</li> <li>▪ JCvSZ (Justitieel Centrum voor Somatische Zorg)</li> <li>▪ Ziekenhuis</li> <li>▪ Psychiatrisch ziekenhuis ( beoordeling door de crisisdienst, met art. 15.5 van de PBW overplaatsen)</li> </ul>
--	---

## 4.3 Plaatsing onder cameratoezicht

### 4.3.1 Cameratoezicht

Als een gedetineerde onder camera-observatie wordt geplaatst, is dit een inperking van zijn rechten en met name een grote inbreuk op zijn persoonlijke levenssfeer. Er moeten zwaarwegende belangen meespelen om deze inbreuk te rechtvaardigen. Ook hier is dus sprake van een vrijheidsbeperkende maatregel ! De arts moet zich realiseren dat het cameratoezicht meestal op een isoleercel plaatsvindt (met de risico's van dien) en dat het licht vaak 24 uur aanblijft vanwege het camerabeeld – hierbij bestaat het risico op desoriëntatie en slaapstoornissen!

Argumenten om iemand onder cameratoezicht te plaatsen zijn :

- Openbare veiligheid
- Bescherming van de rechten en veiligheid van anderen (personeel, medege-detineerden)
  - Je kunt hier ook denken aan het voorkómen van een suïcide, omdat de slachtoffers nog recht hebben op een proces (voorbeeld: terrorisme-verdachte of verdachte van moord )



- Voorkomen van een strafbaar feit
- Bescherming van de gezondheid van betrokkene
  - Voorbeeld : iemand die drugs ingeslikt heeft (smokkel binnen gevangenis, of bollenslikker)
  - Voorbeeld : verward persoon waar automutilatie of suïcide dreigt
  - Voorbeeld : intoxicatie met alcohol/drugs waarbij je welzijn/bewustzijn wilt monitoren <sup>xcvii</sup>

#### 4.3.2 Relevante wetgeving

PBW : Penitentiaire Beginselen Wet <sup>xcviii xcix</sup>	
<b>PBW art 24 A : cameratoezicht en adviserende rol van de arts (afzondering)</b>	<p>De directeur kan, indien dit ter bescherming van de geestelijke of lichamelijke toestand van de gedetineerde noodzakelijk is, bepalen dat de gedetineerde die in een afzonderingscel verblijft, dag en nacht door middel van een camera wordt geobserveerd.</p> <p>Alvorens hij hiertoe beslist, wint hij het advies in van een gedragsdeskundige onderscheidenlijk de inrichtingsarts, tenzij dit advies niet kan worden afgewacht. In dat geval wint de directeur het advies zo spoedig mogelijk na zijn beslissing in.</p>
<b>PBW art 51 A cameratoezicht en adviserende rol van de arts (straf)</b>	<p>De directeur kan, indien dit ter bescherming van de geestelijke of lichamelijke toestand van de gedetineerde noodzakelijk is, bepalen dat de gedetineerde die in een strafcel verblijft, dag en nacht door middel van een camera wordt geobserveerd.</p> <p>Alvorens hij hiertoe beslist, wint hij het advies in van een gedragsdeskundige onderscheidenlijk de inrichtingsarts, tenzij dit advies niet kan worden afgewacht. In dat geval wint de directeur het advies zo spoedig mogelijk na zijn beslissing in.</p>
<b>Regeling eisen verblijfsruimte</b>	Artikel 10c bepaalt dat de inrichtingsarts of een aan de inrichting verbonden gedragsdeskundige zich ten minste eenmaal per week

<b>penitentiaire inrichtingen</b>	op de hoogte stelt van de toestand van de gedetineerde die door middel van een camera dag en nacht wordt geobserveerd.
-----------------------------------	--

#### 4.3.3 Rol van de inrichtingsarts of gedragsdeskundige

De arts zal zich met name moeten afvragen welk effect cameratoezicht op de lichamelijke, en vooral mentale gezondheid van de gedetineerde heeft. Omdat er voor cameratoezicht in vrijwel alle gevallen een straf-of observatiecel gebruikt wordt gelden er dezelfde beoordelingscriteria als bij plaatsing in isolatie. De wet schrijft voor de arts zich hierna minstens éénmaal per week op de hoogte stelt van het wel en wee van de betrokkene, maar het spreekt voor zich dat als iemand om gezondheidsredenen onder cameratoezicht is geplaatst de arts zich er veel intensiever mee bemoeit!

## 5. Isolatie en vrijheidsbeperking binnen zorginstellingen

### 5.1. De wet BOPZ

Anno 2017 wordt toepassing van dwang in de zorg geregeld door de Wet BOPZ<sup>c</sup> (Bijzondere Opname in Psychiatrische Ziekenhuizen). Het belangrijkste doel van de BOPZ is het afwenden van gevaar : dit kan zowel gevaar voor zichzelf, voor anderen of voor de leefomgeving zijn. Gedwongen opname is hierbij een uiterst middel, dat alleen kan worden ingezet als er geen andere manier is om dit gevaar af te wenden.

De Wet BOPZ is van toepassing op een keur aan doelgroepen :

- Psychogeriatrische patiënten (ouderenzorg voor patiënten met dementie)
- Verstandelijk beperkte patiënten
- Psychiatrisch patiënten

Omdat de kenmerken en zorgbehoeften van deze doelgroepen ver uit elkaar liggen wordt er op dit moment gewerkt aan het vervangen van de wet BOPZ door twee afzonderlijke wetten ( zie paragraaf 5.7 voor verdere toelichting) :

- Wet Verplichte GGZ (psychiatrische patiënten)
- Wet Zorg en Dwang ( patiënten met dementie of verstandelijke beperking)

Deze wetten zijn al door de Tweede Kamer aangenomen en wachten op behandeling in de Eerste Kamer. Totdat de nieuwe wetten zijn aangenomen hebben we als hulpverleners met de wet BOPZ te maken.

Onder de BOPZ zijn er diverse vormen van opname mogelijk :

- Opname met een IBS
- Opname met een RM
- Artikel 60 opname

### 5.1.1 De IBS

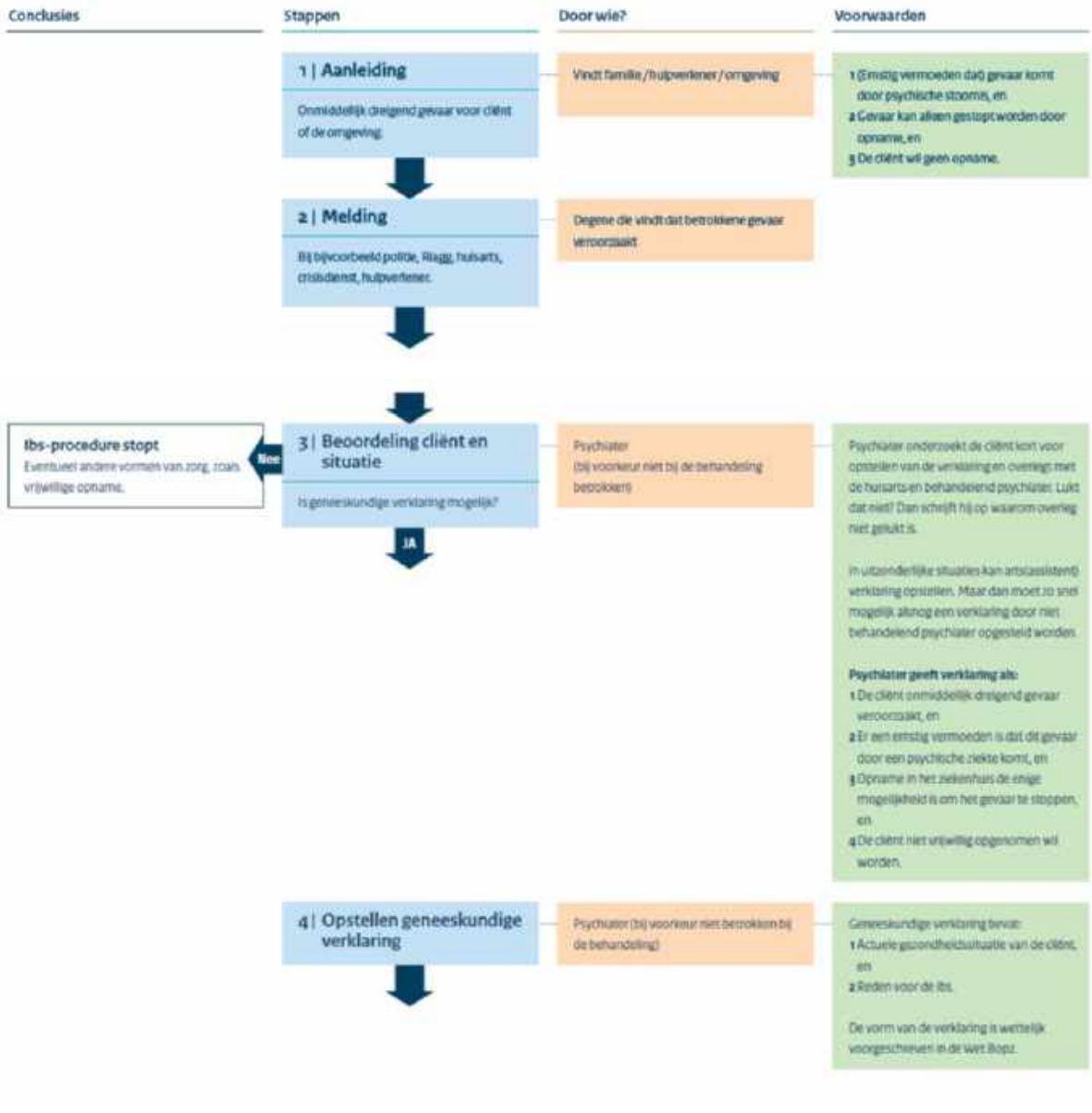
#### In Bewaring Stelling (IBS)

