



STICHTING **pvp**

patiëntenvertrouwenspersonen
in de ggz

Rapport

Bezoekmogelijkheden en gebruik eigen kamer bij dwangopneming in de psychiatrie

Een (tweede) verkenning naar standaardbeperkingen
op gesloten ggz-afdelingen in Nederland

Drs. C. van den Bos
Drs. H.H. van Koeven
Drs. LLB H. Molenaar
Mr. drs. T.P. Widdershoven

Maart 2023

Colofon

Dit rapport is een uitgave van Stichting PVP, vertrouwenspersonen in de zorg. Caroliena van den Bos is juridisch medewerker, Heleen van Koeven is beleidsadviseur, Hilke Molenaar is patiëntenvertrouwenspersoon (pvp) en Ton-Peter Widdershoven is jurist. Dank is verschuldigd aan pvp'en Anna Benjamins, Simon Berg en Germaine Offringa. Allen zijn werkzaam bij de Stichting PVP. Overname van delen van dit rapport is toegestaan met bronvermelding.

Stichting PVP

De Stichting PVP geeft cliënten in de zorg advies, informatie en ondersteuning bij de handhaving van hun rechten. De Stichting PVP doet geen onderzoek, maar houdt met enige regelmaat een inventarisatie of verkenning, waarbij zo mogelijk drie kennisdomeinen worden geïntegreerd: juridische kennis, kennis over de uitwerking van de cliëntenrechten in de ggz-praktijk en de beleving hiervan door ggz-cliënten. De Stichting PVP beoogt hiermee ervaringskennis te ontsluiten en het publieke debat te stimuleren met als missie de rechten van ggz-cliënten (altijd en vanzelfsprekend) de normaalste zaak van de wereld te laten zijn, net als de bescherming daarvan. De Stichting PVP handelt daarbij vanuit haar onafhankelijke positie en haar primaire taak: de ondersteuning van cliënten bij de handhaving van hun rechten.

Contactgegevens

Website: www.pvp.nl

Mailadres: secretariaat@pvp.nl

Inhoudsopgave

Voorwoord	4
Samenvatting	5
1. Inleiding	6
2. Aanleiding en vraagstelling praktijkinventarisatie	7
2.1 Aanleiding en doel van de inventarisatie.....	7
2.2 Vraagstelling	7
3. Juridisch kader	8
4. Eerder onderzoek naar de praktijk rondom huisregels in de ggz	11
4.1 Eerste en tweede evaluatie Wet Bopz (1996 en 2002)	11
4.2 Onderzoek Inspectie voor de Gezondheidszorg (2003).....	11
4.3 Derde evaluatie Wet Bopz (2007)	12
4.4 Onderzoek Stichting PVP (2013)	12
4.5 Onderzoek Stichting PVP (2015)	12
4.6 Eerste evaluatie Wvggz en Wet zorg en dwang (2022).....	13
5. Opzet en methodologische verantwoording	14
5.1 Steekproef.....	14
5.2 Het proces.....	14
5.3 Analyse van gegevens	15
6. Resultaten	16
6.1 Respons	16
6.2 Resultaten uit 2022 in relatie tot 2015	16
6.3 Het ontvangen van bezoek	16
6.3.1 De bezoektijden	17
6.3.2 Het aantal bezoekers	17
6.3.3 De bezoeklocatie	17
6.4 Gebruik eigen kamer	17
6.4.1 Het ontvangen van medepatiënten	17
6.4.2 Het ontvangen van bezoek van anderen dan medepatiënten	18
6.4.3 Het verblijf in de kamer	18
6.4.4 Het afsluiten van de kamer	19
6.4.5 Het hebben van seksueel contact	20
6.4.6 Het roken, drinken van alcohol en eten	21
6.4.7 Het houden van huisdieren	22
6.4.8 Het gebruik van beeldschermen, televisie, radio en internet.....	22
6.5 De resultaten samengevat	25
7. Beschouwing	28
8. Literatuur	32
Bijlage 1: Vragenlijst afdelingsregels.....	33

Voorwoord

Stichting PVP, patiëntenvertrouwenspersonen in de ggz, heeft een inventarisatie gedaan van standaardbeperkingen op gesloten ggz-afdelingen in Nederland. In het bijzonder is daarbij bekeken met welke beperkingen ggz-cliënten geconfronteerd worden bij het gebruik van de eigen kamer en het ontvangen van bezoek. Een belangrijk en relevant onderwerp voor de ggz-cliënten die op dergelijke afdelingen verblijven. Maar ook voor de zorgverleners die daar zorg verlenen, voor de bestuurders die daar kaders voor meegeven, voor cliëntenorganisaties, vakorganisaties en koepelorganisaties die daarbij verschillende belangen behartigen, voor de inspectie die toezicht houdt, voor de volksvertegenwoordigers die normen stellen en voor de samenleving als geheel waarbinnen gedwongen ggz-zorg plaatsvindt.

