



Standpunten medTzorg

Tijdens het werk als huisarts voor medTzorg binnen de penitentiaire instelling (PI), in een verpleeghuis of een zorginstelling voor verstandelijk gehandicapten kan er medische goedkeuring worden gevraagd voor het toepassen of voortzetten van vrijheidsbeperkingen. Dit kan voor de betrokken huisarts een dilemma opleveren: is de vrijheidsbeperking of isolatie in het belang van de patiënt en dient dit ter voorkoming van ernstig nadeel, of wordt dit vooral toegepast voor orde en rust in de instelling? Huisartsen moeten het belang van de patiënt laten prevaleren.

Standpunt medTzorg t.a.v. dwang in de zorg

- De huisarts doet alle moeite om de inzet van dwang in de zorg zoveel mogelijk te voorkomen.
- Dwang wordt nooit ingezet bij ter zake wilsbekwame personen.
- Als dwang wordt ingezet, dan is deze maatregel zo kort mogelijk en zo beperkt mogelijk. Er moet geen andere mogelijkheid meer zijn dan dwang (**proportionaliteit**) en de dwang mag niet sterker zijn dan wat strikt noodzakelijk is om het voorliggende probleem op te lossen (**subsidiariteit**). Ook moet bekend zijn wat er met de dwang bereikt moet worden (**doelmatigheid**).

Standpunten medTzorg t.a.v. isolatie en vrijheidsbeperkingen

Tabel 1. Standpunten medTzorg t.a.v. inzet isolatiecel
Het zou niet nodig moeten zijn om een isolatiecel in te zetten; vanuit het oogpunt zorg en vanuit het oogpunt gedragsbeïnvloeding zijn er genoeg alternatieve maatregelen om toe te passen.
Er zijn geen valide medische gronden voor het inzetten van een isolatiecel.
Het toepassen van isolatie maakt gezonde mensen ziek en zieke mensen zieker . Er kunnen zowel lichamelijke als psychische gezondheidseffecten optreden, al na kort verblijf in isolatie.
Wachttijstproblematiek bij penitentiaire psychiatrische centra (PPC's) of andere justitie-instellingen is geen valide reden tot inzet of verlenging van verblijf in een isolatiecel.
Als toch een isolatiecel wordt ingezet, dan moet dat een uiterste maatregel zijn; d.w.z. alle lichtere stappen zijn geprobeerd en hebben gefaald.
Als toch een isolatiecel wordt ingezet, dan moet dat verblijf zo kort mogelijk duren (maximaal enkele uren). Het doel van de inzet is dan bezweren van de acute crisis en overbruggen tot een lichtere maatregel kan worden ingezet. Het is dan een (zo kort mogelijk durend) middel tot een gericht doel .
Isolatieplaatsing kan leiden tot toename van suïcidaliteit tijdens en ná de plaatsing (en is daarom geen oplossing voor deze hulpvraag).
Isolatieplaatsing kan leiden tot toename van automutilatie tijdens en ná de plaatsing (en is daarom geen oplossing voor deze hulpvraag).
Bij plaatsing in een isolatiecel dient een huisarts betrokkene binnen 3 uur te bezoeken (urgentie U3) vanwege de potentieel schadelijke effecten van de plaatsing.
De huisarts heeft hierbij aandacht voor groepen die extra kwetsbaar zijn voor gezondheidsschade bij isolatie, te weten psychiatrische patiënten, vreemdelingen, zwangeren en minderjarigen.
De huisarts bezoekt een patiënt in een isoleercel met open celdeur en verricht anamnese, lichamelijk onderzoek en oriënterend psychiatrisch onderzoek bij betrokkene.
Bij lichamelijk onderzoek is er in elk geval ook aandacht voor letsels, onderkoeling en oververhitting.
Bij psychiatrisch onderzoek is er aandacht voor kenmerken van desoriëntatie, angst, somberheid en psychose; bij verward gedrag wordt ook een somatische onderliggende oorzaak zoals (excited) delier overwogen.
De huisarts brengt een medisch advies op maat uit – toegespitst op de specifieke kwetsbaarheden en gezondheidsvoorgeschiedenis van de patiënt – en legt dit vast in het medisch dossier.



Tabel 2. Alternatieven voor inzet isolatiecel

Straf en beheer: plaatsing op een afdeling met minder beperkingen dan een isoleercel, zoals:

- uitgeklede cel/ strafcel op eigen afdeling
- insluiting op eigen cel
- uitsluiting van groepsactiviteiten
- afnemen van privileges (stoplicht model)
- overplaatsing naar een andere inrichting

Zorg: plaatsing in een situatie met meer zorg, zoals:

- PPC plaatsing (kan in nood ook met een 'terstond' plaatsing)
- extra zorg afdeling (EZA/EZV)
- justitieel centrum voor somatische zorg (JCVSZ)
- somatisch ziekenhuis
- psychiatrisch ziekenhuis buiten justitie (na beoordeling psychiater, met art 15.5 PBW overplaatsen)

Standpunt medTzorg t.a.v. tijdsduur waarbinnen een ingeslotene moet worden onderzocht

Bij plaatsing in een isolatiecel, ongeacht of dit maatregel ('bescherming') of straf betreft, bezoekt de huisarts de ingeslotene zo snel als mogelijk, bij voorkeur binnen 3 uur (urgentie U3). Omdat de potentiële schadelijke effecten, lichamelijk en psychisch, al binnen enkele uren na plaatsing op kunnen treden geeft medTzorg een isolatieplaatsing een U3-urgentie (=mogelijke schade binnen enkele uren).

Meer gedetailleerde onderbouwing is te vinden in [Achtergrond: Gezondheidseffecten](#).



Samenvatting: Beoordeling van wilsbekwaamheid

Uitgangspunten:

- Een persoon is wilsbekwaam tot het tegendeel is bewezen.
- Wilsbekwaamheid is geen zwart-wit beoordeling; kijk altijd naar wilsbekwaamheid “ter zake” de beslissing die nu voorligt.
- Elke arts kan wilsbekwaamheid beoordelen. Een psychiater of specialist ouderengeneeskunde (SO) is alleen noodzakelijk als er twijfel is over de inschatting van wilsbekwaamheid (als je vermoedt dat iemand wilsonbekwaam is door een psychiatrische of psychogeriatrische ziekte).

5 stappen in het beoordelen van wilsbekwaamheid

Wilsbekwaamheid is altijd context-afhankelijk. Een persoon is ter zake wils(on)bekwaam.

1. Iemand kan wellicht niet over zijn bankrekening beslissen, maar wel wat hij wil eten – vraag je dus altijd af; kan iemand déze specifieke beslissing overzien?

Toets het vermogen om een keus te maken

2. Vraag iemand expliciet zelf zijn keus te verwoorden.

Toets het begrijpen van informatie

3. Laat iemand in eigen woorden vertellen wat hij begrijpt van wat jij zojuist verteld hebt. (teach-back methode)

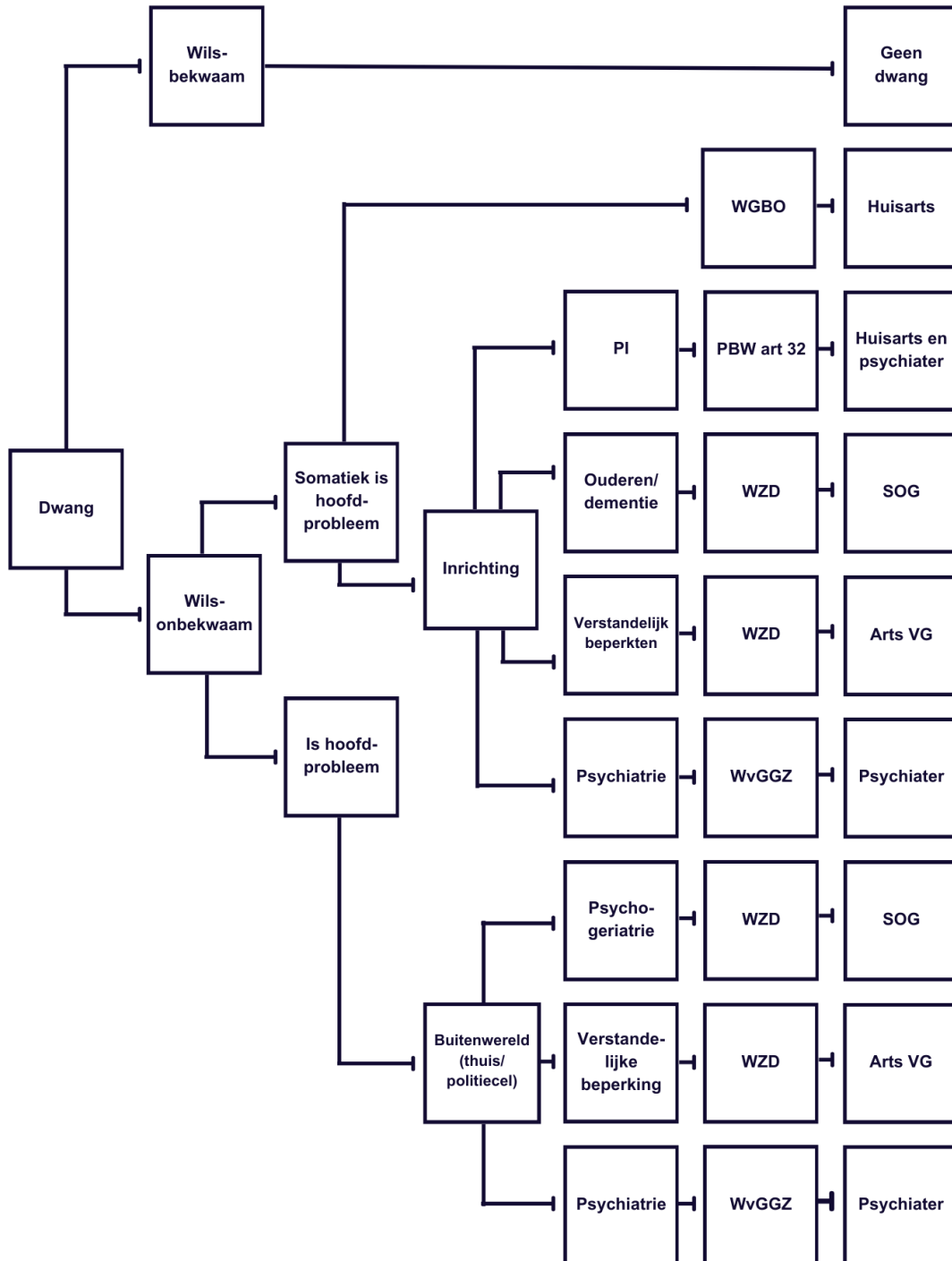
Toets het vermogen de eigen situatie in te schatten

4. Vraag: wat denkt u dat er mis is met uw gezondheid? Wat denkt u dat het effect van de behandeling zal zijn? Wat denkt u dat er gebeurt als u niet behandeld wordt?

Toets logisch redeneren

5. Vraag: Hoe bent u tot het besluit gekomen? Welke zaken gaven voor u de doorslag? Welke informatie weegt het zwaarste voor u?

Figuur 1. Dwang in de zorg: welke wet is van toepassing & wie beslist



Samenvatting: Dwang in instellingen voor langdurige zorg (WLZ)

Lees hier meer over achtergronden bij dwangmaatregelen in de langdurige zorginstellingen:
[\[naar Achtergronden: Dwang in instelling voor langdurige zorg \(WLZ\)\]](#)

Wet Zorg en Dwang

De Wet Zorg en Dwang (**WZD**) regelt de rechten bij onvrijwillige zorg of onvrijwillige opname van mensen met een **verstandelijke beperking** en mensen met een **psychogeriatrische aandoening**. Ook als een persoon een 'gelijkgestelde aandoening' heeft, dat het syndroom van Korsakov, de ziekte van Huntington of niet-aangeboren hersenletsel (NAH) zijn. De WZD geldt niet alleen in zorginstellingen, maar ook bijvoorbeeld in de thuissituatie of kleinschalige woonvormen (zie www.dwangindezorg.nl/wzd). De WZD betreft dwang binnen het domein van de Arts voor Verstandelijk Gehandicapten (AVG) en de Specialist Ouderengeneeskunde (SOG). Er zijn een aantal termen, onder andere vanuit de tijd van de wet Bijzondere opnamen psychiatrische ziekenhuizen (BOPZ). Deze zijn veranderd in de WZD (onderstaande lijst bevat enkele relevante termen):

Onder wet BOPZ	Onder WZD
Gevaar	Ernstig nadeel
Inbewaringstelling	Opname in crisissituatie
Behandelaar	Zorgverantwoordelijke
Behandelplan	Zorgplan
Instelling (het pand)	Accommodatie
Zorgorganisatie of zorgverlener	Zorgaanbieder
Vrijheidsbeperking	Onvrijwillige zorg

De zorgaanbieder moet voor iedere cliënt een zorgverantwoordelijke aanwijzen. Zijn (of haar) taak is het opstellen, vaststellen, uitvoeren, evalueren en zo nodig periodiek aanpassen van een zorgplan. De zorgverantwoordelijk overlegt met de cliënt en zijn vertegenwoordiger over het zorgplan. Verder richt de zorgverantwoordelijke een dossier voor de cliënt in. De zorgverantwoordelijke heeft de rol van beslisser (maar het hoeft niet altijd een arts te zijn). Voor de beslissingen moet hij (zij) anderen raadplegen en/of goedkeuring van anderen krijgen. Als de zorgverantwoordelijke zelf geen arts is, kan hij (zij) bepaalde vormen van onvrijwillige zorg alleen in het zorgplan opnemen als een bij de zorg betrokken arts daarmee heeft ingestemd. Dit gaat om medisch of therapeutisch handelen, beperking van de bewegingsvrijheid en bij insluiting. De instemming moet ook gevraagd worden bij iedere verlenging van de periode waarin onvrijwillige zorg wordt verleend.