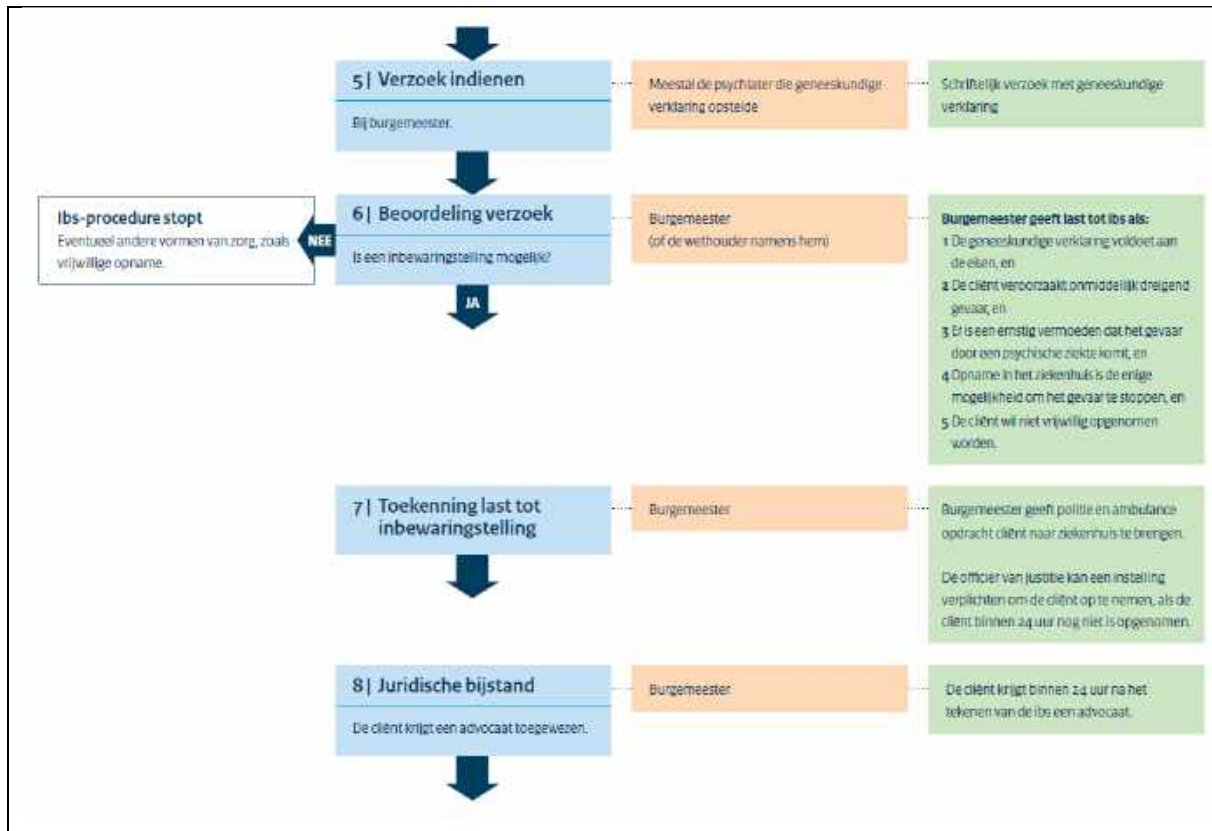
- **IBS (In Bewaring Stelling) <sup>ci</sup>**
  - **Spoodmaatregel om iemand op te nemen in een instelling**
  - **Er is sprake van uiterste nood : gevaar voor zichzelf of anderen**
  - **Er is sprake van tijdsdruk : het gevaar is zo onmiddellijk dreigend dat er niet op een rechterlijke machtiging kan worden gewacht.**
  - **Er is een geneeskundige verklaring nodig (van de arts, meestal een psychiater)**
    - **Is patiënt acuut gevaarlijk voor zichzelf, anderen of zijn omgeving?**
    - **Is het gevaar het gevolg van een stoornis van de geestvermogens?**
    - **Weigert patiënt vrijwillige opname ?**
    - **Is een opname echt nodig om het gevaar weg te nemen ? (geen lichtere maatregel mogelijk?)**
  - **Er is toestemming van de burgemeester nodig**
  - **Na toestemming van de burgemeester wordt patiënt naar een BOPZ instelling overgebracht**
  - **Na 3 dagen beoordeelt de rechter of de IBS nog nodig is. Zoja, dan wordt de IBS met 3 weken verlengd**
  - **Na deze drie weken kan de behandelaar besluiten om een rechterlijke machtiging aan te vragen om de gedwongen opname te kunnen voortzetten**

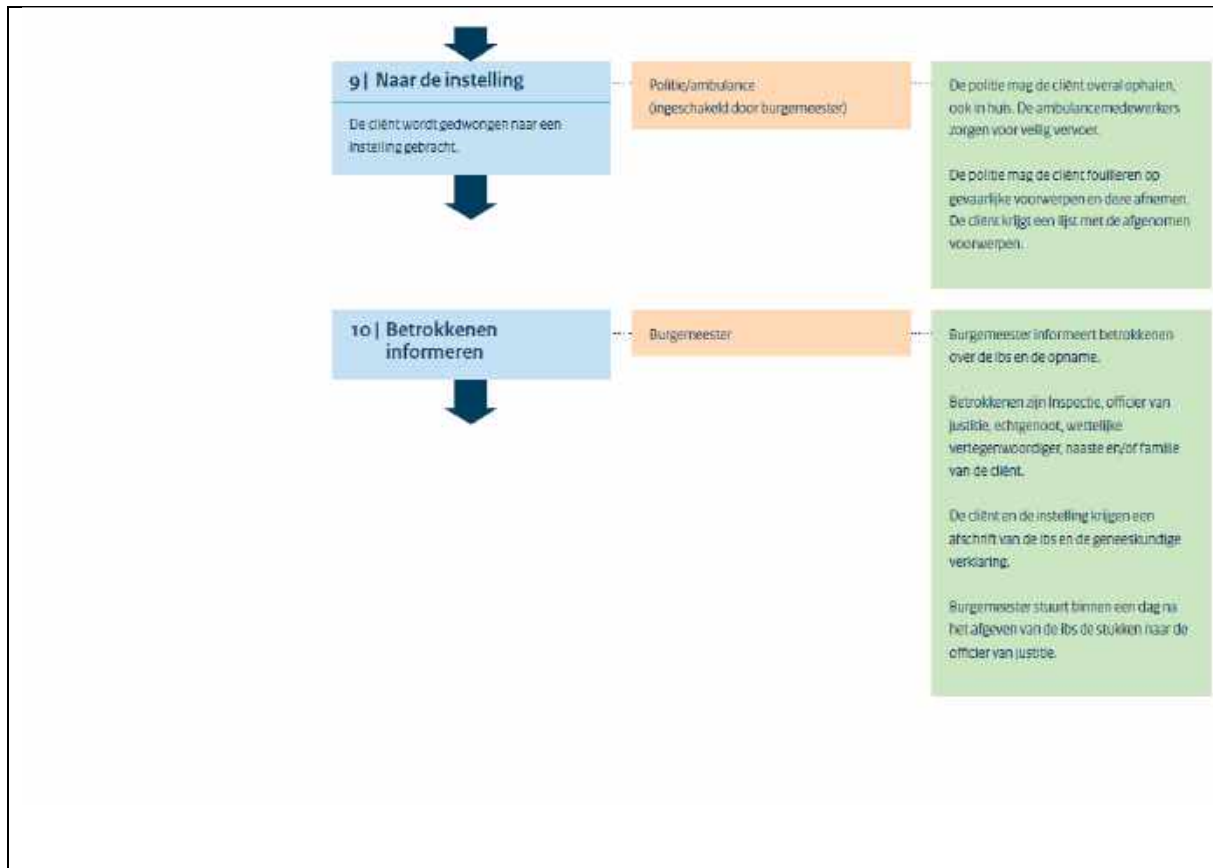
## Procedure inbewaringstelling (ibs) en machtiging voortzetting ibs

### Introductie

Een inbewaringstelling (ibs) is een spoedmaatregel om iemand bij onmiddellijk dreigend gevaar gedwongen op te nemen in een psychiatrisch ziekenhuis. Er moet een ernstig vermoeden zijn dat dat gevaar door een psychische ziekte komt.







### 5.1.2 De RM

#### Rechterlijke Machtiging (RM)

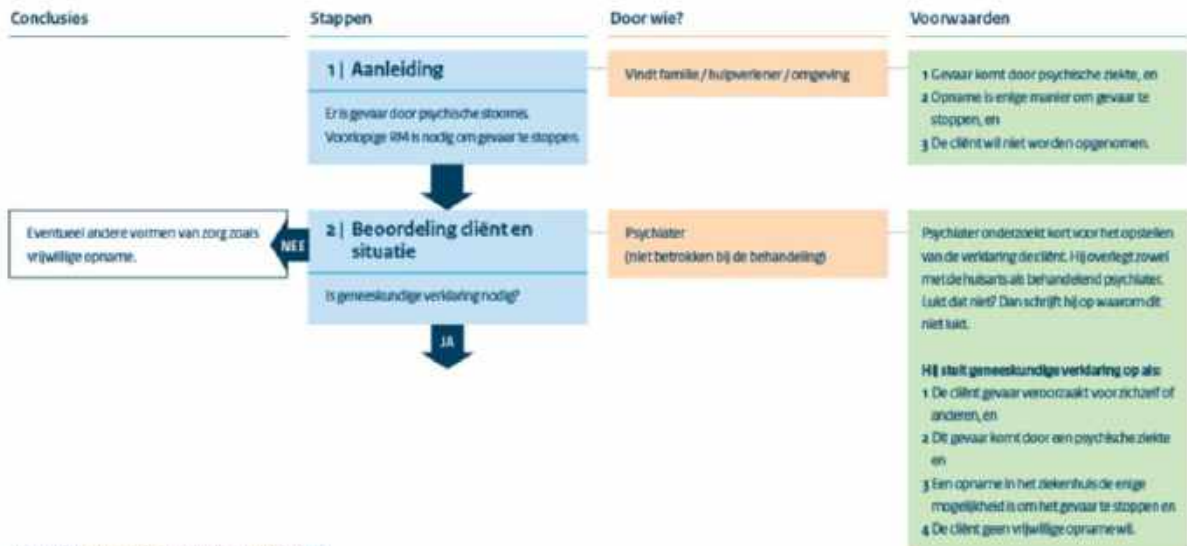
- **RM (Rechterlijke Machtiging) <sup>cii</sup>**
  - **Beslissing van de rechter dat iemand gedwongen opgenomen moet worden**
  - **Geen spoedmaatregel maar een langzame procedure**
  - **Er is een geneeskundige verklaring nodig (van de arts, meestal een psychiater)**
    - **Is patiënt acuut gevaarlijk voor zichzelf, anderen of zijn omgeving?**
    - **Is het gevaar het gevolg van een stoornis van de geestvermogens?**
    - **Weigert patiënt vrijwillige opname ?**
    - **Is een opname echt nodig om het gevaar weg te nemen ? (geen lichtere maatregel mogelijk?)**
  - **De rechter beslist binnen 4 weken**
  - **De RM is maximaal 6 maanden geldig en wordt dan opnieuw getoetst (als behandelaar voortzetting nodig acht)**