Stichting PVP deelt op gezette tijden een inventarisatie of verkenning, waarbij zo mogelijk drie kennisdomeinen worden geïntegreerd: juridische kennis, kennis over de realisatie van de cliëntenrechten in de ggz-praktijk en de beleving hiervan door ggz-cliënten. Stichting PVP beoogt hiermee ervaringskennis te ontsluiten en het publieke debat te stimuleren met als missie de rechten van ggz-cliënten (altijd en vanzelfsprekend) de normaalste zaak van de wereld te laten zijn, net als de bescherming daarvan. Onafhankelijk, laagdrempelig, partijdig en ontvankelijk helpt Stichting PVP cliënten om hun rechtspositie waar te maken. Zij doet dit middels voorlichting, advies en bijstand.

Veel personen en instellingen hebben een bijdrage geleverd aan deze inventarisatie. Veel dank is verschuldigd aan de medewerkers van de gesloten afdelingen die de verzochte informatie hebben aangeleverd en aan de pvp'en die hen daarover hebben bevraagd.

Een vergelijkbare inventarisatie werd in 2015 gedaan, toen nog onder werking van de Wet Bopz. Net zoals het onderzoek van destijds maakt ook deze inventarisatie duidelijk dat er belangrijke variatie is tussen de afdelingen. Die variatie leidt tot onwenselijke rechtsongelijkheid. In de slotbeschouwing wordt het zorgveld daarom opgeroepen oneigenlijke standaardbeperkingen te beëindigen. Daarnaast is er (opnieuw) het pleidooi om meer nauwgezet vast te leggen wat wel en wat niet is toegestaan bij het standaard beperken van ggz-cliënten. Ik hoop van harte dat deze rapportage het gewenste effect zal hebben.

Sigrid Attema - van den Broek

Directeur-bestuurder Stichting PVP

Samenvatting

De Stichting PVP heeft een inventarisatie verricht naar de praktijk van regels rondom bezoekmogelijkheden en het gebruik van de eigen kamer op gesloten ggz-afdelingen voor volwassenen in Nederland.

Hiervoor hebben patiëntenvertrouwenspersonen in de periode september 2022 tot begin november 2022 sleutelfiguren van algemene gesloten ggz-afdelingen voor kortdurend verblijf bevroegd over beide onderwerpen. Er is gevraagd naar de geldende regels voor bezoektijden, het aantal bezoekers dat de patiënt mag ontvangen en de locatie waar de patiënt bezoek mag ontvangen. Tevens is gevraagd naar de geldende regels voor het verblijf in de eigen kamer, het afsluiten van de eigen kamer, het hebben van seksueel contact in de eigen kamer, het ontvangen van medepatiënten in de eigen kamer, het roken, drinken van alcohol en het eten in de eigen kamer, het houden van huisdieren in de eigen kamer en het gebruik van televisie, internet, radio en mobiele telefoon in de eigen kamer.

Een gelijksoortige inventarisatie werd in 2015 gedaan, toen nog onder de Wet Bopz. Net zoals het onderzoek van destijds maakt ook deze inventarisatie duidelijk dat er grote verschillen zijn tussen de geldende regels. De gevonden diversiteit leidt tot rechtsongelijkheid. Zo zijn bijvoorbeeld de bezoektijden op de ene afdeling in het algemeen onbeperkt (dag en nacht), terwijl er op andere afdelingen forse standaardrestricties gelden (bijvoorbeeld doordeweeks slechts twee uur per dag). Op sommige afdelingen mogen geen kinderen ontvangen worden, op andere weer wel. Wat betreft het gebruik van de eigen kamer hebben sommige patiënten met name te maken met drie specifieke standaardbeperkingen: niet roken, geen alcohol drinken en kleine huisdieren zijn niet (of eventueel alleen in overleg) toegestaan. Verder zijn deze patiënten in algemene zin vrij om bijvoorbeeld op hun kamer te eten, bezoek te ontvangen, onbeperkt in de kamer te verblijven en van internet gebruik te maken. Op andere afdelingen worden patiënten juist geconfronteerd met meer beperkingen: zij mogen bijvoorbeeld op hun kamer niet eten, ook geen bezoek van medepatiënten ontvangen, sowieso geen huisdieren houden en/of moeten op bepaalde tijden in hun kamer blijven. Soms is seksueel contact op de kamer zonder voorwaarden toegestaan, soms niet en is er ook elders in de instelling geen ruimte voor.