Wat is een ernstig nadeel?

Er is in ieder geval sprake van ernstig nadeel wanneer de volgende situaties voorkomen of als de kans heel groot is dat dit gaat gebeuren:

- Er is een gevaar dat de patiënt overlijdt (levensgevaar)
- De patiënt raakt ernstig gewond of heeft veel pijn (ernstig lichamelijk letsel)
- De patiënt loopt ernstige psychische, materiële, immateriële of financiële schade op
- De patiënt is ernstig verwaarloosd of loopt kans alles te verliezen
- De ontwikkeling van de patiënt raakt ernstig verstoord
- De patiënt is onveilig
- De patiënt veroorzaakt met hinderlijk gedrag agressie van anderen
- De patiënt veroorzaakt gevaar voor de algemene veiligheid van personen of goederen



Wat is onvrijwillige zorg?

Onvrijwillige zorg (in sommige documenten afgekort als OVZ) is zorg waartegen de patiënt (cliënt) of zijn vertegenwoordiger zich verzet en die bestaat uit:

- Toedienen van vocht, voeding en medicatie, medische controles en andere medische handelingen en therapeutische maatregelen.
- Beperken van de bewegingsvrijheid.
- Insluiten.
- Uitoefenen van toezicht op de patiënt.
- Onderzoek aan kleding of lichaam.
- Onderzoek van de woon- of verblijfsruimte op gedragsbeïnvloedingen middelen en gevaarlijke voorwerpen.
- Controleren op de aanwezigheid van gedragsbeïnvloedingsmiddelen.
- Aanbrengen van beperkingen in de vrijheid het eigen leven in te richten, die tot gevolg hebben dat cliënt iets moet doen of nalaten, waaronder gebruik van communicatiemiddelen.
- Beperken van het recht op het ontvangen van bezoek.

Onvrijwillige zorg in onvoorziene of noodsituatie

Soms moet ingegrepen worden om ernstig nadeel te voorkomen of op te heffen, maar is er sprake van een nood- of onvoorziene situatie en is er geen tijd meer om te overleggen. In deze gevallen wordt altijd de afweging gemaakt of de onvrijwillige zorg die zal worden toegepast **proportioneel, subsidiair** en **doelmatig** is. De zorgverantwoordelijke neemt (bij voorkeur vooraf) de beslissing. De toepassing duurt zo kort mogelijk, maar maximaal twee weken.

Wet verplichte GGZ

De Wet verplichte GGZ (**Wvvggz**) geldt voor mensen bij wie een **psychische stoornis** leidt tot gedrag dat ernstig nadeel (gevaar) veroorzaakt voor henzelf of voor anderen. De Wvvggz gaat over dwang toegepast binnen het domein psychiatrie. Ouderen vallen vrijwel altijd onder de WZD, omdat zeker bij nieuw ontstane stoornissen er differentiaal diagnostisch aan psychogeriatricie moet worden gedacht.

Relevante items van de WZD tijdens de ANW-dienst

Tijdens een ANW-dienst kan er sprake zijn van één van de volgende situaties:

1. **Er is al een zorgplan waarin dwang is opgenomen.**
Dat kan dan uitgevoerd worden (en hoeft de ANW-arts geen nieuwe afspraken over te maken).
2. **Er is een noodsituatie (ernstig nadeel) en nog geen zorgplan.**
Vraag of er een zorgverantwoordelijke aanwezig is. Dat kan bijvoorbeeld een verpleegkundige zijn. De zorgverantwoordelijke kan besluiten tot het inzetten van onvrijwillige zorg.

De zorgverantwoordelijke moet met wel met jou als ANW-arts overleggen in de volgende situaties:

- Het toedienen van medicatie, vocht en voeding en medische handelingen;
- Beperkingen van de bewegingsvrijheid;
- Insluiten.

Je moet dan het stappenplan van de KNMG** volgen (=antwoord geven op de vraag: kan onvrijwillige zorg ook buiten het zorgplan om worden verleend?) en meedenken of het proportioneel is en of er alternatieven zijn. Voor alternatieven zie: alternatievenbundel: <https://www.zorgvoorbeter.nl/tools/alternatievenbundel-voor-meer-vrijheid-in-de-zorg>

3. **Er is wel een zorgplan maar er doet zich een noodsituatie (ernstig nadeel) voor dat daar nog niet in beschreven is.**
Hiervoor geldt **2)** ook.



Stappenplan van de KNMG

Dit **stappenplan vind je als antwoord op vraag 35 op deze site:

<https://www.knmg.nl/actueel/dossiers/zorg-voor-mensen-in-een-kwetsbare-positie/wet-zorg-en-dwang-wzd/vragen-en-antwoorden>)

Waarom moet worden voldaan om onvrijwillige zorg buiten het zorgplan om te kunnen verlenen?

Artikel 15 lid 1 WZD bepaalt dat onvrijwillige zorg buiten het zorgplan om alleen mogelijk is als de zorgverantwoordelijke in **een beslissing** heeft vastgesteld dat:

- Het gedrag van een cliënt als gevolg van zijn psychogeriatrische aandoening of verstandelijke handicap, dan wel als gevolg van een daarmee gepaard gaande psychische stoornis of een combinatie daarvan, leidt tot **ernstig nadeel**;
- De onvrijwillige zorg **noodzakelijk** is om ernstig nadeel te voorkomen of af te wenden,
- De onvrijwillige zorg **geschikt** is om het ernstige nadeel te voorkomen of af te wenden en gelet op het doel evenredig is,
- Er **geen minder ingrijpende mogelijkheden** zijn om het ernstige nadeel te voorkomen of af te wenden, en
- Op verantwoorde wijze is voorzien in **toezicht** tijdens de toepassing ervan.

Leg dit goed vast in MedSecure.

De zorgverantwoordelijke handelt het verder af zo spoedig mogelijk (uiterlijk binnen 48 uur).

WZD: Onvrijwillige zorg in onvoorziene situaties

Onvrijwillige zorg is ook mogelijk in situaties waarin het zorgplan niet heeft kunnen voorzien (*artikel 15 Wzd*). Het kan nodig zijn om ernstig nadeel voor de patiënt of anderen af te wenden in de periode waarin er nog geen zorgplan is. Daarnaast kunnen zich situaties voordoen die bij het opstellen van het zorgplan niet konden worden voorzien maar die wel vragen om direct ingrijpen. Voorwaarde is dat de onvrijwillige zorg **noodzakelijk is om ernstig nadeel te voorkomen** én dat in de desbetreffende situatie **niet langer kan worden afgewacht**.

Onvrijwillige zorg in onvoorziene situaties mag verder alleen worden toegepast op grond van een beslissing van de zorgverantwoordelijke waarin is vastgesteld:

- Dat het gedrag van een cliënt als gevolg van zijn psychogeriatrische aandoening of verstandelijke handicap, dan wel als gevolg van een daarmee gepaard gaande psychische stoornis of een combinatie daarvan leidt tot ernstig nadeel;
- Dat de onvrijwillige zorg noodzakelijk is om ernstig nadeel te voorkomen of af te wenden;
- Dat de onvrijwillige zorg geschikt is om het ernstig nadeel te voorkomen of af te wenden en evenredig is met het doel;
- Dat er geen minder ingrijpende mogelijkheden zijn, en
- Dat op verantwoorde wijze is voorzien in toezicht tijdens de toepassing ervan.

In deze beslissing moet de zorgverantwoordelijke ook de termijn voor de toe te passen onvrijwillige zorg opnemen. Deze termijn bedraagt maximaal twee weken.

De zorgverantwoordelijke legt deze beslissing zo spoedig mogelijk, doch uiterlijk binnen 48 uur, schriftelijk vast in het dossier.



Wil je overleggen met een achterwacht?

Voor huisartsen werkzaam voor medTzorg is er tijdens de dienst de mogelijkheid om een AVG, SO, psychiater e/o verslavingsarts als achterwacht te raadplegen.

Zie voor telefoonnummers de IntramedT-pagina: <https://intramedt.nl/afdelingen/operationeel-management#content-273916>

Samenvatting: Isolatie en vrijheidsbeperkingen binnen justitie

Lees hier meer over achtergronden bij isolatie en vrijheidsbeperkingen binnen justitie:
[\[naar Achtergronden: Isolatie en vrijheidsbeperkingen binnen justitie\]](#)

De rol en taken van medTzorg-huisartsen t.a.v. personen in isolatie:

- Communicatie en verslaglegging
 1. De arts communiceert (zelf en direct, mag evt. per telefoon) met de (plaatsvervangend) gevangenisdirecteur over het beleid t.a.v. de isolatie-plaatsing.
 2. De arts legt zijn/haar advies vast in het elektronisch patiëntendossier (HIS bij planbare zorg, MedSecure bij ANW-dienst).
 3. De arts adviseert de gevangenisdirectie of geneesheer-directeur bij elke isolatieplaatsing en elke toepassing van dwang gevraagd en ongevraagd over de gezondheidsrisico's. Dit is een advies op maat, gebaseerd op voorgeschiedenis en onderzoek van betrokkene.
 4. De arts bevraagt de (geneesheer)directeur actief t.a.v. onderzochte alternatieven voor isolatie en dwang en waarom deze niet zijn toegepast.
- Beoordelen van de patiënt
 1. Beoordeling van de in isolatie geplaatste gedetineerde 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.
 2. Het gesprek met, en onderzoek van de patiënt geschiedt altijd face-to-face, en nooit door een luikje in de celdeur. Als face-to-face niet lukt vanwege veiligheid; dan later retour. (personeelstekort is geen argument).
 3. De arts stelt zich dagelijks op de hoogte van de gezondheidstoestand van de in isolatie geplaatste patiënt. De arts 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. Er is dus een verplichting van continuïteit-van-zorg bij de arts en verpleegkundigen – wacht niet af tot je geïnformeerd wordt maar haal actief informatie op over het welzijn van betrokkene
- Omstandigheden en bejegening
 1. 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 melding bij het bevoegd gezag.
 2. De arts stelt zich coachend op naar het bewakend personeel binnen justitie: zonder zijn/haar beroepsgeheim te doorbreken, geeft de arts 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 kunt treden, en wat wel/ niet van betrokkene verwacht mag worden.
- Herkennen van kwetsbare groepen:
 1. Minderjarigen
 2. Patiënten met een (ernstige) psychiatrische voorgeschiedenis
 3. Zwangeren
 4. Vreemdelingen
 5. Chronisch zieken (hartpatiënten, diabeten, etc.)

Routes naar dwangbehandeling in de PI

Uitgangspunt is dat we nooit dwangbehandeling toepassen bij wilsbekwame patiënten. Als we praten over dwangbehandeling in de PI gaat het in de context van onze zorg over mensen die wilsonbekwaam zijn. De twee mogelijk toe te passen wetten zijn de Wet Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO: wat móet een arts, waar heeft een patiënt recht op) of de Penitentiaire Beginselenwet (PBW: mag móet een gedetineerde, wat mag een directeur bepalen)



Leg altijd goed vast in het dossier:

- Dat er dwang is toegepast
- Op welke grond er dwang is toegepast
- Wat je argumenten waren om de dwang toe te passen

WGBO-noodsituatie

Er is een acute noodsituatie waarin levensgevaar of ernstig gezondheidsnadeel (denk aan orgaanschade, verlies van een lichaamsdeel) dreigt voor de patiënt. Patiënt is wilsonbekwaam en de situatie is zo acuut dat er geen tijd is voor overleg met collega's of vertegenwoordigers van de patiënt.