## Procedure voorlopige rechterlijke machtiging (rm)

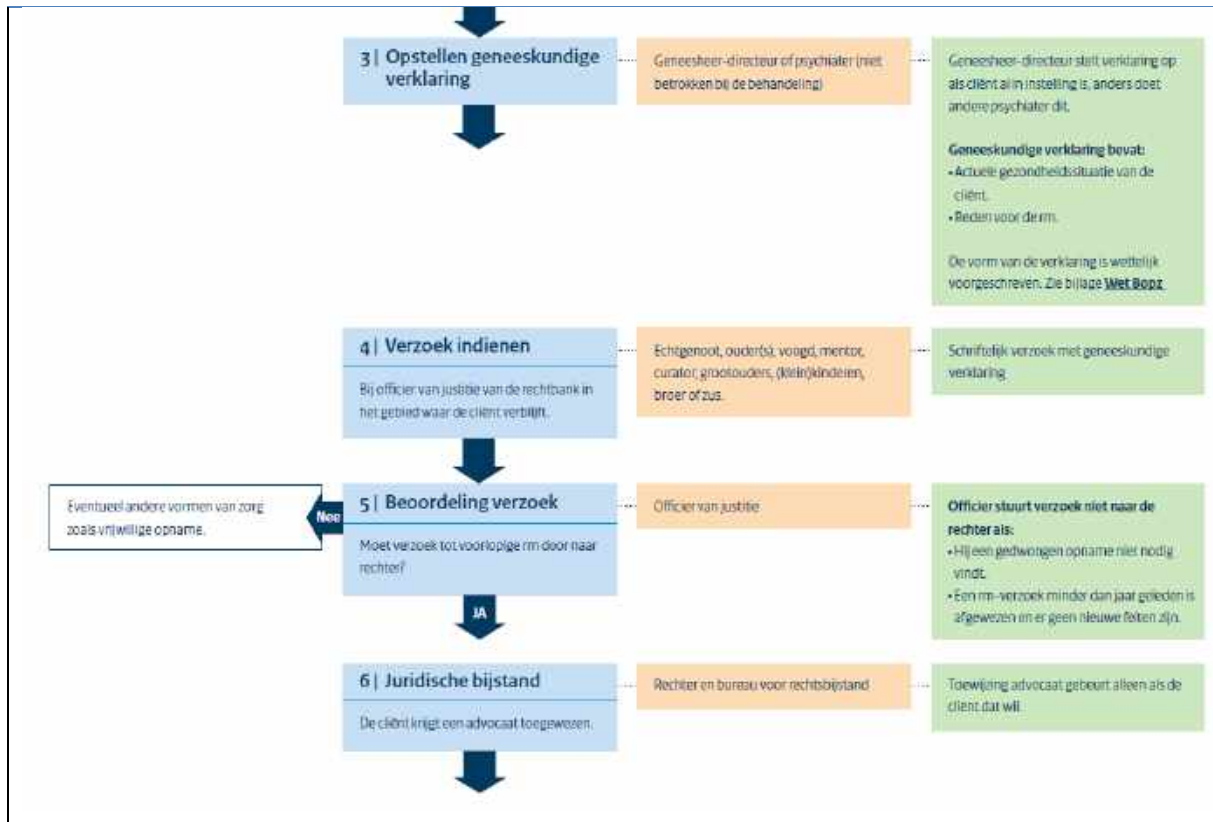
### Introductie

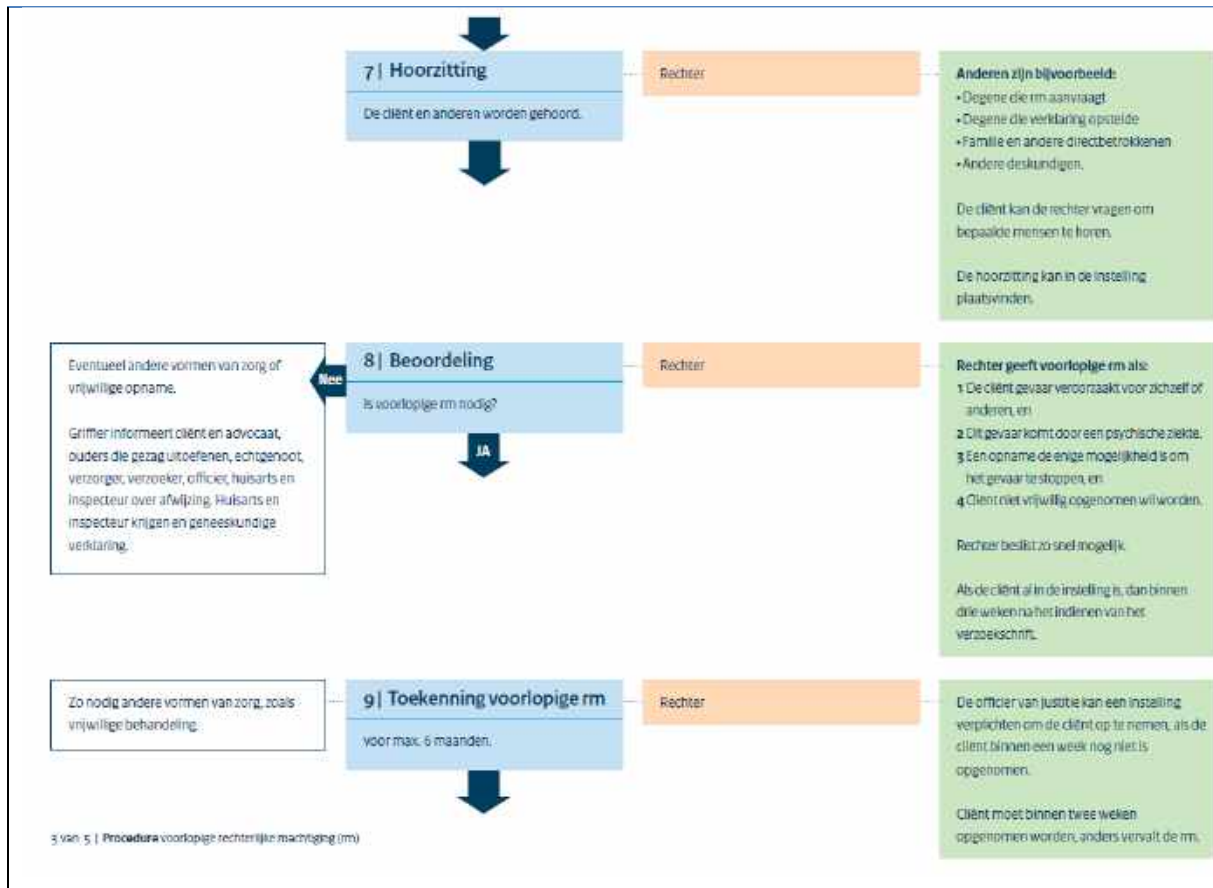
Een voorlopige rechterlijke machtiging is een beslissing van de rechter om een cliënt gedwongen op te nemen in een psychiatrisch ziekenhuis.

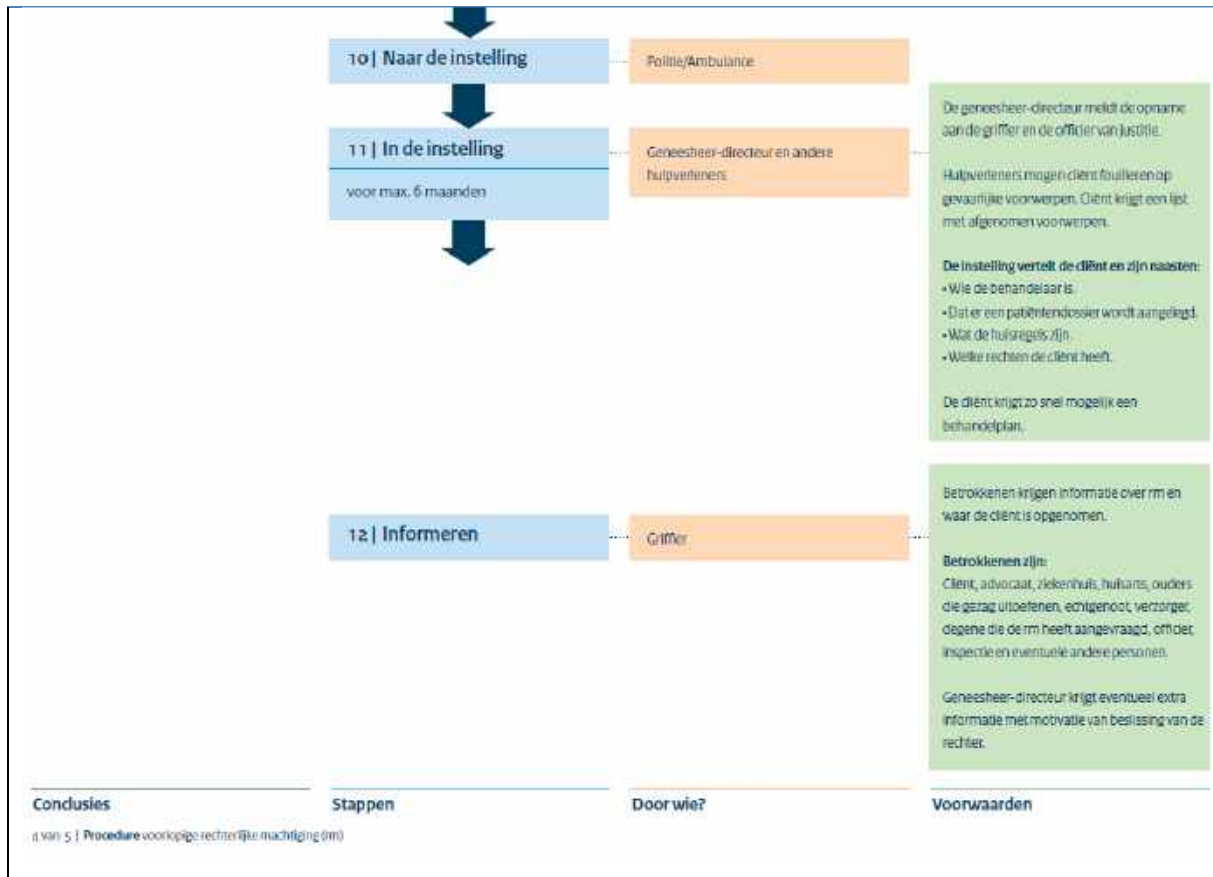


1 van 5 | Procedure voorlopige rechterlijke machtiging (rm)









### 5.1.3 De artikel 60 procedure

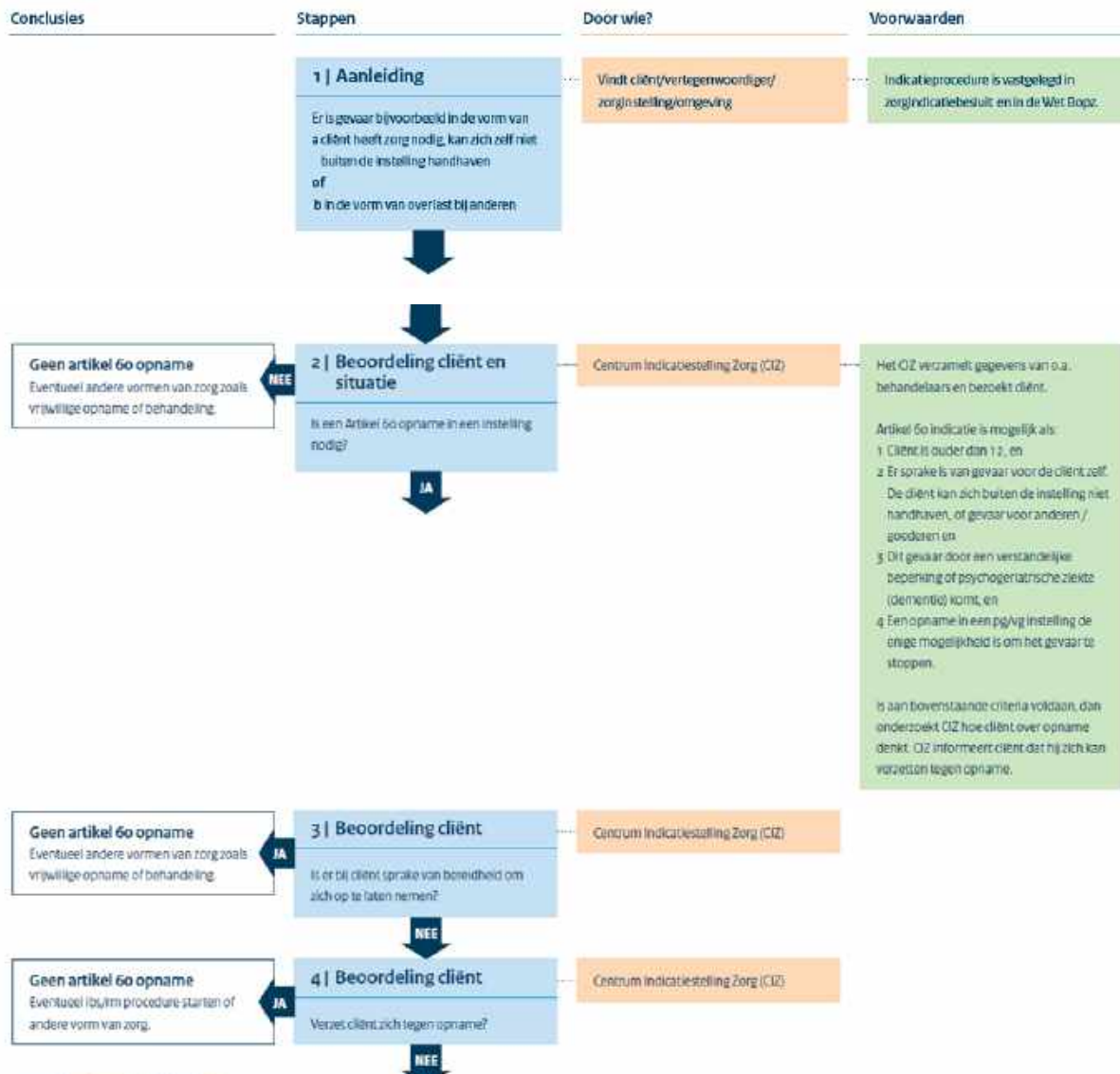
#### Artikel 60 procedure ('geen bereidheid, geen verzet')

- **Artikel-60 procedure <sup>ciii</sup> : “geen bereidheid, geen verzet”**
  - **Het gaat om patiënten met een verstandelijke beperking of dementie**
  - **Ze zijn niet in staat om zich buiten een instelling zelfstandig te handhaven**
  - **Ze zijn ook niet meer in staat om zelf aan te geven, dat ze opgenomen willen worden**
  - **Ze verzetten zich niet actief tegen opname**
  - **Er is sprake van “geen bereidheid, geen verzet”**
  - **De indicatie wordt niet afgegeven door een rechter, maar door het CIZ ( centrum indicatiestelling zorg)**
  - **Als patiënt aangeeft vrijwillig opgenomen te worden, vervalt de grond voor artikel 60**
  - **Als patiënt zich actief verzet tegen opname, vervalt de grond voor artikel 60 : er zal dan een IBS of RM aangevraagd moeten worden.**

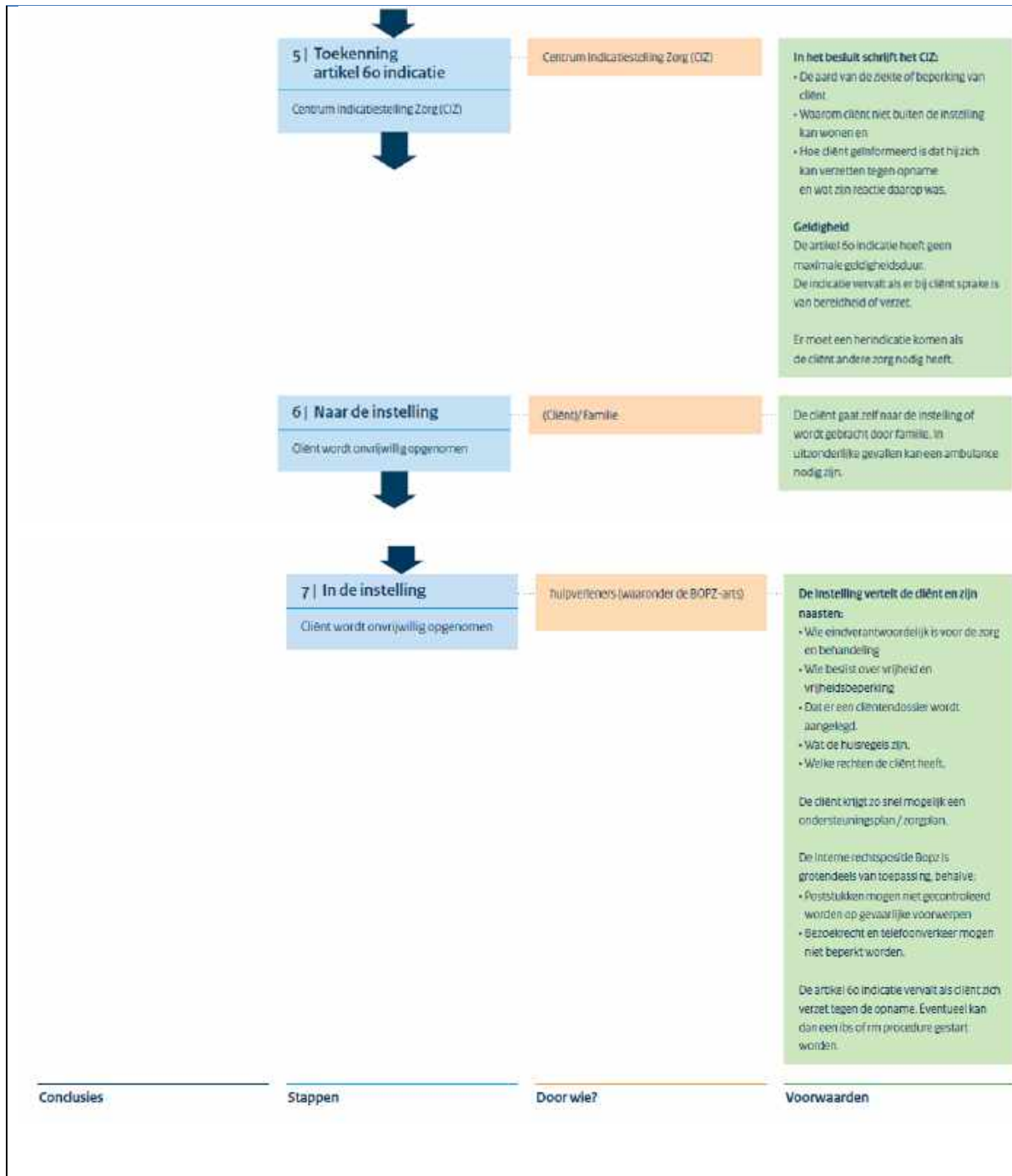
## Procedure Artikel 60 Bopz indicatie

### Introductie

Een artikel 60 Bopz opname is een beslissing van het indicatiorgaan (CIZ) om een cliënt gedwongen op te nemen in een instelling of afdeling met bopz-aanmerking. Deze machtiging is bedoeld voor cliënten die zich niet verzetten tegen een opname, maar ook geen bereidheid tonen.



2 van 4 | Procedure Artikel 60 Bopz Indicatie



## 5.2 Toelichting op de wet BOPZ <sup>civ</sup>

### 5.2.1 De wet BOPZ in verhouding met de wet WGBO

#### *Uitgangspunten*

De WGBO gaat uit van dezelfde twee fundamentele uitgangspunten als de wet BOPZ:

- **Zelfbeschikkingsrecht** van de cliënt: de cliënt moet toestemming geven voor de gewone dagelijkse zorg en behandeling.
- **Wilsbekwaamheid**: de cliënt is wilsbekwaam, zolang niet het tegendeel blijkt. De cliënt is wilsbekwaam als hij er blijk van geeft de informatie over de aangeboden zorg of behandeling te begrijpen, zodat hij op basis daarvan zelf een besluit kan nemen en toestemming kan geven.

#### *Rechten van de cliënt op grond van de WGBO*

- De cliënt heeft recht op informatie over de behandeling en over de dagelijkse begeleiding in voor de cliënt begrijpelijke taal.
- Het recht op toestemming: voordat behandeling of begeleiding in de dagelijkse zorgplaats vindt, heeft de behandelaar of medewerker de toestemming van de cliënt nodig.
- De cliënt heeft recht op inzage in zijn dossier en recht op aanvulling of correctie.
- Het recht op privacy: derden krijgen geen dossierinlichtingen, inzage of afschrift zonder nadrukkelijke toestemming van de cliënt.

#### *De wettelijk vertegenwoordiger bij wilsonbekwaamheid van de cliënt*

Bij elke beslissing over behandeling of begeleiding dient de medewerker na te gaan of de cliënt in staat is de informatie over de geboden zorg en zijn belangen ter zake te begrijpen. Wanneer een cliënt dat, bijvoorbeeld door de ernst van de verstandelijke beperking, niet kan, is er sprake van wilsonbekwaamheid. In dat geval vraagt de medewerker plaatsvervangende toestemming aan de (wettelijk) vertegenwoordiger van de cliënt.

De WGBO onderscheidt de volgende rangorde (in belangrijkheid) van vertegenwoordigers:

- 1 curator
- 2 mentor
- 3 de door de cliënt schriftelijk gemachtigde persoon
- 4 de echtgenoot / partner
- 5 de ouder / kind
- 6 de broer / zus

## 5.2.2 Uitleg van begrippen uit de wet BOPZ

### Beginnelsen

Elke dwangbehandeling moet voldoen 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). In de beslisboom is dit in eenvoudige bewoordingen terug te vinden

### De onvrijwillig verblijvende cliënt

Voor de onvrijwillig verblijvende cliënten geldt de wet BOPZ (bijvoorbeeld na een uitspraak van de indicatiecommissie CIZ), indien die cliënten geen bezwaar maken tegen opname of het verblijf noch bereidheid daartoe tonen; de zogenaamde Artikel 60 of Geen Bereidheid-Geen Bezwaar (GBGB) categorie.

In een aantal gevallen zal er sprake zijn van een Rechterlijke Machtiging (RM) of een Inbewaringstelling (IBS). Dit kan zowel voor de onvrijwillig en vrijwillig opgenomen patiënt gelden. Voor de laatste is dit b.v. als de patiënt de kliniek of de inrichting wil verlaten tegen het advies in van de behandelaar in en er sprake is van een dreigend gevaar.