Stappenplan:

1. De arts kondigt aan dat er ingegrepen gaat worden op basis van WGBO-nood
2. De arts grijpt in
3. De arts maakt een vervolg-beleid (insturen, periodieke controles etc.)
4. De arts legt vast in het HIS dat er is ingegrepen onder WGBO-nood-argument en waarom daartoe besloten is
5. De arts legt vast in het HIS wat het vervolgbeleid is na het ingrijpen
6. Arts of directie PI meldt het ingrijpen aan de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ)

PBW-artikel 32 ('artikel 32 maatregel')

De arts stelt de noodzaak voor een medische ingreep vast, de directeur 'dwingt af' (met de sterke arm van de bewaking) dat de justitiabele deze handeling móet ondergaan. Essentieel hierbij is dat de indicatiestelling altijd bij de arts ligt, en dat de directeur volgt. De directeur kan nooit zelfstandig besluiten dat iemand een gedwongen medische handeling moet ondergaan. Het artikel is alléén geldig binnen de muren van een PI. Je kunt er dus niemand mee laten behandelen in een burgerziekenhuis (wel in het justitieel centrum voor somatische zorg in Scheveningen, maar de klinische mogelijkheden daar zijn beperkt)

Stappenplan:

1. De arts stelt de indicatie: medische ingreep is noodzakelijk
2. De arts vraagt aan de directeur om een artikel-32 maatregel
3. De justitiabele wordt door de directeur op de hoogte gesteld van de maatregel
4. De arts verricht de medische handeling, zo nodig onder fysieke dwang door het bewakend personeel
5. De arts maakt een vervolg-beleid (insturen, periodieke controles etc.)
6. De arts legt vast in het HIS dat er is ingegrepen onder PBW-32-maatregel en wat hiervoor de overwegingen waren
7. De arts legt vast in het HIS wat het vervolgbeleid is na het ingrijpen
8. Arts of directie PI meldt het ingrijpen aan de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ)
zie: [Melden en aanvragen voor professionals | Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd \(igj.nl\)](#)

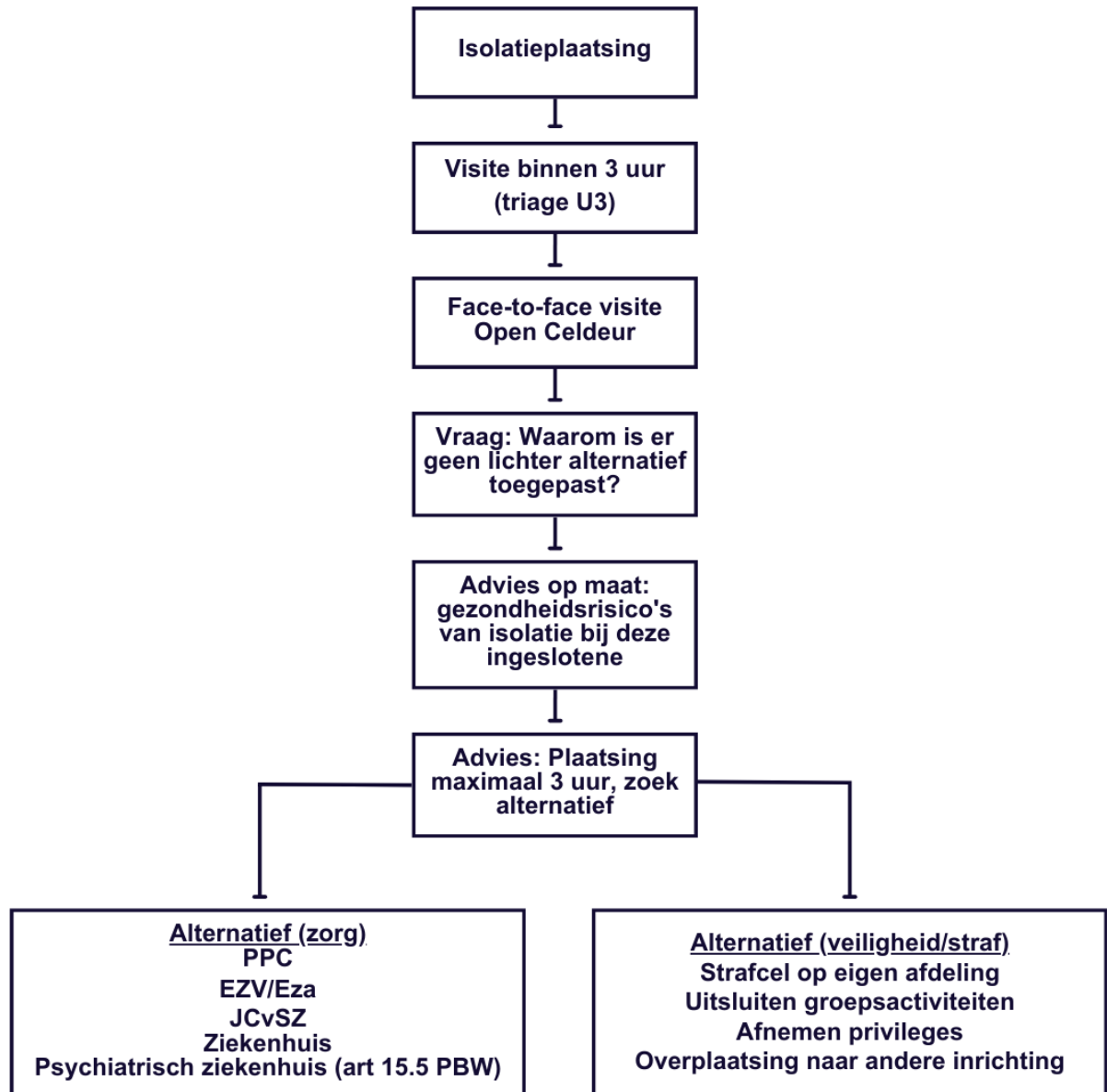


Juridische basis van insluiten in de isolatiecel

Tabel 3. Relevante artikelen uit de Penitentiaire Beginselen Wet (PBW)	
PBW art 24 en 24 A: Maatregel Isolatieplaatsing, cameratoezicht en adviserende rol van de arts	<ul style="list-style-type: none">• Isolatieplaatsing op “maatregel”: orde/rust/veiligheid van de inrichting of bescherming gedetineerde (tegen zichzelf of anderen).• De directeur beslist.• De arts wordt uiterlijk binnen 24 uur in kennis gesteld.• Cameratoezicht kan worden ingezet, na overleg met arts of gedragsdeskundige.• Duur maximaal twee weken (wel te verlengen)
PBW art 51 en 51 A Straf Isolatieplaatsing, cameratoezicht en adviserende rol van de arts	<ul style="list-style-type: none">• Isolatieplaatsing op “straf”: overtreden regels van de inrichting. Disciplinaire strafoplegging.• De directeur beslist.• De arts wordt uiterlijk binnen 24 uur in kennis gesteld.• Cameratoezicht kan worden ingezet, na overleg met arts of gedragsdeskundige.• Duur maximaal twee weken (wel te verlengen)

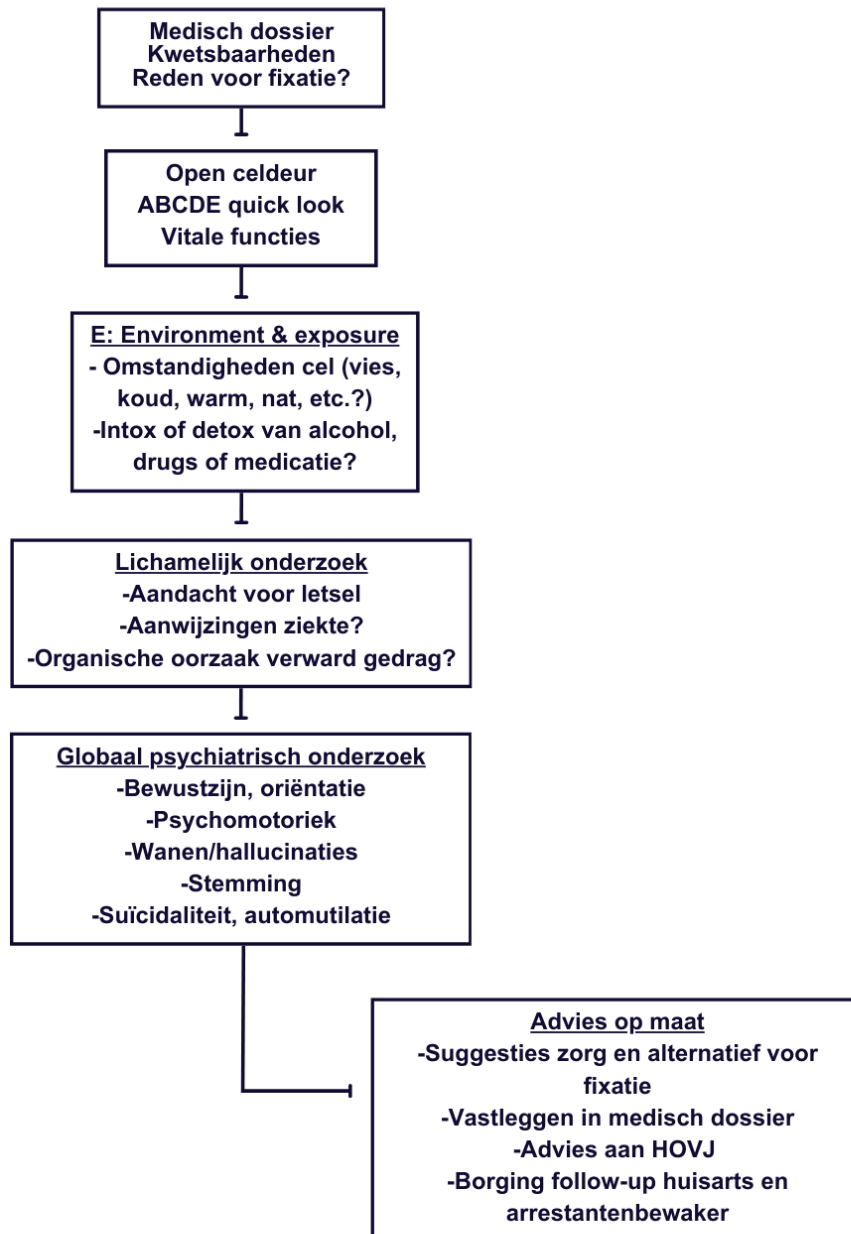
Beoordeling van een persoon in isolatie

Figuur 2: Stappenplan beoordeling bij isolatieplaatsing



Medisch onderzoek bij isolatieplaatsing

Figuur 3: Stappenplan medisch onderzoek



Inzet van de Mechanische Middelen (fixatie)

Op basis van PBW art. 33 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.

Tabel 4. Stappenplan werkwijze zorgverlening: beoordeling patiënt in mechanische middelen binnen justitie	
Stap 0	Isolatieplaatsing
Stap 1	Visite volgens triage urgentieclassificatie U2 (zo snel mogelijk)
Stap 2	Vorbereiding face-to-face visite: <ul style="list-style-type: none"> • Lees dossier; medische voorgeschiedenis, medicatiegebruik, evt. kwetsbaarheden • Vraag naar de reden voor isolatieplaatsing
Stap 3*	Face-to-face visite met open celdeur (<i>'kijk, luister, voel & ruik'</i>) Zie ook paragraaf somatisch onderzoek en paragraaf psychiatrisch onderzoek
Stap 4*	Maak plan voor follow-up (advies aan directie: iedere 30 minuten follow-up)
Stap 5*	Neem contact op met het (dienstdoende) directielid van de gevangenis; <ul style="list-style-type: none"> • Vraag: “waarom is er geen lichter alternatief toegepast?” • Geef advies op maat: bespreek gezondheidsrisico's bij deze ingeslotene • Adviseer altijd: zoek direct alternatief mechanische middelen

Denk bij een opwindingsstoestand van gedetineerde waarbij mechanische middelen worden ingezet aan het excited delirium syndroom (EDS) als oorzaak. Bij EDS: handel volgens de volgens [de medTzorg richtlijn verslaving](#). Zorg voor sedatie en ambulancevervoer naar een (somatisch) ziekenhuis.

De situatie waarin mechanische middelen zijn ingezet kan de arts doorbreken met ‘chemische fixatie’ oftewel het sederen met medicatie, bij voorkeur midazolam neusspray of injectie. Blijf de vitale functies bewaken zodra sedatie intreedt, met name de vrije ademweg (boeien los, stabiele zijligging).



Samenvatting: Dwang in de politiecel

Lees hier meer over achtergronden bij dwang in de politiecel:

[\[naar Achtergronden: Dwang in de politiecel\]](#)

Routes naar medische dwangbehandeling in de politiecel

Uitgangspunt is dat we nooit dwangbehandeling toepassen bij wilsbekwame patiënten. Als we praten over dwangbehandeling in de PI gaat het in de context van onze zorg over mensen die wilsonbekwaam zijn. De mogelijk toe te passen wet is de Wet Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO: wat móet een arts, waar heeft een patiënt recht op)

Leg altijd goed vast in het dossier:

- Dat er dwang is toegepast
- Op welke grond er dwang is toegepast
- Wat je argumenten waren om de dwang toe te passen

WGBO-nood-artikel

Er is een acute noodsituatie waarin levensgevaar of ernstig gezondheidsnadeel (denk aan orgaanschade, verlies van een lichaamsdeel) dreigt voor de patiënt. Patiënt is wilsbekwaam en de situatie is zo acuut dat er geen tijd is voor overleg met collega's of vertegenwoordigers van de patiënt.