Voor patiënten die vrijwillig zijn opgenomen kan incidenteel eenmalig sprake zijn van een noodmaatregel. ( M&M nood )

### Het zorgplan

Een zorgplan dient voor akkoord getekend te zijn door cliënt of wettelijk vertegenwoordiger, want de behandeling kan in principe pas worden uitgevoerd nadat daarover overeenstemming is bereikt met de cliënt of diens wettelijk vertegenwoordiger. (NB: Indien toepassing van M&M zijn vermeld is er pas sprake van M&M - akkoord na ondertekening) Echter er kan door een SO of AVG ook zonder toestemming gehandeld worden indien ( ernstig ) gevaar dreigt.

### Gevaar

Gevaar bestaat, volgens de wet voor degene die het veroorzaakt, uit:

- het gevaar dat betrokkene zichzelf of een ander van het leven zal beroven of zichzelf of een ander ernstig lichamelijke letsel zal toebrengen;
- het gevaar voor de psychische gezondheid van zichzelf of een ander;
- het gevaar dat betrokkene zichzelf of een ander, die aan zijn zorg is toevertrouwd, in ernstige mate zal verwaarlozen;
- het gevaar dat betrokkene met hinderlijk gedrag agressie van anderen zal oproepen;



- gevaar voor de algemene veiligheid van personen of goederen

#### Middelen en maatregelen : M & M – akkoord

Een vrijheidsbeperkende maatregel die gemotiveerd in het zorgplan staat en waarbij geen verzet wordt aangetekend tijdens de uitvoering, wordt M&M-akkoord genoemd. Dit impliceert dan ook dat de toepassing ervan bekend is bij de wettelijk vertegenwoordiger. In het zorgplan dient te worden beschreven hoe de toepassing van M&M z.s.m. afgebouwd zal worden.

**NB: M&M-akkoord kan niet bij vrijwillige opname ( zie ook M&M nood )**

#### Middelen en maatregelen : M & M – dwang en verzet

Er zijn situaties denkbaar dat de vrijheidsbeperkende maatregel in het zorgplan staat opgenomen, maar de cliënt zich verzet tijdens de uitvoering. Dit is iets anders dan M&M nood

- dan staat er niets in het zorgplan opgenomen

Dit heet M&M-dwang. Uiteraard is dwangbehandeling enkel gerechtvaardigd ter voorkoming van ernstig gevaar voor de cliënt of zijn omgeving. Een M&M-dwang is alleen mogelijk bij cliënten die onvrijwillig (BOPZ-status) zijn opgenomen. Bij vrijwillig opgenomen cliënten is dit niet mogelijk (tenzij de juridische status in het kader van de BOPZ wordt gewijzigd).

De BOPZ-arts dient een M&M-dwang bij aanvang te melden aan de Inspectie. Tevens dient M&M-dwang zo spoedig mogelijk na het begin ervan gemeld te worden aan de (wettelijke) vertegenwoordiger. In het zorgplan dient te worden beschreven hoe een dwangbehandeling z.s.m. afgebouwd zal worden.

#### Middelen en maatregelen : Nood

Zeer incidenteel kan de situatie zich voordoen dat, om ernstig gevaar af te wenden, een vrijheidsbeperkende maatregel genomen wordt die (nog) niet staat opgenomen in het zorgplan. Het betreft een onvoorziene noodsituatie. In dit geval spreken wij van M&M-nood. Tevens dient M&M-nood zo spoedig mogelijk na het begin ervan gemeld te worden aan de (wettelijke) vertegenwoordiger.

#### Middelen en maatregelen : Verzet

Verzet is het zich in woord en/of daad verzetten tegen de toepassing van een bepaald middel of bepaalde maatregel. In het zorgplan van iedere cliënt dient beschreven te zijn hoe betreffende cliënt zijn verzet of bezwaar kan uiten.

Volgens de wet BOPZ is iedere vorm van verbale of lichamelijke weerstand verzet.

**NB: In twijfelgevallen wordt ervan uitgegaan dat betrokkene zich verzet.**

## 5.3 Middelen en maatregelen <sup>CV</sup>

### Soorten middelen en maatregelen

- In de BOPZ is de maatregel “gebruik maken van cameratoezicht en/of gebruik maken van uitluisterapparatuur in een afzonderingsruimte en/of een appartement” niet opgenomen, maar in de concept wettekst “Wet Zorg en Dwang” die op termijn voor de sector VG zal gaan gelden, is dit wel opgenomen als zijnde het toepassen van middelen en maatregelen. Aandachtspunten:
  - Afzondering is binnen de psycho-geriatrie verboden.
  - De BOPZ arts van de betreffende instelling draagt zorg voor de BOPZ zaken en is verantwoordelijk voor de BOPZ afhandeling achteraf.
  - De spoedarts is op dat moment verantwoordelijk voor de behandeling ( zelfstandig bevoegd )
  - Het uitvoeren van M&M moet altijd volgens de procedures van de inrichting gebeuren. Als zij een BOPZ status hebben zijn zij verplicht deze handelingen te protocolleren. Vraag hier dus naar als zo’n soort situatie zich voor doet.
  - Volg de beslisboom van medTzorg ( hoofdstuk 5.4)

### Afzondering

Afzondering mag alleen in een speciaal daarvoor bestemde, afsluitbare, prikkelarme afzonderingsruimte. Er wordt regelmatig contact onderhouden met de afgezonderde om tijdige beëindiging van de afzondering te kunnen beoordelen.

Wanneer vanuit individuele zorgvragen in het persoonlijk plan is vastgelegd dat de slaapkamer ‘s nachts is afgesloten, dient een goede signalering aanwezig te zijn. Tevens moet de cliënt, die daartoe in staat is, wel in de gelegenheid gesteld worden zelfstandig naar het toilet te gaan. Volg het protocol van de inrichting.

### Fixatie

Fixatie is het op enigerlei wijze beperken van een cliënt in zijn bewegingsmogelijkheden ter afwending van ernstig gevaar voor de cliënt of zijn omgeving. Niet bedoeld worden de maatregelen in het kader van de Wet op de Geneeskundige Behandeling Overeenkomst, zoals gebruik gordel in rolstoel, bedhek, Zweedse band voor de veiligheid van de cliënt (valpreventie).

T.a.v. de Zweedse band ; De IGZ staat op het standpunt dat de Zweedse band dient uitgebannen te zijn per 01-01-2011

### Separatie

Separatie is een intensieve vorm van afzondering in een daarvoor bestemde separeerruimte. Volg het protocol van de inrichting.

### Ongewilde toediening van geneesmiddelen

Het op een of andere manier toedienen van medicatie onder dwang. Ook medicatie malen en verstoppen in de vla of appelmoes valt hier onder. Volg het protocol van de inrichting.

### Ongewilde toediening van voedsel en vocht

Het onder dwang toedienen van vocht en/of voeding. Volg het protocol van de inrichting.

### Begrippenlijst WGBO en BOPZ

**Afzonderen:** Insluiten in een speciaal daarvoor bestemde afzonderingsruimte, die prikkelarm zal zijn ingericht en als regel een bed, een tafel, een stoel, een kledingkast en een wasgelegenheid bevat (niet bedoeld wordt de eigen slaapkamer).

#### **Behandelaar & Hoofdbehandelaar**

**Hoofdbehandelaar:** Dit is de medische specialist die verantwoordelijk is voor de (totale organisatie van) de diagnostiek en behandeling van een patiënt en voor de continuïteit van zorg voor de patiënt. Kortom, de medisch specialist die eindverantwoordelijk is voor de gehele medische behandeling van de patiënt.

De VS mag binnen de GGZ ook hoofdbehandelaar zijn.

**Medebehandelaar:** Dit is een medisch specialist of een ander lid van de medische staf die vanwege zijn/haar expertise en op verzoek van de hoofdbehandelaar verantwoordelijk is voor (de organisatie van) het deel van de diagnostiek en behandeling dat buiten het deskundigheidsgebied ligt van de hoofdbehandelaar.

**Ernstig gevaar:** Er is sprake van ernstig gevaar indien er een meer dan normale kans bestaat op nadelige gezondheidsrisico's voor de cliënt en anderen en indien er een meer dan normale kans is dat de rechten en vrijheden van andere cliënten worden geschaad. Voorbeelden hiervan zijn zelf verwondend gedrag, agressie naar anderen, het aanbrengen van ernstige vernielingen, vastlopen in chaotisch gedrag en weglopen (wanneer de cliënt verkeersonveilig is en of gevaarlijke situaties opzoekt).

**Fixatie:** Fixatie is het op enigerlei wijze beperken van een cliënt in zijn bewegingsmogelijkheden ter afwending van ernstig gevaar voor de cliënt of zijn omgeving.

**Indicatiecommissie CIZ:** Regionale commissie welke zich bezighoudt met het indiceren van de mate van en soort van zorg en ondersteuning voor personen op de wachtlijst. Tevens zal deze commissie een indicatie moeten geven voor reeds ingeschreven cliënten op wie middelen en maatregelen worden toegepast in het kader van de BOPZ.

**Inbewaringstelling (IBS):** In noodgevallen kan een burgemeester een inwoner welke gevaar vormt voor zijn omgeving middels een "inbewaringstelling" gedwongen laten opnemen in een zorgvoorziening.

**Inspectie:** De Inspectie voor de Gezondheidszorg.

**Middelen en Maatregelen:** Middelen en maatregelen in het kader van de wet BOPZ zijn: afzondering, fixatie, separatie, ongewild toedienen van geneesmiddelen, ongewild toedienen van vocht en/of voedsel.

**M&M-akkoord:** Het met overeenstemming van de cliënt, zijn ouders, familie en of wettelijk vertegenwoordigers toepassen van middelen en maatregelen die gemotiveerd zijn opgenomen in het zorgplan.

**M&M-dwang:** Het toepassen van een vrijheidsbeperkende maatregel die wel is opgenomen in het zorg plan en waarover overeenstemming is met de cliënt of diens wettelijk vertegenwoordiger, maar waartegen de cliënt zich tijdens de uitvoering verzet.

**M&M-nood:** Het toepassen van een onvoorziene vrijheidsbeperkende maatregel die (nog) niet is opgenomen in het zorgplan.

**Ongewilde toediening:** Toediening van medicijnen of voedsel in het kader van de wet BOPZ, waartegen de cliënt zich verzet.

**Rechterlijke machtiging (RM):** Een besluit door de rechter tot plaatsing in een zorgvoorziening.

**Separatie:** Het voor de verzorging en behandeling van een cliënt insluiten in een daarvoor en

door onze minister als separeerverblijf goedgekeurde vorm van afzonderlijke ruimte.

**Toepassing:** Het toepassen van Middelen en Maatregelen bij patiënt of cliënt. Het herhaaldelijk toepassen van een middel of maatregel ter afwending van bijv. Gevaar voor anderen is te beschouwen als één toepassing, als in dezelfde periode ook een middel wordt toegepast ter afwending van bijv. gevaar voor de cliënt zelf moet dit worden beschouwd als een afzonderlijke toepassing

**Verzet:** Het zich reëel en consistent in woord en daad verzetten tegen de toepassing van een bepaald middel of bepaalde maatregel.