Stappenplan:

1. De arts kondigt aan dat er ingegrepen gaat worden op basis van WGBO-nood
2. De arts grijpt in
3. De arts maakt een vervolg-beleid (insturen, periodieke controles etc.)
4. De arts legt vast in het HIS dat er is ingegrepen onder WGBO-nood-argument en waarom daartoe besloten is
5. De arts legt vast in het HIS wat het vervolgbeleid is na het ingrijpen
6. De arts meldt het ingrijpen aan de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ)

Zie: [Melden en aanvragen voor professionals | Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd \(igj.nl\)](#)

Toepassing van Mechanische Middelen in de politiecel

Indicatie om een arrestant te fixeren door middel van 'mechanische middelen':

Een ingeslotene vormt een gevaar voor zijn eigen veiligheid (zelfverwonding) of die van anderen, ofwel gedrag dat ernstige verstoring van de orde en veiligheid in de cel of het cellencomplex dreigt:

- De toepassing hulpmiddelen gebeurt in beginsel vanuit veiligheidsoverwegingen. De arts betreedt daarom altijd de cel in overleg met en samen met de arrestantenverzorger(s).
- Wanneer een klinische noodtoestand bestaat, dienen de hulpmiddelen direct verwijderd te worden. De hulpmiddelen worden niet door de arts (alleen) verwijderd, maar altijd samen met de arrestantenverzorger.

De politie heeft samen met artsen een handelingsprotocol ontwikkeld waarin de volgende werkwijze voor de arts wordt voorgesteld.



De arts wordt gebeld door de HOvJ. In het telefoongesprek moet het volgende worden uitgevraagd:

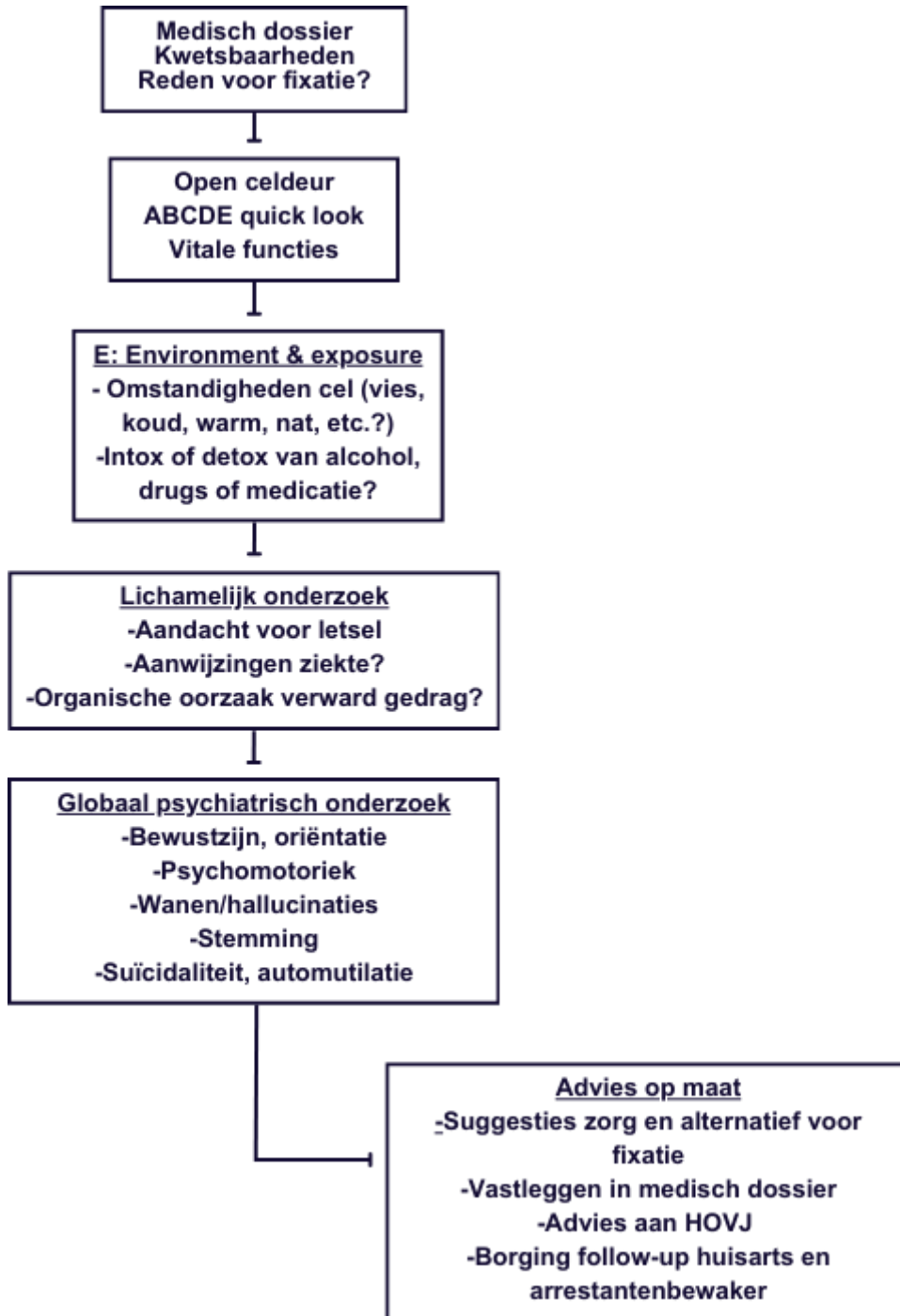
- Medische voorgeschiedenis van de arrestant
- Reden van en omstandigheden bij aanhouding
- Welke hulpmiddelen zijn toegepast en waarom?
- In deze fase is het van groot belang om -voor zover telefonisch mogelijk- een Excited Delirium Syndroom (EDS) uit te sluiten. Vraag daarom specifiek naar symptomen van EDS (ontkleden, bovenmenselijke kracht, geen pijn voelen, onvermoeibaar, agressie naar licht en glas; zie richtlijn EDS van medTzorg ([Richtlijn Verslaving, hoofdstuk EDS](#)))
- Is er sprake van onrust?
- Zijn er aanwijzingen voor oververhitting?
- Verifieer of de arrestant onder cameratoezicht zit.

Beleid

Na het telefonisch overleg moet door de arts zo spoedig mogelijk een bezoek aan de arrestant worden gebracht. Behandel de melding als een U2 aanvraag volgens de normen van eerstelijns zorg. Indien je als arts niet tijdig ter plaatse kunt zijn, moet worden overwogen om een ambulance in te zetten.



Bij de visite volg je het stroomschema (Figuur 4):





Geef opdracht om de arrestant te monitoren; naast cameratoezicht moet elk kwartier een controle in de cel worden uitgevoerd op positionering, eventueel bemoeilijkte ademhaling, bewustzijn en aanspreekbaarheid. Spreek controles af en wees specifiek. Aandacht voor: positionering, eventueel bemoeilijkte ademhaling, bewustzijn en aanspreekbaarheid.

Controles in de eerste 3 uur elk uur fysiek door de arrestantenverzorger. Geef de afspraken mondeling en schriftelijk door aan de arrestantenverzorger. De arts wordt elke 3 uur telefonisch door de arrestantenverzorger geïnformeerd over de toestand van de arrestant.

Bij aanwijzingen voor EDS zie richtlijn EDS van medTzorg ([Richtlijn Verslaving, hoofdstuk EDS](#)).

Het uitgebreide handelingskader en toelichting bij werkwijze van de arts vind je ook [hier](#).

Achtergronden: Gezondheidseffecten van isolatie

[\[klik hier voor de samenvatting: Standpunten van medTzorg\]](#)

Isoleercel (isolatiecel, observatiecel)

Er zijn diverse termen voor de isoleercel in omloop, zoals OBS (observatiecel), iso, isolatiecel, separeer of separatiecel. In alle gevallen is er sprake van een beperking in sociale contacten, dagelijkse bezigheden en zintuiglijke prikkels. Schadelijke gezondheidseffecten kunnen optreden als gevolg van de isolatie, terwijl het vooral een beheersmaatregel is. Isolatie helpt wel bij het herstellen van orde en beschermen van personeel en medege-detineerden, maar therapeutisch effect voor de geïsoleerde is er niet.

Er wordt gesproken van isolatie binnen detentie als een betrokkene 22-24 uur per dag in een gesloten cel wordt afgezonderd.¹ Hierbij wordt het contact met anderen extreem beperkt en is er minder (of geen) natuurlijk licht. Deelname aan groepsactiviteiten is sterk beperkt of afwezig. Er zijn restricties aan informatie (televisie afwezig, beperkt radio luisteren of leesmateriaal). Er wordt gelucht in een overdekte luchtplaats waar geen kans op contact is met medege-detineerden.

Lichamelijke effecten van isolatie

Mensen kunnen verschillend reageren op plaatsing in isolatie, maar voor een grote groep ontstaan er bij afzondering (isolatie) ernstige lichamelijke en psychische problemen. Deze negatieve effecten kunnen al binnen enkele uren na de start van de isolatie beginnen en kunnen na beëindigen van isolatie blijven bestaan.² Er zijn verschillende lichamelijke effecten van isolatie bekend,³⁻⁵ zie tabel 5.

Tabel 5. Lichamelijke effecten van isolatie
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



Slaapstoornissen, lusteloosheid en hoofdpijn treden al op na een korte periode van isolatie. Deze verschijnselen traden op bij 80% van de mensen die in isolatie waren geplaatst. Meer dan de helft van deze mensen had ook last van duizeligheid en hartkloppingen. Gebrek aan eetlust, problemen met de spijsvertering en gewichtsverlies komen voor, naast zweten, rug-en gewrichtsklachten, verslechtering van de visus, trillen, kouwelijkheid en toename van reeds bestaande ziekten.³⁻⁵

Psychische effecten van isolatie

In 1890 oordeelde het Amerikaans hooggerechtshof al dat isolatie een negatief effect had op de geestelijke gezondheid van de geïsoleerde personen.⁶ Een overzicht van de psychische effecten van isolatie staan hieronder.

Tabel 6. Psychische effecten van isolatie	
Angst	Spanning, prikkelbaarheid, paniekaanvallen en angst voor de dood
Depressie	Emotioneel afvlakken, stemmingswisselingen, hopeloosheid, initiatiefverlies, zich terugtrekken en ernstige depressie
Woede	Prikkelbaarheid, vijandigheid, impulsdoorbraken, gewelddadigheid, razernij
Cognitieve problemen	Problemen met aandacht en concentratie, desoriëntatie en geheugenproblemen
Problemen met de waarneming	Overgevoeligheid voor geur en geluid, verstoorde tijdsbeleving, depersonalisatie en hallucinaties
Psychose	Obsessieve gedachten, achterdocht, hallucinaties, psychotische depressie
Suïcidaliteit	Automutilatie, suïcidale gedachten, suïcidepogingen
Depressie	Emotioneel afvlakken, stemmingswisselingen, hopeloosheid, initiatiefverlies, zich terugtrekken en ernstige depressie
Woede	Prikkelbaarheid, vijandigheid, impulsdoorbraken, gewelddadigheid, razernij



Zintuigen worden in de prikkelarme omgeving van de isolatie nauwelijks gestimuleerd, dit effect heet sensorische deprivatie. De input van zintuigelijke prikkels zorgt normaal gesproken voor het onderscheid tussen binnen- en buitenwereld en het vermogen tot logisch nadenken. Bij gebrek aan zintuigelijke prikkels kan het sensorisch deprivatie syndroom ontstaan, waarbij concentratiestoornissen, vijandigheid, achterdocht, angst en hallucinaties kunnen optreden.^{7,31} Bij personen in isolatie ontstaan o.a. een zekere mate van afvlakking, problemen met concentratie, stoornissen in het logisch nadenken, obsessieve gedachten, prikkelbaarheid en kan er ook een verhoogde gevoeligheid voor externe prikkels zoals licht, geluid en geur ontstaan. Deze effecten kunnen al na een korte tijd in isolatie, binnen enkele dagen optreden.^{1,8} In onderzoek met niet-gevangen proefpersonen komen hallucinaties, achterdocht en lusteloosheid voor bij zowel geestelijk gezonde als bij psychisch kwetsbare mensen, maar in de kwetsbare groepen het meest.⁹ Sensorische deprivatie behoort tot meest gebruikte martelmethode, dit onderstreept de potentiële schadelijkheid ervan.⁷ Naast sensorische deprivatie zijn verminderde activiteit en verlies van autonomie belangrijke stressoren bij isolatie, en de combinatie van deze factoren kan snel tot psychische klachten leiden.³ In de periode na isolatie wordt het verwerken van de veelheid van prikkels en snelheid waarmee beslissingen moeten worden genomen op een normale afdeling of in de vrije wereld, moeilijker.⁷

Therapeutisch effect (positief psychisch effect) van isolatie is nooit wetenschappelijk bewezen. Er zijn nauwelijks aanwijzingen voor een gunstig effect van een prikkelarme omgeving (strikt genomen niet hetzelfde als isolatie).^{10,11} Het enige, goed aantoonbare effect van het isoleren is verbetering van orde, rust en veiligheid in de instelling.^{11,12} Isoleren is hooguit een beheersmaatregel; geen behandelinterventie. Bij de genoemde psychisch nadelige effecten van isolatie staan o.a. angst, depressie, desoriëntatie en psychotische belevingen; isoleren zal nooit bijdragen aan de oplossing van vergelijkbare ziektebeelden, maar zal deze juist verergeren.¹² Bij isolatie is er sprake van ethisch twijfelachtig handelen; omdat isolatie betekent dat de hulpverlener ernstig zieke patiënten alleen laat.^{10,11} Dit 'alleen laten' is in strijd met alle beroepsregels die vrij vertaald stellen dat de arts een mens in nood nooit in de steek laat. Zorgverleners kunnen last hebben van dit morele dilemma; zij ervaren schaamte, machteloosheid en gevoelens van falen als een patiënt in isolatie wordt geplaatst.¹⁰ Isolatie verstoort de behandelrelatie tussen arts en patiënt.