**Vrijwillig:** In het kader van de BOPZ wordt met vrijwillig bedoeld dat de patiënt of cliënt vrijwillig verblijft in de instelling.

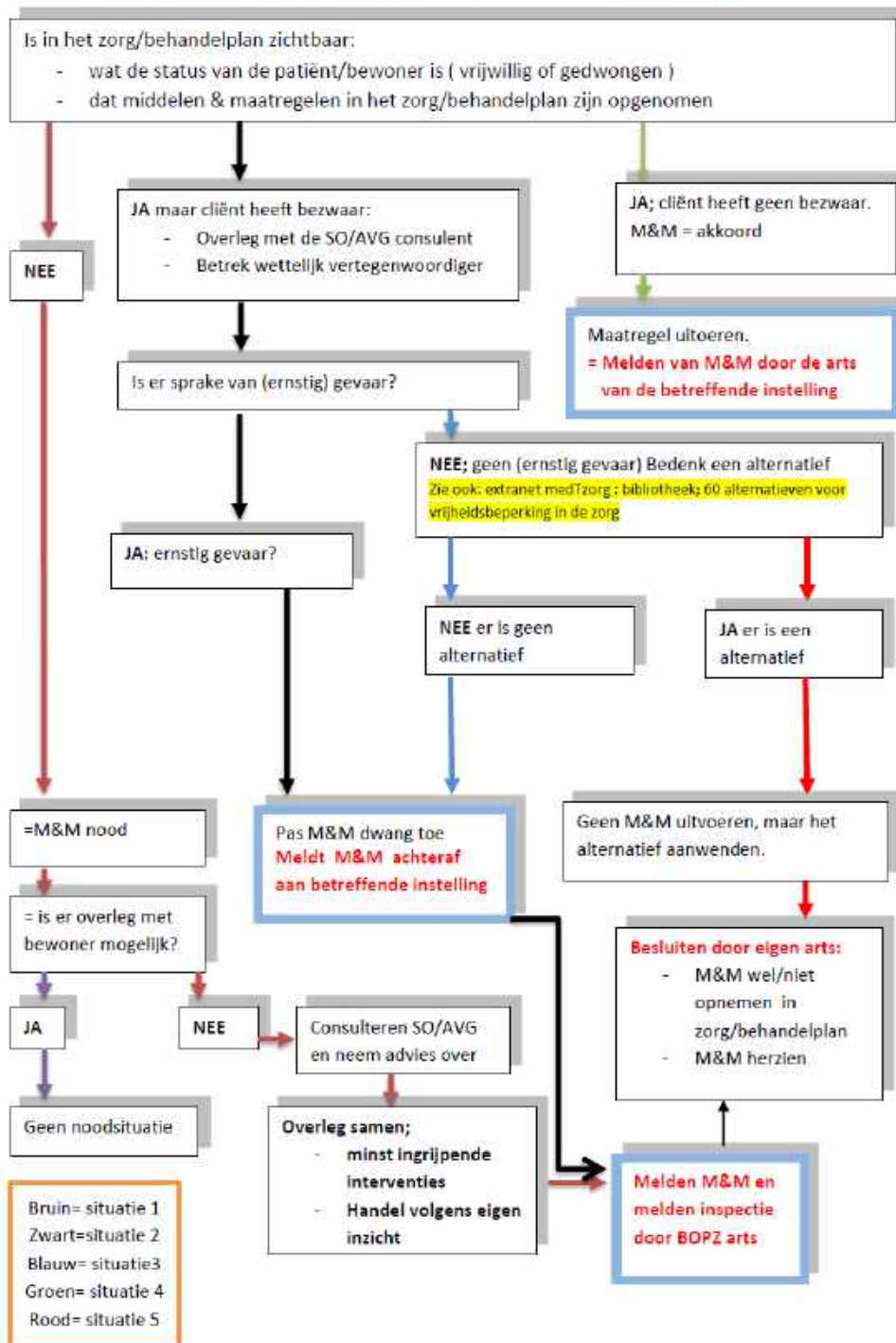
Personen die gezien de ernst van de beperking niet in staat zijn hun wil aan te geven kunnen alleen worden ingeschreven na een indicatie door de indicatiecommissie.

**Wettelijk vertegenwoordiger:** De ouders van een minderjarige of curator. Indien er geen sprake is van een wettelijk vertegenwoordiger, is het mogelijk t.a.v. het zorgplan overleg te plegen met een vertegenwoordiger van de familie (zie ook pagina 4 )

**Zorg plan:** Het persoonlijke zorgplan met o.a. het individuele interactieve persoonlijke ondersteuningsplan van de cliënt. Bestaande uit o.a. personalia, informatiekaart, levensloop, beleid t.a.v. reanimeren, status BOPZ en beleid t.a.v. middelen en maatregelen.

## 5.4 Beslisboom BOPZ-maatregelen <sup>cvi</sup>

BESLISBOOM MIDDELEN EN MAATREGELEN IN HET KADER VAN DE BOPZ ( SPOEDARTS )



## 5.5 Verborgen dwang in de zorg

Bij “dwang in de zorg” denken we vaak aan BOPZ-instellingen waar er volgens de regels met Middelen en Maatregelen wordt gewerkt. Er is veel minder aandacht voor de verborgene dwang, waarvoor geen officiële toetsingsprocedure is. Daarbij is dus niet geborgd wanneer er geëvalueerd wordt, wanneer er gestopt wordt met de dwang, welk doel er behaald dient te worden. De arts dient zich uit te spreken tégen deze verborgene dwang, omdat dit niet zuiver is en niemand de maatregel toetst. Er dient een duidelijke keus gemaakt te worden : ofwel het aanvragen van een ‘maatregel’ (IBS/RM met evt. dwangbehandeling), ofwel het kiezen voor minder-beperkende maatregelen. Ook moet de arts oog hebben voor het automatisme waarmee soms voeding en vocht gegeven wordt. Heeft de patiënt er nog wel behoefte aan ? Hoe denkt de familie over de toediening van voedsel en vocht ? Hoe ver gaan de verpleegkundigen/verzorgenden in het aanbieden van voedsel en vocht ? De arts moet zich realiseren dat er hierbij soms ook sprake is van ‘verborgene dwang’ en dat er duidelijke afspraken gemaakt moeten worden met familie en zorgteam.

Hieronder een aantal voorbeelden:

- “Chemische fixatie”: betrokkene wordt met medicatie (antipsychotica of benzodiazepinen) dermate suf gemaakt dat hij in zijn bewegingsvrijheid beperkt wordt ( als je niet meer kunt lopen, kun je ook niet meer proberen weg te lopen)
- “Dwangmedicatie”: betrokkene krijgt de medicatie gemalen of gedruppeld in voedsel – er wordt hem niet verteld dat er medicatie in het voedsel zit
- “Dwangvoeding 1”: betrokkene eet niet uit zichzelf, verzorgende houdt langdurig een lepel tegen de gesloten mond totdat betrokkene deze opent. Zo gaat er weer een hap naar binnen.
- “Dwangvoeding 2”: betrokkene eet niet uit zichzelf, drinkt wel. Het drinken wordt aangeboden in de vorm van een drankje met hoog calorie/eiwitgehalte. Zo ontvangt betrokkene toch ‘voeding’.
- “Verborgene fixatie 1”: strak aanschuiven aan een tafel (betrokkene mist de kracht om stoel naar achteren te schuiven en “loopt dus niet weg”)
- “Verborgene fixatie 2”: een tafelblad vastzetten op de rolstoel (betrokkene kan hierdoor niet opstaan en “loopt dus niet weg”)

- “Verborgen opsluiting”: het afsluiten (slot/sleutel of magneet) van een buitendeur in niet-BOPZ Instellingen.

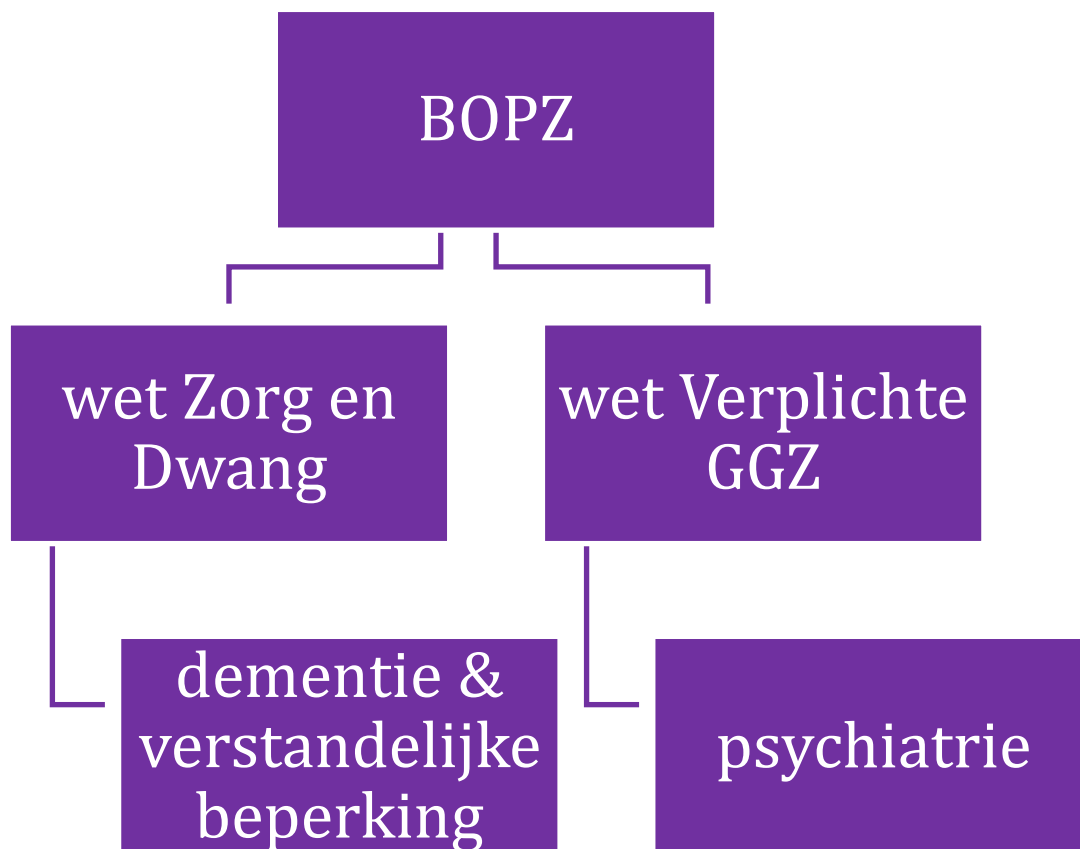
## 5.6 De toekomst : van wet BOPZ naar Zorg & Dwang en Verplichte GGZ