Bij isolatie in zorgsetting worden schadelijke effecten wél gevonden; trauma gerelateerde psychische klachten en volledig ontwikkelde posttraumatische stressstoornissen (PTSS) als gevolg van isolatie. 'Gesepareerd worden' scoort het hoogst als stressor bij het ontwikkelen van PTSS in een onderzoek naar effecten van psychiatrische opnames. Alle andere psychotische verschijnselen (wanen, hallucinaties en psychotische belevingen) worden als minder belastend ervaren dan het isoleren. Ook het krijgen van dwangmedicatie wordt als minder belastend (dan isolatie) ervaren.¹¹ Ook patiënten spreken zich uit over de effecten van isolatie binnen de zorg. Een meerderheid van de patiënten geeft aan liever dwangmedicatie te ontvangen dan gesepareerd te worden. Na een verblijf in een isolatieruimte ervaren de ondervraagde patiënten 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.¹³ Daarnaast worden gevoelens van machteloosheid, angst, schaamte en verlies benoemd.¹⁰ 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 niet meer toe te passen.¹⁰



Automutilatie

Isolatie is een risicofactor voor automutilatie, ook nadat de plaatsing is beëindigd. Isolatie kan bij psychisch zieke personen leiden tot automutilatie, en is bij geestelijk gezonde personen mogelijk nog schadelijker. De isolatie zelf heeft een sterker effect dan eventuele onderliggende psychische ziekten. Automutilatie komt veel voor in de PI. Het moet worden onderscheiden van suïcidepogingen. In het merendeel van de gevallen van automutilatie is er géén sprake van suïcidaliteit. Er is wel een sterk verband tussen isolatie en automutilatie. Amerikaans onderzoek liet zien dat er bij gedetineerden tijdens de isolatie een 2 keer zo grote kans bestond op automutilatie. Opvallend werd deze kans groter nadat de isolatie beëindigd was. Gevangenen die eerder in isolatie hadden verbleven, hadden daarna een ruim 6 keer zo grote kans om zelfbeschadigend gedrag te laten zien. Bij onderzoek in subgroepen wordt het verband tussen isolatie en automutilatie sterker. Opvallend is dat de aanvankelijk geestelijk gezonde populatie het grootste risico loopt om te gaan automutileren. Psychisch zieke volwassen gedetineerden lopen door isolatie een ruim 4 keer hoger risico op automutilatie en een ruim 9 keer hoger risico op ernstige zelfbeschadiging. Geestelijk gezonde volwassen gedetineerden die in isolatie geplaatst worden lopen een ruim 10 keer hoger risico op zelfbeschadiging in het algemeen, en een ruim 6 keer hoger risico op ernstige zelfbeschadiging. De onderzoekers concluderen dat psychische ziekte weliswaar een onafhankelijk risico vormt op automutilatie, maar dat isolatieplaatsing zelf een nog groter risico oplevert. Dit komt er dus op neer dat gedetineerden zonder psychische problemen door isolatie ernstig zelfbeschadigend gedrag laten zien 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 psychiatrische ziekten.¹⁴

Suïcidaliteit

Isolatie is een risicofactor voor suïcide, ook nadat de plaatsing is beëindigd. “Doorgemaakte isolatie” is ook een risicofactor voor suïcidaliteit.^{3,7,15} Nederlands onderzoek uit 2012 beschrijft een suïcidepercentage in detentie dat tienmaal hoger ligt dan in de algemene populatie. Van alle onderzochte suïcides had 31,5% in de voorafgaande maand in isolatie gezeten, of meerdere isolaties doorgemaakt tijdens hun actuele detentie. Uit hetzelfde onderzoek bleek dat 42% van de overledenen een eerdere suïcidepoging had ondernomen, en ruim 68% had een psychiatrische diagnose.¹⁶

Groepen die extra kwetsbaar zijn voor isolatie

Psychiatrische patiënten, zwangere vrouwen, vreemdelingen en minderjarigen zijn extra kwetsbaar voor de negatieve gezondheidseffecten van isolatie. De Verenigde Naties stellen in de ‘Mandela Rules’ (the United Nations minimum rules for the treatment of prisoners) dat isolatie niet zou moeten worden toegepast waar het minderjarigen of volwassenen met psychische beperkingen betreft.¹⁵

Minderjarigen

Voor de specifieke kwetsbaarheden van minderjarigen; zie [medTzorg richtlijn minderjarigen in gesloten setting](#).

Psychiatrische patiënten

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.¹⁷ Verslaving, ADHD en persoonlijkheidsstoornissen zijn de meest gestelde diagnoses. Bij dit onderzoek werd expliciet naar reguliere gevangenisafdelingen gekeken; niet naar psychiatrische penitentiaire centra (PPC's) en extra zorg afdelingen (EZA). Gevangenschap is voor alle mensen zwaar, maar gedetineerden met psychische kwetsbaarheden hebben nog meer moeite met het ingesloten zijn, het reageren op opdrachten van gevangenispersoneel en het volgen van de regels die alle aspecten van hun dagelijks leven regeren.¹⁸ 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 plaatsing in isolatie kunnen leiden.⁵ Ook eerdere traumatische ervaring maken de betrokkene kwetsbaar



voor de negatieve effecten van isolatie.³ Isolatie is wellicht het zwaarst voor een gedetineerde met externaliserende problematiek, maar ironisch genoeg wordt isolatie het vaakst toegepast bij deze groep mensen met hyperactiviteit en slechte coping strategieën. Het effect is meestal averechts; het enige gevolg van isolatie is dat de externaliserende geestestoestand verder versterkt wordt.⁷

Zwangere vrouwen

De World Health Organization (WHO) stelt dat ook zwangere vrouwen nooit in isolatie geplaatst zouden mogen worden. Zij zijn bijzonder kwetsbaar voor de negatieve psychische gevolgen van isolatie en de toepassing daarvan kan toegang tot goede geboortezorg in de weg staan.¹⁵

Vreemdelingen

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.⁸ 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.⁵ Ook de Inspectie voor Volksgezondheid Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) benadrukte met betrekking tot het isoleerbeleid in vreemdelingendetentie dat het gaat om uiterst kwetsbare, eenzame en sociaal ontwrichte mensen in een soms uitzichtloze situatie.¹⁹ Ironisch genoeg blijkt ook in deze groep (personen in vreemdelingendetentie) 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.²⁰ 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 gebruikgemaakt worden van straffen en ordemaatregelen zoals boeien, visiteren en isoleren²⁰ en hoewel het recente streven van DJI is om isolatie in vreemdelingendetentie te beperken, blijft het vreemd dat de mogelijkheid tot isolatie 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.²⁰

Ethische grenzen en psychologische experimenten

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 valse argumenten dat zoiets nu eenmaal moet, dat het niet echt schadelijk is, dat we geen andere keus hebben. Mensen zijn gehoorzaam onder sociale druk, ook als dat tegen hun eigen moraal indruist. Twee roemruchte psychologische experimenten illustreren de valkuilen waardoor mensen mee kunnen gaan in grensoverschrijdend of immoreel gedrag.^{21,22} In een omgeving die ingericht is op isolatie, met geüniformeerd personeel dat het heel normaal lijkt te vinden wat er gebeurt, dreigt ook voor de gezondheidszorg professional het risico van 'gehoorzamen onder sociale druk'. In de Nederlandse artseneed wordt overigens nadrukkelijk beloofd: "*ik maak geen misbruik van mijn medische kennis, ook niet onder druk.*"²³ Voor de artsen van de in isolatiegeplaatste patiënten is het van belang om zich te realiseren dat het hun patiënten zijn (en niet "boeven" of "gekken"). Vanuit de artseneed zijn artsen verplicht hun patiënten géén schade toe te (laten) brengen, en om niet te zwichten onder druk. Dit is ook wat de beroepsorganisaties bepleiten ([zie paragraaf standpunt van \(internationale\) beroepsorganisaties](#)). De World Medical Association (WMA) houdt zich bezig met medische ethiek en de toegang tot gezondheidszorg. Zij omschreef in 2014 helder de rol van een arts bij isolatie: "*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.*² Ook de World Health Organization (WHO) sprak zich uit over de rol van een arts bij patiënten in isolatie: “*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.*” Artsen dienen zich bewust te zijn van de schade die isolatie kan aanrichten en dienen alles in het werk te zetten om deze schade te voorkomen of tenminste te beperken. Artsen dienen te worden gevraagd of iemand “medisch geschikt” is voor een bepaalde bestraffing. Wel moeten artsen het bevoegde gezag actief adviseren welke kwetsbaarheden en gezondheidsrisico’s er bestaan bij de individuele gedetineerde. De rol van de arts is gezondheidszorg leveren aan de patiënten, en de arts laat zich geen onderdeel van (het voortzettend van) bestraffing maken. Zowel de WHO als de United Nations (UN) noemen betrokkenheid van artsen bij besluiten tot isolatie ongewenst en in strijd met de medische ethiek.¹⁵

Een bijzonder experiment in het afbouwen van isolatie

In Amerika, in de staat Mississippi, werd tussen 2006 en 2008 een onderzoek verricht onder gedetineerden 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 algemene gedetineerdenpopulatie. Door sommige critici werd voorspeld dat het afbouwen van deze beheersmaatregelen tot een toename van ernstige incidenten zou leiden, maar er gebeurde precies het omgekeerde. Nadat deze veranderingen in gang waren gezet, ontstond er een sterke daling van het aantal geweldsincidenten: zowel het aantal incidenten tussen gedetineerden onderling, als tussen personeel en gedetineerden, nam af met 70%. Als isolatie wordt afgebouwd, ontstaat er dus minder 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 tot de conclusie dat psychiatrisch patiënten juist méér problemen ondervinden wanneer ze worden geïsoleerd, en dat ze het veel beter doen op een algemene gevangenisafdeling met een persoonlijk behandelprogramma. Deze constatering die eerder al uit literatuuronderzoek was gebleken, werd op deze manier in de praktijk krachtig onderschreven.²⁴

Conclusie gezondheidseffecten van isolatie

Geen voordelen, alleen maar nadelen

Isolatie heeft geen therapeutisch effect en hoort niet in de zorg voor een zieke patiënt. Wel zijn er schadelijke effecten op de (geestelijke) gezondheid te verwachten, evenals verslechtering van pre-existente ziektebeelden. Respect voor de autonomie van de patiënt, voor de menselijke waardigheid en besef van de traumatische en schadelijke effecten van isolatie zijn redenen om isolatie niet meer toe te passen.

Standpunt van (internationale) medische beroepsorganisaties

[\[terug naar standpunten van medTzorg\]](#)

De World Medical Association (WMA)

De WMA 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 hun 65e algemene vergadering een verklaring² uit over het toepassen van isolatie en de rol van de artsen hierbij:

- Isolatie is een laatste redmiddel als alle andere alternatieven zijn onderzocht, moet zo kort mogelijk worden toegepast en met respect voor menselijke waardigheid.
- De autoriteiten moeten rekening houden met de 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.
- Beslissingen over isolatie moeten transparant en wettig zijn, en er moet een mogelijkheid zijn om in beroep te gaan.
- Langdurige isolatie tegen de wens van de gevangene moet worden voorkomen; als gevangenen vrijwillig isolatie zoeken, dienen ze medisch en psychologisch beoordeeld te worden om gezondheidsschade te voorkomen.
- 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.
- Ook in isolatie moet er een redelijke hoeveelheid menselijk contact zijn; de gevangene mag niet onderworpen worden aan fysiek of mentaal belastende omstandigheden.
- 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 over de isolatie-plaatsing in te mogen zien.
- 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).
- 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.
- 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 (WHO)

De WHO 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.³ Ook stelt de WHO dat artsen een bijzondere plicht hebben naar patiënten die in isolatie verblijven: *“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 meebrengt, 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.”*³

National Commission on Correctional Healthcare (NCCHC)

De NCCHC is het Amerikaanse controleorgaan voor gezondheidszorg in gevangnissen. In 2016 kwam de NCCHC tot de volgende conclusies¹⁵

- De gezondheidszorgprofessional in het gevangeniswezen heeft tot plicht om de gezondheidszorg, lichamelijke veiligheid en het psychisch welbevinden van zijn patiënten na te streven.
- De gezondheidszorgprofessional 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.¹⁵

De NCCHC doet een aantal aanbevelingen, die in grote lijnen overeenkomen met de standpunten zoals die door WMA en WHO worden ingenomen. De volgende standpunten 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 achteruitgaat 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.