Enkele jaren geleden is besloten dat de wet BOPZ (Bijzondere Opname in Psychiatrische Ziekenhuizen) vervangen diende te worden door een moderner alternatief. Doel van de wetswijziging is om méér behandelmogelijkheden te krijgen en tegelijk de zorg minder ingrijpend te maken. Er is meer ruimte voor de inbreng van de patiënt en het voorkómen van dwang. Ook wordt er beter ingespeeld op de mogelijk schadelijke gevolgen van dwang in zorg. De huidige wet BOPZ, die zowel voor psychiatrie als voor dementie- en verstandelijk gehandicaptenzorg wordt gebruikt, wordt in het nieuwe voorstel vervangen door twee wetten<sup>cvii</sup> :

- Wet zorg en dwang: patiënten met dementie of verstandelijke beperking
  - Nee, tenzij.....
  - Het uitgangspunt van de wet is dat dwang niet thuishoort in de zorg voor ouderen en verstandelijk beperkten
  - Stappenplan (stepped-care) waarbij dwang de laatste optie is
  - Beperking van de bewegingsvrijheid valt altijd onder dwang (dus ook chemische fixatie)
  - Zwijgen is geen toestemmen : er komt een helder wettelijk kader voor de toepassing van dwang – ‘verborgene dwang’ verdwijnt hiermee
  - Duidelijk zorgplan
  - Regelt opname in een zorginstelling
    - Met dwang (rechterlijke machtiging)
    - Zonder instemming, zonder verzet

- Wet verplichte ggz : patiënten met een psychiatrische aandoening
  - Kan ook buiten een instelling worden toegepast ( gedwongen behandeling op polikliniek of thuis)
  - Meer invloed voor de wensen van de patiënt
  - Meer inbreng van de familie
  - Aandacht voor maatschappelijke participatie (mee blijven doen, niet “uit de samenleving” gaan)
  - Dwang zoveel mogelijk voorkomen
  - Stappenplan (stepped-care) waarbij dwang de laatste optie is
  - Regelt gedwongen opname in een psychiatrische inrichting





## 5.7 Alternatieven voor dwang in de zorg

Zie hiervoor de bijlage : “Meer dan 80 alternatieven voor dwang in de zorg”

---

<sup>i</sup> Change is Possible: A Case Study of Solitary Confinement Reform In Maine March 2013 AMERICAN CIVIL LIBERTIES UNION OF MAINE [www.aclumaine.org](http://www.aclumaine.org)

<sup>ii</sup> [www.igz.nl](http://www.igz.nl)

<sup>iii</sup> Commissie Richtlijn besluitvorming dwang. Richtlijn besluitvorming dwang: opname en behandeling. Richtlijn Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie. Utrecht: De Tijdstroom; 2008.

<sup>iv</sup> Position statement : Solitary Confinement (Isolation). National Commission on Correctional Health Care Board of Directors. USA, April 10, 2016. <http://www.ncchc.org/>

<sup>v</sup> WMA statement on solitary confinement. 65 th WMA general assembly. October 2014

<http://www.wma.net/en/10home/index.html>

<sup>vi</sup> Prisons and Health ; World Health Organisation, regional office for Europe, 2014.

Chapter 5. Solitary confinement as a prison health issue

---

[http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0005/249188/Prisons-and-Health.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/249188/Prisons-and-Health.pdf)

<sup>vii</sup> Shalev, S. (2008) A Sourcebook on Solitary Confinement.

London: Mannheim Centre for Criminology, London School of Economics.

Available online at: [www.solitaryconfinement.org/sourcebook](http://www.solitaryconfinement.org/sourcebook)

<sup>viii</sup> Invisible in Isolation : the use of segregation and solitary confinement in immigration detention. National Immigrant Justice Center & Physicians for Human Rights 2012

<sup>ix</sup> Invisible in Isolation : the use of segregation and solitary confinement in immigration detention. National Immigrant Justice Center & Physicians for Human Rights 2012

<sup>x</sup> Prisons and Health ; World Health Organisation, regional office for Europe, 2014.

Chapter 5. Solitary confinement as a prison health issue

<sup>xi</sup> Shalev, S. (2008) A Sourcebook on Solitary Confinement.

London: Mannheim Centre for Criminology, London School of Economics

<sup>xii</sup> Shalev, S. (2008) A Sourcebook on Solitary Confinement.

London: Mannheim Centre for Criminology, London School of Economics.

Available online at: [www.solitaryconfinement.org/sourcebook](http://www.solitaryconfinement.org/sourcebook)

<sup>xiii</sup> Prisons and Health ; World Health Organisation, regional office for Europe, 2014.

Chapter 5. Solitary confinement as a prison health issue

[http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0005/249188/Prisons-and-Health.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/249188/Prisons-and-Health.pdf)

<sup>xiv</sup> Afzondering in detentie: Afzonderen als straf of ordemaatregel in het Gevangeniswezen. Dienst Justitiele Inrichtingen ; maart 2016

<sup>xv</sup> Haney, C. , & Lynch, M. (1997). Regulating prisons of the future: A psychological analysis of supermax and solitary confinement. New York Review of Law and Social Change, 23, 477-570.

<sup>xvi</sup> Change is Possible: A Case Study of Solitary Confinement Reform In Maine March 2013 AMERICAN CIVIL LIBERTIES UNION OF MAINE [www.aclumaine.org](http://www.aclumaine.org)

<sup>xvii</sup> 23 hours in the box : Solitary Confinement in New Jersey Immigration Detention ;New Jersey Advocates for Immigrant Detainees ; June 2015

<sup>xviii</sup> Mason & Brady. The psychotomimetic effects of short-term sensory deprivation. J Nerv Ment Dis. 2009 Oct;197(10):783-5

<sup>xix</sup> Haney, C. , & Lynch, M. (1997). Regulating prisons of the future: A psychological analysis of supermax and solitary confinement. New York Review of Law and Social Change, 23, 477-570.

<sup>xx</sup> Prisons and Health ; World Health Organisation, regional office for Europe, 2014.

Chapter 5. Solitary confinement as a prison health issue

<sup>xxi</sup> Haney, C. , & Lynch, M. (1997). Regulating prisons of the future: A psychological analysis of supermax and solitary confinement. New York Review of Law and Social Change, 23, 477-570.

<sup>xxii</sup> Change is Possible: A Case Study of Solitary Confinement Reform In Maine March 2013 AMERICAN CIVIL LIBERTIES UNION OF MAINE [www.aclumaine.org](http://www.aclumaine.org)

<sup>xxiii</sup> Afzondering in detentie: Afzonderen als straf of ordemaatregel in het Gevangeniswezen. Dienst Justitiele Inrichtingen ; maart 2016

<sup>xxiv</sup> Kupers et al. BEYOND SUPERMAX ADMINISTRATIVE SEGREGATION ; Mississippi's Experience Rethinking Prison Classification and Creating Alternative Mental Health Programs CRIMINAL JUSTICE AND BEHAVIOR, Vol. 36 No. 10, October 2009 1037-1050

<sup>xxv</sup> Change is Possible: A Case Study of Solitary Confinement Reform In Maine March 2013 AMERICAN CIVIL LIBERTIES UNION OF MAINE [www.aclumaine.org](http://www.aclumaine.org)

<sup>xxvi</sup> Venters et al. Solitary Confinement and Risk of Self-Harm Among

Jail Inmates American Journal of Public Health, vol 104, nr 3, maart 2014

<sup>xxvii</sup> Position statement : Solitary Confinement (Isolation). National Commission on Correctional Health Care Board of Directors. USA, April 10, 2016. <http://www.ncchc.org/>

- <sup>xxviii</sup> Haney, C. , & Lynch, M. (1997). Regulating prisons of the future: A psychological analysis of supermax and solitary confinement. *New York Review of Law and Social Change*, 23, 477-570.
- <sup>xxix</sup> Prisons and Health ; World Health Organisation, regional office for Europe, 2014.  
Chapter 5. Solitary confinement as a prison health issue
- <sup>xxx</sup> Duijst et al. Suicide in detentie & EVRM. Maklu, 2012
- <sup>xxxi</sup> Voskes. No effect without ethics: Reduction of seclusion in psychiatry from a care ethics perspective. VU Amsterdam, promotieonderzoek, 2014
- <sup>xxxii</sup> Commissie Richtlijn besluitvorming dwang. Richtlijn besluitvorming dwang: opname en behandeling. Richtlijn Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie. Utrecht: De Tijdstroom; 2008.
- <sup>xxxiii</sup> Gijssbers van Wijk. Separeren: medisch en politiek probleem . *NED TIJDSCHR GENEESKD.* 2009;153:A962
- <sup>xxxiv</sup> Commissie Richtlijn besluitvorming dwang. Richtlijn besluitvorming dwang: opname en behandeling. Richtlijn Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie. Utrecht: De Tijdstroom; 2008.
- <sup>xxxv</sup> Gijssbers van Wijk. Separeren: medisch en politiek probleem . *NED TIJDSCHR GENEESKD.* 2009;153:A962
- <sup>xxxvi</sup> Commissie Richtlijn besluitvorming dwang. Richtlijn besluitvorming dwang: opname en behandeling. Richtlijn Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie. Utrecht: De Tijdstroom; 2008.
- <sup>xxxvii</sup> Voskes. No effect without ethics: Reduction of seclusion in psychiatry from a care ethics perspective. VU Amsterdam, promotieonderzoek, 2014
- <sup>xxxviii</sup> Voskes. No effect without ethics: Reduction of seclusion in psychiatry from a care ethics perspective. VU Amsterdam, promotieonderzoek, 2014
- <sup>xxxix</sup> Commissie Richtlijn besluitvorming dwang. Richtlijn besluitvorming dwang: opname en behandeling. Richtlijn Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie. Utrecht: De Tijdstroom; 2008.
- <sup>xl</sup> Johansson, M., Lundman, B. (2002). Patients experience of involuntary psychiatric care: Good opportunities and great losses. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 9, 639-647
- <sup>xli</sup> Voskes. No effect without ethics: Reduction of seclusion in psychiatry from a care ethics perspective. VU Amsterdam, promotieonderzoek, 2014
- <sup>xlii</sup> Voskes. No effect without ethics: Reduction of seclusion in psychiatry from a care ethics perspective. VU Amsterdam, promotieonderzoek, 2014
- <sup>xliiii</sup> Position statement : Solitary Confinement (Isolation). National Commission on Correctional Health Care Board of Directors. USA, April 10, 2016. <http://www.ncchc.org/>
- <sup>xliiv</sup> Bulten et al. Veel psychiatrische stoornissen onder gedetineerden op reguliere afdelingen van penitentiaire inrichtingen *Ned Tijdschr Geneesk.* 2009;153:A634
- <sup>xlv</sup> Callous and Cruel : Use of Force against Inmates with Mental Disabilities in US Jails and Prisons. 2015 Human Rights Watch
- <sup>xlvi</sup> Invisible in Isolation : the use of segregation and solitary confinement in immigration detention. National Immigrant Justice Center & Physicians for Human Rights 2012
- <sup>xlvii</sup> Prisons and Health ; World Health Organisation, regional office for Europe, 2014.  
Chapter 5. Solitary confinement as a prison health issue
- <sup>xlviii</sup> Haney, C. , & Lynch, M. (1997). Regulating prisons of the future: A psychological analysis of supermax and solitary confinement. *New York Review of Law and Social Change*, 23, 477-570.
- <sup>xlix</sup> Position statement : Solitary Confinement (Isolation). National Commission on Correctional Health Care Board of Directors. USA, April 10, 2016. <http://www.ncchc.org/>
- <sup>l</sup> 23 hours in the box : Solitary Confinement in New Jersey Immigration Detention ; New Jersey Advocates for Immigrant Detainees ; June 2015
- <sup>li</sup> Invisible in Isolation : the use of segregation and solitary confinement in immigration detention. National Immigrant Justice Center & Physicians for Human Rights 2012
- <sup>lii</sup> Medische diensten in detentiecentra: verantwoorde zorg, maar nog niet geborgd. Inspectie voor de volksgezondheid (IGZ) ; Den Haag, december 2009