Achtergronden: Dwang in instellingen voor langdurige zorg (WLZ)

[\[terug naar standpunten medTzorg\]](#)

[\[terug naar Samenvatting: Dwang in instellingen voor langdurige zorg \(WLZ\)\]](#)

Er staat veel relevante informatie beschreven op de site van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. zie www.dwangindezorg.nl/wzd. Hier vind je antwoord op de vraag: wie valt er onder de WZD?

Ook op de site van de KNMG is er een dossier met informatie beschikbaar:

www.knmg.nl/actueel/dossiers/zorg-voor-mensen-in-een-kwetsbare-positie/wet-zorg-en-dwang-wzd/vragen-en-antwoorden

Relevante wetgeving

Wet op de Geneeskundige behandelovereenkomst (WGBO)

De WGBO heeft twee fundamentele uitgangspunten:

1. Zelfbeschikkingsrecht van de patiënt: de patiënt moet toestemming geven voor de gewone dagelijkse zorg en behandeling.
2. Wilsbekwaamheid: de patiënt is wilsbekwaam, zolang niet het tegendeel blijkt. De patiënt 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 patiënt op grond van de WGBO:

- Recht op informatie over de behandeling en dagelijkse begeleiding in begrijpelijke taal.
- Recht op toestemming: voordat behandeling of begeleiding plaatsvindt, heeft de behandelaar of medewerker de toestemming van de patiënt nodig.
- Recht op inzage in het eigen dossier en recht op aanvulling of correctie.
- Recht op privacy: derden krijgen geen dossierinlichtingen, inzage of afschrift zonder nadrukkelijke toestemming van de patiënt.

Wettelijk vertegenwoordiger (bij wilsonbekwaamheid) binnen de WGBO:

- Bij elke beslissing over behandeling of begeleiding dient te worden nagegaan of de patiënt in staat is de informatie over de geboden zorg en zijn belangen ter zake te begrijpen.
- Wanneer een patiënt dat (bijvoorbeeld door ernstige verstandelijke beperking) niet kan, is er sprake van wilsonbekwaamheid. In dat geval wordt plaatsvervangende toestemming aan de (wettelijk) vertegenwoordiger van de patiënt gevraagd.

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

- Curator
- Mentor
- De door de cliënt schriftelijk gemachtigde persoon
- De echtgenoot/ partner
- De ouder/ het kind
- De broer/ zus



Dwangbehandeling

Elke dwangbehandeling moet voldoen aan de volgende 3 eisen:

- Doelmatigheid: de ingreep is effectief.
- Proportionaliteit: de ingreep staat in redelijke verhouding tot het doel.
- Subsidiariteit: er is geen minder ingrijpend alternatief.

Sinds 1 januari 2020 is de wetgeving rond dwang in de zorg gewijzigd. Dwang is altijd het uiterste redmiddel en moet zo snel mogelijk afgebouwd worden. De wet Bijzondere opnamen psychiatrische ziekenhuizen (BOPZ) is vervangen door de:

- Wet verplichte ggz (WVGGZ): verplichte zorg vanwege een psychische aandoening.
- Wet zorg en dwang (WZD): onvrijwillige zorg voor mensen met een verstandelijke beperking en mensen met een psychogeriatrische aandoening (zoals dementie).

Wet verplichte GGZ (WVGGZ)

De WVGGZ geldt voor mensen bij wie een psychische stoornis leidt tot gedrag dat ernstig nadeel (gevaar) veroorzaakt voor henzelf of voor anderen. Als er geen vrijwillige zorg mogelijk is om dat ernstig nadeel weg te nemen, kan de rechter hen verplichte zorg opleggen. De rechter kan verplichte zorg alleen opleggen als deze zorg de enige manier is om het ernstig nadeel weg te nemen, proportioneel is en effectief is. Als verplichte zorg echt noodzakelijk is, moet de minst ingrijpende vorm worden ingezet en de dwang zo snel mogelijk worden afgebouwd. Vormen van verplichte zorg zijn medicatie toedienen, medische controles doen of opname in een ggz-instelling, maar ook beperking van vrijheid. Dit kan op een aantal manieren (zie pagina 31: Een aantal manieren van beperking van (bewegings-)vrijheid).

De WVGGZ kent twee procedures voor verplichte zorg:

1. Een zorgmachtiging via de rechter. Voorwaarden voor een zorgmachtiging zijn: sprake van (dreigend) ernstig nadeel voor patiënt zelf, andere personen of goederen in het algemeen. Dit komt door een psychische stoornis. Er zijn geen alternatieven/mogelijkheden voor vrijwillige zorg, en de verplichte zorg is proportioneel en effectief.
[zie: <https://www.dwanginzorg.nl/wvggz/zorgmachtiging>]
2. Een crisismaatregel (bij spoed, max 3 werkdagen geldig) via de burgemeester. Een psychiater moet hiervoor een medische verklaring opstellen. De psychiater kan hiervoor bij de officier van justitie (OvJ) relevante politie- of justitiële gegevens opvragen.
[zie: <https://www.dwanginzorg.nl/wvggz/crisismaatregel>]

In de WVGGZ staat dat patiënten zoveel mogelijk regie moeten kunnen houden, een eigen plan van aanpak, zorgkaart of zelfbindingsverklaring kunnen opstellen. Hulpverleners moeten regelmatig met de patiënt overleggen en de zorg samen evalueren. Voor meer informatie over rechten en rol van de patiënt, zie: <https://www.dwanginzorg.nl/wvggz/patientenrecht>

Wet zorg en dwang (WZD)

De WZD regelt de rechten bij onvrijwillige zorg of onvrijwillige opname van mensen met een verstandelijke beperking en mensen met een psychogeriatrische aandoening. Een patiënt valt onder de WZD als er een verklaring is van een deskundig arts waaruit blijkt dat patiënt in verband met een psychogeriatrische aandoening of verstandelijke beperking is aangewezen op zorg en/of een patiënt beschikt over een indicatie van het centrum indicatiestelling zorg (CIZ) voor langdurige zorg met als grondslag een psychogeriatrische aandoening of verstandelijke beperking. Dit betekent dat ook een patiënt die zorg of ondersteuning ontvangt vanuit de wet maatschappelijke ondersteuning (WMO) of vanuit de zorgverzekeringswet (ZVW) onder de WZD kan komen te vallen. De WZD geldt dus niet alleen in zorginstellingen, maar ook bijvoorbeeld in de thuissituatie of kleinschalige woonvormen. Wanneer echt sprake is van dwang bij een persoon met een verstandelijke beperking is dit onvrijwillige zorg zoals omschreven in de WZD. In dat geval moeten zorgaanbieders wel aan de eisen van de Wet zorg en dwang voldoen. Een uitzondering hierop is de gesloten jeugdzorg in gesloten jeugdinstituten. Deze vallen niet onder de Wet zorg en dwang ([zie paragraaf de relatie tussen WZD en de Jeugdwet](#)).



De zorg moet zoveel mogelijk op vrijwillige basis plaatsvinden. Soms kunnen mensen met dementie of een verstandelijke beperking niet (meer) zelf inschatten wat goed voor hen is. Zorgverleners helpen hen dan bij die keuzes. Het uitgangspunt van de WZD is dat onvrijwillige zorg niet wordt toegepast, tenzij het niet anders kan. De WZD regelt ook opname in een zorginstelling wanneer mensen met dementie of een verstandelijke beperking daar niet mee instemmen. Bij verzet tegen een gedwongen opname beslist de rechter over opname. Dan wordt het een gedwongen opname. Daar kun je je vervolgens niet meer tegen verzetten.

Een belangrijk begrip in de WZD staat in welke situaties onvrijwillige zorg en/of opname aan de orde kan zijn, hoe een besluit tot onvrijwillige zorg wordt genomen en wanneer onvrijwillige zorgverlening geëvalueerd moet worden. Onvrijwillige zorg is alleen toegestaan als er geen alternatieven zijn. Zie voor (nog) meer informatie de Handreiking WZD ([richtlijn van verenso](#)):

Onvrijwillige zorg kan diverse mensenrechten en grondrechten aantasten, zoals het recht op vrijheid en veiligheid, het recht op zelfbeschikking, het recht op lichamelijke integriteit en het daarmee verbonden vereiste van geïnformeerde toestemming ('informed consent') voor behandelingen. Bij het toepassen van onvrijwillige zorg is dan ook uiterste zorgvuldigheid geboden.

Het toepassen van onvrijwillige zorg gebeurt vanuit een gedeelde visie op wat gezien wordt als 'goede zorg'. Een breed gedeelde visie is dat goede zorg persoonsgericht moet zijn.⁶ Persoonsgerichte zorg is gericht op kwaliteit van leven, op het bevorderen van het welbevinden en op optimaal functioneren in het dagelijks leven.⁷ Het vindt plaats binnen een relatie tussen cliënt en zijn naaste(n), zorgverlener en zorgorganisatie. De kwaliteit van zorg wordt mede bepaald door deze relatie. Ook de context van de zorgorganisatie - zoals de woonsituatie en de organisatorische en fysieke mogelijkheden die een zorgorganisatie kan bieden - speelt een belangrijke rol bij de kwaliteit van zorg. Het toepassen van onvrijwillige zorg en het daarmee inperken van de vrijheid van cliënten is altijd een laatste redmiddel (een 'ultimum remedium'). Om die reden is ook het 'nee, tenzij' principe opgenomen in de Wzd. Dat betekent: nee, geen onvrijwillige zorg, tenzij het écht niet anders kan. En als dan onvrijwillige zorg wordt toegepast moet altijd gekozen worden voor de minst ingrijpende vorm van onvrijwillige zorg voor een zo kort mogelijke periode. Het voorgaande betekent dat in de praktijk voortdurend moet worden gezocht naar de meest optimale afstemming van vrijheid, veiligheid en kwaliteit van leven. Dat vraagt om een werkwijze met oog voor de variaties in aard en oorzaken van probleemsituaties, die binnen de kaders van de professionele standaarden is toegesneden op de behoeften, voorkeuren en mogelijkheden van het individu en van zijn (zorg)stelsel. Een werkwijze die aansluit op de competenties van zowel specialist ouderengeneeskunde als arts VG.⁸ Op zorgaanbieders waar onvrijwillige zorg wordt toegepast rust op grond van artikel 19 WZD de verplichting om een beleidsplan op te stellen waarin zij vastleggen:

- Met welke alternatieven de zorgaanbieder probeert om onvrijwillige zorg zoveel mogelijk te beperken;
- Hoe de zorgaanbieder omgaat met het toepassen en afbouwen van onvrijwillige zorg en;
- Hoe intern toezicht wordt gehouden op het uitvoeren van onvrijwillige zorg.

Specialist ouderengeneeskunde en arts VG dragen de in het beleidsplan neergelegde visie uit en vertalen deze samen met andere professionals naar de dagelijkse praktijk. Daar hoort ook elkaar aanspreken op het uitdragen en toepassen van deze visie bij.



De relatie tussen de WZD en de Jeugdwet

De WZD geldt niet voor kinderen/jongeren bij wie geen verstandelijke beperking is vastgesteld. Bij kinderen tot 12 jaar nemen ouders/voogden de beslissing over de zorg van het kind. Bij kinderen tussen de 12-16 jaar neemt het kind gezamenlijk met zijn/haar ouders/voogden de beslissing over de zorg en vanaf 16 jaar het kind zelf. (zie ook [medTzorg richtlijn minderjarigen in gesloten setting](#)).

Ook in het kader van jeugdhulp kunnen maatregelen worden toegepast, die soms als dwang worden ervaren. Het gaat dan om maatregelen waarbij de cliënt nog wel een keuzemogelijkheid heeft, en dus om drang. Hierbij kan gedacht worden aan de jeugdhulpaanbieders die gezinscoaching, begeleiding of opvoedondersteuning verlenen aan gezinnen met licht verstandelijk beperkte kinderen. Dergelijke zorgaanbieders hoeven niet te voldoen aan de verplichtingen uit de WZD. Zo hoeven zij dus bijvoorbeeld geen zorgverantwoordelijke aan te wijzen of een zorgplan op te stellen op grond van de WZD.

Tabel 7. Aantal manieren van beperking van (bewegings-)vrijheid.
Beperking in de bewegingsvrijheid om te gaan en staan waar hij wil binnen een gebouw, of door lichamelijke fixatie. Bijvoorbeeld: doordat de aanwezige hulpverleners de patiënt wel in de woonkamer maar niet in de keuken toelaten, of dat zij hem tijdelijk vastpakken en vasthouden.
De patiënt kan in een speciaal ingerichte, afgesloten kamer worden geplaatst of in zijn kamer worden ingesloten.
Er kan toezicht op de patiënt worden gehouden. Bijvoorbeeld: door middel van een camera.
Onderzoek aan kleding of lichaam. De patiënt kan aan zijn lichaam worden onderzocht of aan de kleren die hij draagt. Hij mag niet in lichaamsholtes, zoals de mond, worden onderzocht.
De woning of verblijfplaats van de patiënt kan worden onderzocht op de aanwezigheid van middelen die zijn gedrag beïnvloeden of gevaarlijke voorwerpen.
Er kan worden gecontroleerd op de aanwezigheid van middelen die het gedrag beïnvloeden of andere gevaarlijke voorwerpen. Deze kunnen worden afgenomen. Bijv. alcohol of een mes.
Beperking in de vrijheid om het leven in te richten. De patiënt moet iets verplicht bijwonen of juist laten. Bijv. telefoon, internet of bepaalde sociale media niet mogen gebruiken.
De patiënt kan verplicht opgenomen worden in een instelling voor geestelijke gezondheidszorg. Hij wordt dan naar een instelling gebracht. Het is mogelijk dat hij de instelling of de behandelafdeling dan niet meer zelfstandig mag verlaten.

Bron: <https://www.dwangindezorg.nl/onderwerpen/vormen-van-verplichte-zorg>



Inspectie Veiligheid en Justitie (IV&J)

De IV&J bracht in 2012 het rapport "Plaatsing in Isolatie" uit.²⁶ 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 van proportionaliteit (staat het middel in verhouding tot het doel?), subsidiariteit (kan hetzelfde resultaat ook bereikt worden met de inzet van een minder ingrijpend middel?) en 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 aanbevelingen²⁶

- Ingeslotenen die meerdere dagen op een isoleercel 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 isoleercellen.
- Daarnaast moet er méér aandacht komen voor zorg en welzijn van de kwetsbare groep geïsoleerde gedetineerden, zeker in het weekend.²⁶

"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 uitlokken:

*"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."*²⁶

*"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."*²⁶

Alternatieven voor isolatie

Voor alternatieven voor isolatie binnen justitie, zie onderstaande tabel.

Tabel 8. Alternatieven voor isolatie binnen justitie	
Straf en beheer	Plaatsing op een afdeling met minder beperkingen dan een isoleercel: <ul style="list-style-type: none"> • Strafcel op eigen afdeling • Insluiting in eigen cel/ uitsluiting van groepsactiviteiten • Afnemen van privileges (tv, sport, etc.) • Overplaatsing naar andere inrichting
Veiligheid	<ul style="list-style-type: none"> • Overplaatsing naar: <ul style="list-style-type: none"> - een extra beveiligde inrichting (EBI) - een beheersafdeling
Zorg	Plaatsing in een situatie met meer zorg: <ul style="list-style-type: none"> • Penitentiair Psychiatrisch Centrum (PPC) <ul style="list-style-type: none"> - als een PPC-plek met 'terstond-plaatsing' wordt aangevraagd kan betrokkene binnen enkele uren overgeplaatst worden • Extra zorg afdeling/voorziening (EZA/EZV) • Justitieel Centrum voor Somatische Zorg (JCvSZ) • Ziekenhuis • Psychiatrisch ziekenhuis <ul style="list-style-type: none"> - beoordeling door de crisisdienst, met art. 15.5 van de PBW overplaatsen

Werkwijze zorgverlening: beoordeling patiënt in isolatie binnen justitiële setting

De werkwijze van medTzorg artsen is gebaseerd op de principes van 'goed zorgverlenerschap' en wordt ondersteund door de hierboven beschreven uitspraken van de IGJ¹⁹ en het rapport van de IV&J.²⁶ De gezondheidsrisico's van isolatie zijn besproken in het hoofdstuk '[Achtergronden: Gezondheidseffecten van isolatie](#)'. Op basis van deze gezondheidsrisico's krijgt de beoordeling van een patiënt in isolatie een triage klasse U3.²⁷ Dit betekent dat de arts de patiënt **binnen 3 uur** na plaatsing in de isoleercel bezoekt. De arts neemt kennis van het dossier en heeft daarbij aandacht voor de medische voorgeschiedenis, medicatiegebruik en kwetsbaarheden van de ingeslotene. De beoordeling van de patiënt vindt altijd face-to-face plaats met een open celdeur. Beoordelen door een kijkglas of boeienluikje is geen acceptabele werkwijze, omdat het noodzakelijke psychiatrisch en lichamelijk onderzoek op die manier onvoldoende kan plaatsvinden. De arts ontmoet de ingeslotene, daarbij is het credo 'kijk, luister, voel en ruik'. De arts zorgt voor een duidelijke verslaglegging van de beoordeling in het medisch dossier en maakt een plan voor de follow-up; hoe vaak gaat ingeslotene bezocht worden, door wie, en hoe is geborgd dat de arts op de hoogte blijft, en wanneer vindt de evaluatie van het verblijf in de isoleercel plaats. Ook legt de arts in het dossier vast welk advies hij/zij gegeven heeft aan de directie. Na het bezoek aan de ingeslotene brengt de arts advies uit aan de directie. Zeker in de justitiële setting is het van belang om rechtstreeks met het dienstdoende directielid te spreken; deze persoon is namelijk eindverantwoordelijk voor de isolatieplaatsing en de gezondheid van de betrokkene. De arts adviseert (ook ongevraagd) op basis van zijn/haar onderzoek over de gezondheidsrisico's bij de ingesloten patiënt. De arts bevraagt het directielid ook 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 en straf liggen (zie tabel). Binnen de justitiële setting is er ook nog de mogelijkheid om de gevangenisplaatsing om te zetten in een vervangende opname in een psychiatrisch ziekenhuis. Dit is juridisch geregeld in de

PBW-artikel 15.5.²⁵ Voor een samenvatting van de werkwijze zorgverlening bij isolatie binnen justitie, zie onderstaande tabel voor een samenvattend stappenplan.

Tabel 9. Stappenplan werkwijze zorgverlening: beoordeling patiënt in isolatie binnen justitiële setting	
Stap 0	Isolatieplaatsing
Stap 1	Visite binnen 3 uur (triage urgentieclassificatie U3)
Stap 2	Vorbereiding face-to-face visite: <ul style="list-style-type: none"> • Lees dossier; medische voorgeschiedenis, medicatiegebruik, evt. kwetsbaarheden • Vraag naar de reden voor isolatieplaatsing
Stap 3*	Face-to-face visite met open celdeur (' <i>kijk, luister, voel & ruik</i> ') Zie ook paragraaf somatisch onderzoek en paragraaf psychiatrisch onderzoek
Stap 4*	Maak plan voor follow-up
Stap 5*	Neem contact op met het (dienstdoende) directielid van de gevangenis; <ul style="list-style-type: none"> • Vraag: "waarom is er geen lichter alternatief toegepast?" • Geef advies op maat: bespreek gezondheidsrisico's bij deze ingeslotene • Adviseer altijd: plaatsing maximaal 3 uur, zoek alternatief

*leg dit vast in het dossier van ingeslotene

Somatisch onderzoek

Doe een ABCDE-beoordeling. Hierbij is de E (exposure) van belang. Exposure staat voor zowel blootstelling (aan welke fysieke factoren en intoxicaties is betrokkene blootgesteld geweest?) als voor bloot maken (ontkleden en inspectie op letsels). Om het onderzoek zorgvuldig uit te voeren dient de arts ook onder kledingstukken en/of dekens te kijken. Let op onderkoeling of oververhitting van de patiënt en hygiëne van de cel. En let op of er sprake is van intoxicatie of onttrekking van alcohol, drugs of geneesmiddelen. Letsels kunnen zowel vóór, tijdens als ná isolatieplaatsing zijn ontstaan. Denk hierbij aan letsels door geweld van arrestatie of plaatsing, als door automutilatie. Ook zonder scherpe voorwerpen kan letsel ontstaan door bijvoorbeeld hoofdbonken, eigen nagels of tanden. Automutilatie is omgeven met schaamte en wordt vaak niet spontaan gemeld.



Tabel 10. Aandachtspunten bij onderzoek in de cel (Exposure)

Onderkoeling	Scheurkleding, slapen op matras op de grond, mogelijk nat geworden?
Oververhitting	Onvoldoende geventileerde cel, te veel kleding (bijvoorbeeld bij daklozen), worsteling (denk aan het excited delirium syndrome (EDS))
Letsels	Gearresteerd of geplaatst met overmacht/worsteling. Automutilatie? Suïcidepoging?

Casus 1 Exposureproblemen in de cel

Een gedetineerde deed een suïcidepoging door in zijn cel zijn eigen kleding in brand te steken. De gewaarschuwde brandweer bluste de man door een brandslang door het boeienluik te steken en hem nat te spuiten. Hierna duurde het nog een aantal minuten voordat het intern bijstand team (IBT) de deur heeft geopend. Dit leidt tot 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 suïcidale uitspraken is hij in een isoleercel geplaatst. De gedetineerde draagt alleen een scheurjurk (zijn natte kleding heeft hij niet meer aan) en beschikt over een scheurdeken en een schuimmatras. Er wordt direct aangenomen dat (het feit dat hij met zijn matras voor de deur ligt) tegenwerking betreft, 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 hij van profiteren. Hier was opnieuw sprake van onderkoeling.

Psychiatrisch onderzoek

Plaatsing in een isoleercel kan snel tot mentale decompensatie leiden. Of dit nu een nieuw ziektebeeld betreft, of een toename van een reeds bestaande ziekte, maakt eigenlijk niet uit. Er ontstaat een acute psychiatrische zorgbehoefte. De arts voert een oriënterend psychiatrisch onderzoek uit (zie tabel 6). Let op psychose kenmerken, stemming (angstig/somber/boos etc.), (neiging tot) automutilatie en suïcidaliteit. Overweeg een psychiater of psycholoog te betrekken.



Tabel 11. Oriënterend psychiatrisch onderzoek

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

Casus 2 Berichten uit de isoleer cel

Onderstaande quotes komen uit het boek 'Berichten uit de isoleer cel'.²⁹ In 2007 was dit een taboedoorbrekend boek, geschreven en geïllustreerd door ervaringsdeskundigen terugkijkend op de tijd die zij doorbrachten in een isoleer cel.

“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 staaarde 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 droomtjds spoor 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 toilet pot en vulde het met wc-water. Het smaakte me goed. Drinken uit de toilet pot was een goede handeling, want het was lekker én het keerde de wetten van deze ruimte om.”

Plaatsing onder cameratoezicht

Plaatsing onder cameratoezicht is ook een vrijheidsbeperkende maatregel. Het is een inperking van de rechten van een gedetineerde en met name een grote inbreuk op de persoonlijke levenssfeer. Er moeten zwaarwegende belangen bestaan om deze inbreuk te rechtvaardigen. Cameratoezicht binnen de PI vindt meestal plaats op een isoleercel (met bijbehorende risico's). Het licht blijft vaak 24 uur aan vanwege het camerabeeld, waarbij het risico op desoriëntatie en slaapstoornissen toeneemt.

Argumenten om een gedetineerde onder cameratoezicht te plaatsen zijn:

- Openbare veiligheid
- Bescherming van de rechten en veiligheid van anderen (personeel, medegedetineerden)
- Voorkómen van een suïcide.
Voorbeeld: terrorisme-verdachte of verdachte van moord. Gedachtegang: slachtoffers hebben recht op een proces met aanwezigheid van de verdachte.
- Voorkómen van een strafbaar feit
- Bescherming van de gezondheid van betrokkene
Voorbeeld 1: iemand die drugs ingeslikt heeft (smokkel binnen gevangenis, of bollenslikker)
Voorbeeld 2: verward persoon waar automutilatie of suïcide dreigt
Voorbeeld 3: intoxicatie met alcohol/drugs waarbij je welzijn/bewustzijn wilt monitoren

Rol van de arts (of gedragsdeskundige) bij plaatsing onder cameratoezicht

De arts zal zich 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 dat de arts zich hierna minstens éénmaal per week op de hoogte stelt van de gezondheid van de betrokkene. Het spreekt echter voor zich dat als iemand om gezondheidsredenen onder cameratoezicht is geplaatst de arts zich er veel intensiever mee bemoeit.

Relevante wetgeving bij plaatsing onder cameratoezicht

- PBW art. 24a: cameratoezicht en de adviserende rol van de arts (afzondering).
*De directeur kan, als 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.
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.*
- PBW art. 51a: cameratoezicht en de adviserende rol van de arts (straf).
*De directeur kan, als 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.
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.*
- PBW art. 10c: regeling eisen verblijfsruimte penitentiaire inrichtingen.
Artikel 10c bepaalt dat de inrichtingsarts of een aan de inrichting verbonden gedragsdeskundige zich ten minste eenmaal per week op de hoogte stelt van de toestand van de gedetineerde die door middel van een camera dag en nacht wordt geobserveerd.



Mechanische middelen

Op basis van PBW art. 33 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.^{25,30}

Dienst Justitiële Inrichtingen (DJI) noemt de volgende indicaties voor toepassing van mechanische middelen:

- Heftige psychomotore onrust
- Ernstige agressie naar anderen,
- Ernstige impulsiviteit of automutilatie

Gebruikmaken van mechanische middelen is een “uiterste maatregel” als andere methoden geen uitkomst bieden. De directeuren worden door DJI aangestuurd om er uiterst terughoudend mee te zijn. De mechanische middelen die kunnen worden toegepast zijn:

- Valhelm of schuimhelm
- Gecapitonnerde handschoenen
- Mondafscherming
- Polsbanden aan riem om middel
- Enkelbanden met tussenstuk
- Handboeien
- Veiligheidsbed

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).