- <sup>liii</sup> Als iemand lijdt, moet hij dan naar een isoleercel ? Isolatie in vreemdelingendetentie : schadelijk en onnodig. Amnesty International/Dokters van de Wereld/ Stichting LOS. Maart 2015
- <sup>liv</sup> Als iemand lijdt, moet hij dan naar een isoleercel ? Isolatie in vreemdelingendetentie : schadelijk en onnodig. Amnesty International/Dokters van de Wereld/ Stichting LOS. Maart 2015
- <sup>lv</sup> Als iemand lijdt, moet hij dan naar een isoleercel ? Isolatie in vreemdelingendetentie : schadelijk en onnodig. Amnesty International/Dokters van de Wereld/ Stichting LOS. Maart 2015
- <sup>lvi</sup> Peeters T .Richtlijn Minderjarigen. Richtlijncommissie FMMU/medTzorg 2016. [www.fmmu.nl](http://www.fmmu.nl)
- <sup>lvii</sup> WMA statement on solitary confinement. 65 th WMA general assembly. October 2014  
<http://www.wma.net/en/10home/index.html>
- <sup>lviii</sup> Prisons and Health ; World Health Organisation, regional office for Europe, 2014.  
Chapter 5. Solitary confinement as a prison health issue  
[http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0005/249188/Prisons-and-Health.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/249188/Prisons-and-Health.pdf)
- <sup>lix</sup> Position statement : Solitary Confinement (Isolation). National Commission on Correctional Health Care Board of Directors. USA, April 10, 2016. <http://www.ncchc.org/>
- <sup>lx</sup> Position statement : Solitary Confinement (Isolation). National Commission on Correctional Health Care Board of Directors. USA, April 10, 2016. <http://www.ncchc.org/>
- <sup>lxi</sup> Position statement : Solitary Confinement (Isolation). National Commission on Correctional Health Care Board of Directors. USA, April 10, 2016. <http://www.ncchc.org/>
- <sup>lxii</sup> Position statement : Solitary Confinement (Isolation). National Commission on Correctional Health Care Board of Directors. USA, April 10, 2016. <http://www.ncchc.org/>
- <sup>lxiii</sup> Kupers et al. BEYOND SUPERMAX ADMINISTRATIVE SEGREGATION ; Mississippi's Experience Rethinking Prison Classification and Creating Alternative Mental Health Programs CRIMINAL JUSTICE AND BEHAVIOR, Vol. 36 No. 10, October 2009 1037-1050
- <sup>lxiv</sup> Commissie Herziening Artseneed in samenwerking met de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG). De Nederlandse Artseneed 2002
- <sup>lxv</sup> [https://en.wikipedia.org/wiki/Stanford\\_prison\\_experiment](https://en.wikipedia.org/wiki/Stanford_prison_experiment)
- <sup>lxvi</sup> Philip G Zimbardo. Het Lucifer Effect. Lemniscaat 2010
- <sup>lxvii</sup> Milgram, S. (1963). Behavioral study of obedience. Journal of Abnormal and Social Psychology, 67, 371–378
- <sup>lxviii</sup> Milgram, S. Obedience to Authority: An Experimental View. Harper & Row, 1974.
- <sup>lxix</sup> [https://en.wikipedia.org/wiki/Milgram\\_experiment](https://en.wikipedia.org/wiki/Milgram_experiment) (20-5-2017)
- <sup>lxx</sup> [https://nl.wikipedia.org/wiki/Experiment\\_van\\_Milgram](https://nl.wikipedia.org/wiki/Experiment_van_Milgram)
- <sup>lxxi</sup> WMA statement on solitary confinement. 65 th WMA general assembly. October 2014  
<http://www.wma.net/en/10home/index.html>
- <sup>lxxii</sup> Position statement : Solitary Confinement (Isolation). National Commission on Correctional Health Care Board of Directors. USA, April 10, 2016. <http://www.ncchc.org/>
- <sup>lxxiii</sup> Position statement : Solitary Confinement (Isolation). National Commission on Correctional Health Care Board of Directors. USA, April 10, 2016. <http://www.ncchc.org/>
- <sup>lxxiv</sup> Regeling straf- en afzonderingscel penitentiaire inrichtingen.  
[http://wetten.overheid.nl/BWBR0010524/1999-07-15#Paragraaf3\\_Artikel20](http://wetten.overheid.nl/BWBR0010524/1999-07-15#Paragraaf3_Artikel20)
- <sup>lxxv</sup> Art 24 A PWB. Penitentiaire Beginselenwet (1-7-2015). [www.wetten.nl](http://www.wetten.nl)
- <sup>lxxvi</sup> Commissie van toezicht. Ordemaatregelen Gevangeniswezen (verkregen 23-6-2017)  
<https://www.commissievantoezicht.nl/dossiers/Ordemaatregelen/gevangeniswezen/>
- <sup>lxxvii</sup> Penitentiaire Beginselenwet (1-7-2015). [www.wetten.nl](http://www.wetten.nl)
- <sup>lxxviii</sup> Penitentiaire Beginselenwet (1-7-2015). [www.wetten.nl](http://www.wetten.nl)

- 
- <sup>lxxix</sup> Commissie van toezicht. Disciplinaire straffen.  
<https://www.commissievantoezicht.nl/dossiers/disciplinairestraffen/discstraf/> (1-10-2017)
- <sup>lxxx</sup> Medische diensten in detentiecentra: verantwoorde zorg, maar nog niet geborgd. Inspectie voor de volksgezondheid (IGZ) ; Den Haag, december 2009
- <sup>lxxxix</sup> Plaatsing in Isolatie. Inspectierapport thema-onderzoek. Inspectie voor veiligheid en justitie, 2012
- <sup>lxxxvii</sup> Plaatsing in Isolatie. Inspectierapport thema-onderzoek. Inspectie voor veiligheid en justitie, 2012
- <sup>lxxxviii</sup> Plaatsing in Isolatie. Inspectierapport thema-onderzoek. Inspectie voor veiligheid en justitie, 2012
- <sup>lxxxiv</sup> Plaatsing in Isolatie. Inspectierapport thema-onderzoek. Inspectie voor veiligheid en justitie, 2012
- <sup>lxxxv</sup> Samuel Shem. The House of God. Transworld Publishers, 1978
- <sup>lxxxvi</sup> Penitentiare Beginselenwet (1-7-2015). [www.wetten.nl](http://www.wetten.nl)
- <sup>lxxxvii</sup> Nederlandse Triage Standaard. [www.de-nts.nl](http://www.de-nts.nl)
- <sup>lxxxviii</sup> Kusters, Gerrits en Tukker. Alleen : Berichten uit de isoleercel. Hoofstuk "Voorbij de laatste deur", Sam Gerrits. Lemniscaat, Rotterdam, 2007
- <sup>lxxxix</sup> Hengeveld en Schudel. Het psychiatrisch onderzoek. De tijdstroom, 2003
- <sup>xc</sup> Penitentiare Beginselenwet (1-7-2015). [www.wetten.nl](http://www.wetten.nl)
- <sup>xcix</sup> Protocol toepassing mechanische middelen in de penitentiaire inrichtingen. DJI 2005. Openbaar na WOB-verzoek
- <sup>xcii</sup> Regeling toepassing mechanische middelen in penitentiaire inrichtingen .  
<http://wetten.overheid.nl/BWBR0011442/2001-05-31>
- <sup>xciii</sup> NTS. Nederlandse Triage Standaard. [www.de-nts.nl](http://www.de-nts.nl)
- <sup>xciv</sup> Hengeveld en Schudel. Het psychiatrisch onderzoek. De tijdstroom, 2003
- <sup>xcv</sup> FMMU medTzorg Richtlijn Verslaving : Excited Delirium Syndroom 2016
- <sup>xcvi</sup> Landelijk protocol ambulancezorgverlening. LPA versie 8.1. Ambulancezorg Nederland, Zwolle 2016
- <sup>xcvii</sup> Commissie van Toezicht. Cameratoezicht gevangeniswezen. (verkregen 23-6-17)  
<https://www.commissievantoezicht.nl/dossiers/cameratoezicht/gevangeniswezen/cameratoezicht/>
- <sup>xcviii</sup> Penitentiare Beginselenwet (1-7-2015). [www.wetten.nl](http://www.wetten.nl)
- <sup>xcix</sup> Commissie van Toezicht. Cameratoezicht gevangeniswezen. (verkregen 23-6-17)  
<https://www.commissievantoezicht.nl/dossiers/cameratoezicht/gevangeniswezen/cameratoezicht/>
- <sup>c</sup> <https://www.dwangindezorg.nl/psychiatrische-problemen/rechten/wetten/bopz>
- <sup>ci</sup> <https://www.dwangindezorg.nl/psychiatrische-problemen/procedures/gedwongen-opname/ibs>
- <sup>cii</sup> <https://www.dwangindezorg.nl/psychiatrische-problemen/procedures/gedwongen-opname/rm/beslisschema-rechterlijke-machtiging-tot-voortgezet-verblijf>
- <sup>ciii</sup> <https://www.dwangindezorg.nl/procedures/gedwongen-opname/artikel-60-procedure/wat-is-een-artikel-60-procedure>
- <sup>civ</sup> Hoofdstuk 5.2 , 5.3 en 5.4 bevatten de tekst van de voormalige BOPZ-reader. Deze informatie is in 2014 opgesteld door Riet Verhoogt in samenwerking met gezondheidsjuristen
- <sup>cv</sup> Hoofdstuk 5.2 , 5.3 en 5.4 bevatten de tekst van de voormalige BOPZ-reader. Deze informatie is in 2014 opgesteld door Riet Verhoogt in samenwerking met gezondheidsjuristen
- <sup>cvi</sup> Hoofdstuk 5.2 , 5.3 en 5.4 bevatten de tekst van de voormalige BOPZ-reader. Deze informatie is in 2014 opgesteld door Riet Verhoogt in samenwerking met gezondheidsjuristen
- <sup>cvi</sup> Informatiepunt Dwang in de Zorg. [www.Dwangindezorg.nl](http://www.Dwangindezorg.nl)