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: streven naar ter plaatse zijn binnen 30 minuten na de melding.²⁷

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



Tabel 12. Stappenplan werkwijze zorgverlening: beoordeling patiënt in mechanische middelen binnen justitie

Stap 0	Fixatie
Stap 1	Visite volgens triage urgentieclassificatie U2 (zo snel mogelijk)
Stap 2	Vorbereiding face-to-face visite: <ul style="list-style-type: none"> • Lees dossier; medische voorgeschiedenis, medicatiegebruik, evt. kwetsbaarheden • Vraag naar de reden voor isolatieplaatsing
Stap 3*	Face-to-face visite met open celdeur (' <i>kijk, luister, voel & ruik</i> ') Zie ook paragraaf somatisch onderzoek en paragraaf psychiatrisch onderzoek
Stap 4*	Maak plan voor follow-up (advies aan directie: iedere 30 minuten follow-up)
Stap 5*	Neem contact op met het (dienstdoende) directielid van de gevangenis; <ul style="list-style-type: none"> • Vraag: "waarom is er geen lichter alternatief toegepast?" • Geef advies op maat: bespreek gezondheidsrisico's bij deze ingeslotene • Adviseer altijd: zoek direct alternatief mechanische middelen

*leg dit vast in het dossier van ingeslotene.

Alternatieven voor mechanische middelen

Gezien het ingrijpende karakter van het aanleggen van mechanische middelen, waarbij de gedetineerde totaal controleverlies ervaart, dient onmiddellijk naar een alternatief te worden gezocht. Er bestaat geen psychiatrische ziekte waarbij de therapie zou bestaan uit het aanleggen van hand-voet- en hoofdkluisters. Denk bij een opwindingsstoestand van gedetineerde waarbij mechanische middelen worden ingezet aan het excited delirium syndroom (EDS) als oorzaak. Bij EDS: handel volgens [de medTzorg richtlijn verslaving](#). Zorg voor sedatie en ambulancevervoer naar een (somatisch) ziekenhuis. De situatie waarin mechanische middelen zijn ingezet kan de arts doorbreken met 'chemische fixatie'; het sederen met medicatie. Dit levert minder gevaar op voor betrokkene, is een humanere oplossing dan het aanleggen van mechanische middelen en zorgt voor tijd en meer rust waarin naar een passende oplossing gezocht kan worden. Ook bij sedatie is er sprake van dwang, maar het middel is vaak meer in proportie en minder schadelijk dan de mechanische middelen. Zoek altijd samenwerking met de gevangenisdirecteur in de situatie waarin mechanische middelen worden toegepast. Het handelen van de arts (sederen van de gedetineerde) kan op 2 manieren juridisch onderbouwd worden, vanuit:

- De WGBO: Er is een noodtoestand (gevaar voor ernstig gezondheidsnadeel) waarin er acuut gevaar dreigt voor leven (onderkoeling, verstikking) of ledemaat (afknelling, ontwrichting) als het opwindingsbeeld blijft voortduren. De arts kan beslissen om in het belang van de patiënt te handelen, zonder diens toestemming. Er moet dan wel duidelijk worden dat er zonder ingrijpen ernstig nadeel dreigt voor de betrokken patiënt.
- de PBW: De directeur kan een gedetineerde verplichten om tegen zijn wil een medische handeling te ondergaan die wordt uitgevoerd door een arts. Voorwaarden waarbij hier aan voldaan moet zijn:
 1. Het handelen van de arts moet bijdragen aan het oplossen van de situatie (de arts moet sedatie in de situatie zinvol vinden).



2. Er moet een duidelijk doel worden geformuleerd. Bijvoorbeeld: sedatie om overbrengen naar een PPC of psychiatrisch ziekenhuis (art. 15.5 PBW) mogelijk te maken.

Een directeur die tot mechanische middelen besluit is vaak 'handelingsverlegen'; ziet geen enkele andere manier meer om de situatie te doorbreken. Help het management van de PI door als arts 'handelingsperspectief' te geven; doe concrete voorstellen voor alternatieven om de onrust te doorbreken. De alternatieven kunnen zowel op somatisch (organische oorzaak voor de onrust) als op psychiatrisch vlak liggen. Bij psychiatrische ontregeling bestaan op zorggebied goede alternatieven: overbrengen naar een PPC met een 'terstond plaatsing' of overbrengen naar een regulier psychiatrisch ziekenhuis onder artikel 15.5 PBW. Op veiligheidsgebied bestaan alternatieven zoals het overbrengen naar een extra beveiligde inrichting of overbrengen naar een beheersafdeling.

Praktische uitvoering van sedatie door de arts

Sedatie kan het beste plaats vinden met benzodiazepinen. Deze middelen hebben de minste bijwerkingen en interacties en er bestaat een antidotum. Bijkomend voordeel is dat benzodiazepinen ook als neusspray kunnen worden toegediend. Antipsychotica zijn gecontra-indiceerd omdat deze QT-tijd verlenging kunnen geven (zeker in combinatie met andere medicatie of drugs) en acute dystonie. De praktische uitvoering van sedatie is gelijk aan die voor elke opwindingsstoestand (zie [medTzorg richtlijn verslaving](#))

Tabel 13. Sedatie als chemische sedatie (als alternatief voor mechanische middelen)

Midazolam neusspray, 5 mg per gift, zo nodig herhalen tot de onrust bezworen is
Midazolam injectie, 5 mg per intramusculaire injectie, zo nodig herhalen tot de onrust bezworen is
Let op! Blijf de vitale functies (ABCDE) bewaken zodra de sedatie intreedt en heb met name aandacht voor een vrije ademweg (boeien los, stabiele zijligging, hulpverlener ernaast)



Achtergronden: Dwang in de politiecel

[\[Terug naar de Samenvatting: Dwang in de politiecel\]](#)

Zie voor meer informatie en achtergronden bij dwang in de politiecel ook de protocollen van de politie die op IntramedT staan: [Politie-werkinstructie-mechanische-hulpmiddelen-versie-1.11-03072023.pdf \(intramedt.nl\)](#) en [Politie-handelingskader-mechanische-hulpmiddelen-20230309.pdf \(intramedt.nl\)](#)

Literatuur

1. Heiden Z, Change is possible: a case study of solitary confinement reform in Maine. ACLU 2013 [available at <https://www.aclu.org/report/change-possible-case-study-solitary-confinement-reform-maine>]
2. WMA statement on solitary confinement. Adopted by the 65th and revised by the 70th WMA General Assembly. September 2020. [available at <https://www.wma.net/policies-post/wma-statement-on-solitary-confinement/>]
3. Enggist S, Moller L, Galea G, Udensen C. Prisons and Health; World Health Organization, regional office for Europe, 2014. Chapter 5. Solitary confinement as a prison health issue [available at http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0005/249188/Prisons-and-Health.pdf]
4. Shalev S. A Sourcebook on Solitary Confinement. London: Mannheim Centre for Criminology, London School of Economics 2008. [available at www.solitaryconfinement.org/sourcebook]
5. Heartland Alliance's National Immigrant Justice Center (NIJC) and Physicians for Human Rights (PHR). Invisible in Isolation: the use of segregation and solitary confinement in immigration detention. 2012 [available at <https://immigrantjustice.org/research-items/report-invisible-isolation-use-segregation-and-solitary-confinement-immigration>]
6. John F. Stinneford. 2020. Is Solitary Confinement a Punishment? Nw.U.L. 2020. 115 Rev. 9. [available at <https://scholarlycommons.law.northwestern.edu/nulr/vol115/iss1/2>]
7. Haney C, Lynch M. Regulating prisons of the future: A psychological analysis of supermax and solitary confinement. New York Review of Law and Social Change. 1997. 23, 477-570. [available at https://socialchangenyu.com/wp-content/uploads/2017/12/Craig-Haney-Mona-Lynch_RLSC_23.4.pdf]
8. Luybarsky A, Caballero J. 23 hours in the box. New Jersey Advocates for Immigrant Detainees. Solitary Confinement in New Jersey Immigration Detention. 2015 [available at https://www.afsc.org/sites/default/files/documents/23%20Hours%20in%20the%20Box_2.pdf]
9. Mason OJ, Brady F. The psychotomimetic effects of short-term sensory deprivation. J Nerv Ment Dis. 2009 Oct;197(10):783-5.
10. Voskes Y. No effect without ethics: Reduction of seclusion in psychiatry from a care ethics perspective. 2015. [available at <https://research.vu.nl/en/publications/no-effect-without-ethics-reduction-of-seclusion-in-psychiatry-fro>]
11. Van Tilburg W, van Veldhuizen JR, Beijaert EW, van de Ven-Dijkman MV, Mulder CL, Schulte PFJ, Sikkens EPK, Tholen AJ. NVvP-commissie Richtlijn besluitvorming dwang. Richtlijn besluitvorming dwang: opname en behandeling. De Tijdstroom 2008. [available at <https://www.nvvp.net/cms/streambin.aspx?documentid=652>]
12. Gijssbers van Wijk CMT, Hondius AJK. Separeren: Medisch en politiek probleem. NtvG 2009; 153:A962. [available at <https://www.ntvg.nl/system/files/publications/a962.pdf>]
13. Johansson IM, Lundman B. Patients' experience of involuntary psychiatric care: good opportunities and great losses. J Psychiatr Ment Health Nurs. 2002 Dec;9(6):639-47.
14. Kaba F, Lewis A, Glowa-Kollisch S, et al. Solitary confinement and risk of self-harm among jail inmates. Am J Public Health. 2014;104(3):442-447.
15. National Commission on Correctional Health Care. Position statement: Solitary Confinement (Isolation). 2016. [available at <https://www.ncchc.org/solitary-confinement>]
16. Duijst W, Thoonen E, van der Gaauw S, Korthals N. Suicide in detentie & EVRM. Maklu 2012
17. Bulten E, Nijman H. Veel psychiatrische stoornissen onder gedetineerden op reguliere afdelingen van penitentiaire inrichtingen. NtvG. 2009;15:A634. [available at <https://www.ntvg.nl/system/files/publications/a634.pdf>]
18. Human Rights Watch. Callous and Cruel: Use of Force against Inmates with Mental Disabilities in US Jails and Prisons. 2015 [available at <https://www.hrw.org/report/2015/05/12/callous-and-cruel/use-force-against-inmates-mental-disabilities-us-jails-and#9816>]
19. Inspectie voor de volksgezondheid. Medische diensten in detentiecentra: verantwoorde zorg, maar nog niet geborgd. December 2009. [available at <https://zoek.officiëlebevestigingen.nl/blg-52019.pdf>]
20. Werkgroep Gezondheid en Zorg in Vreemdelingendetentie. 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 [*available at* https://www.stichtinglos.nl/sites/default/files/los/files/Rapport_Isolatie_in_Vreemdelingen_Detentie.pdf]
21. Milgram S. Behavioral Study of obedience. The Journal of Abnormal and Social Psychology. 1963,67(4),371–378.
22. Haney C, Banks C, Zimbardo Ph. Interpersonal Dynamics in a Simulated Prison. International Journal of Criminology & Penology. 1973,(1),69-97.
23. Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG). Nederlandse artseneed. [*available at* <https://www.knmg.nl/advies-richtlijnen/knmg-publicaties/artseneed.htm>]
24. Kupers TA, Dronet T, Winter M, et al. Beyond Supermax Administrative Segregation: Mississippi's Experience Rethinking Prison Classification and Creating Alternative Mental Health Programs. Criminal Justice and Behavior. 2009;36(10):1037-1050.
25. Penitentiaire beginselenwet. [*available at* <https://wetten.overheid.nl/BWBR0009709/2021-12-01>]
26. Inspectie Veiligheid en Justitie (IV&J). Plaatsing in isolatie. Inspectierapport Themaonderzoek. Mei 2012. [*available at* <https://www.tweedekamer.nl/kamerstukken/detail?id=2013D05867&did=2013D05867>]
27. Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG). NHG-TriageWijzer. [*available at* <https://triagewijzer.nhg.org/>]
28. Hengeveld en Schudel. Het psychiatrisch onderzoek. De tijdstroom. 2003.
29. Gerrits, Kusters en Tukker. Alleen: Berichten uit de isoleercel. Hoofdstuk "Voorbij de laatste deur". Lemniscaat, Rotterdam, 2007.
30. Regeling toepassing mechanische middelen in penitentiaire inrichtingen. [*available at* <https://wetten.overheid.nl/BWBR0011442/2001-05-31>]
31. Advies Disciplinair straffen en afzonderen in detentie | Advies | Raad voor Strafrechtstoepassing en Jeugdbescherming (rsj.nl) [<https://www.rsj.nl/documenten/rapporten/2022/01/28/advies-disciplinair-straffen-en-afzonderen-in-detentie>]