Bij ministeriële regeling kan een model voor huisregels worden vastgesteld (art. 8:15 lid 5 Wvggz), maar vooralsnog is het daar niet van gekomen. De normering (vastgelegd in de Wvggz en de modelhuisregels Wvggz 2019 (van GGZ Nederland) geeft slechts op hoofdlijnen en in algemene bewoordingen aan wat er via huisregels geregeld mag worden. Hierdoor bevat die normering "grijze gebieden", zowel wat betreft het ontvangen van bezoek als het gebruik van de eigen kamer. Onduidelijk is bijvoorbeeld in hoeverre beperkingen geëigend zijn als het gaat om hoe vaak, hoe veel en waar er bezoek mogelijk is. En hetzelfde geldt voor het afsluiten van de eigen kamer en het reguleren van roken, drinken, eten en het hebben van seksueel contact. Juist op deze punten, die in deze inventarisatie aandacht hebben gekregen, blijkt de praktijk veelvormig.

Een verdere verduidelijking voor de praktijk van wat wel en niet aan standaardbeperkingen geëigend is en wat passend is bij een bepaalde doelgroep, is van belang. De huidige wettelijke regeling laat (te) veel ruimte aan de praktische invulling op instellingsniveau en leidt daarmee tot bedenkelijke standaardbeperkingen, willekeur en rechtsongelijkheid. De Stichting PVP bepleitte eerder om bij wettelijk uitvoeringsbesluit "modelhuisregels" vast te stellen (in lijn met het oorspronkelijke voorstel Wvggz).¹ Het belang van het ontwikkelen van uitgewerkte modellen blijkt opnieuw uit deze inventarisatie.

¹ Zie *Kamerstukken II* 2009/10, 32399, nr. 2 (zie art. 8:14 Wvggz). En zie o.a. Reactie Stichting PVP op voorstel nota van wijziging wetsvoorstel Wet verplichte ggz, dd. 25 april 2012 en Position Paper Wet verplichte ggz t.b.v. rondetafelgesprek 20 januari a.s., dd. 09 januari 2014, te vinden op <https://pvp.nl/over-ons/publicaties-en-onderzoek>

1. Inleiding

Dwangopneming in de psychiatrie houdt een vrijheidsbeneming in: de patiënt mag de ggz-instelling niet op eigen gezag verlaten. Veelal is sprake van een verdere beperking, zoals een plaatsing op de gesloten afdeling. Voor het verblijf in die ggz-instelling of op die afdeling zijn de zogenoemde 'huisregels' van belang. Huisregels zijn nodig om het gezamenlijke verblijf in de instelling in goede banen te leiden. Die huisregels houden gedragsbeperkingen in; zij treffen het doen en laten van de aanwezige patiënten. Huisregels zijn op schrift gesteld (en heten dan bijvoorbeeld meestal 'huisregels' of 'afdelingsregels'), maar daarnaast zijn er ook ongeschreven regels die algemene beperkingen betreffen. Huisregels gaan bijvoorbeeld over therapietijden, bezoektijden, tijdstip van de maaltijden, gebruik van gemeenschappelijke ruimten en slaap- en rusttijden.

De Wvggz biedt een normering voor huisregels. Volgens die normering mogen huisregels de vrijheid van handelen van patiënten niet verder beperken dan nodig is voor een ordelijke gang van zaken en de veiligheid, passend bij de doelgroep in de accommodatie. De wettelijke normering maakt een dergelijke differentiatie mogelijk: *"Afhankelijk van de aard en het niveau van zorg en bescherming binnen de afdeling zullen de huisregels in meer of mindere mate beperkingen op kunnen leggen en ook andersoortig kunnen zijn"*. (Kamerstukken II 2009/10, 32399, nr. 3, p. 93 (MvT)).

Volgens de Wvggz kan bij ministeriële regeling een model voor huisregels worden vastgesteld (art. 8:15 lid 5 Wvggz), maar vooralsnog is het daar niet van gekomen. Wel heeft GGZ Nederland (thans dNggz) Modelhuisregels (2019) opgesteld, gebaseerd op de normering van de Wvggz. Het model biedt per onderwerp verschillende opties. De zorgaanbieder heeft daardoor een grote vrijheid in wat hij wel en niet in de huisregels opneemt. De genoemde Modelhuisregels gaan niet of nauwelijks in op de onderwerpen die onderdeel zijn van onze inventarisatie: bezoekmogelijkheden en het gebruik van de eigen kamer.

De genoemde onderwerpen van (beperken van) bezoek en gebruik van de eigen kamer hebben bijzondere betekenis voor het verblijf op een gesloten afdeling. Het gaat om contact kunnen houden met de buitenwereld enerzijds en begrenzen van contact binnen de afdeling anderzijds. Beide onderwerpen betreffen de mate waarin de patiënt (volgens de op de afdeling geldende voorschriften) eigen regie kan houden.

De onderhavige rapportage biedt een verkenning van deze onderwerpen, in het bijzonder gebaseerd op een praktijkinventarisatie naar die voorschriften.

Deze inventarisatie vond plaats in de maanden september, oktober en november 2022. Patiëntenvertrouwenspersonen van de Stichting PVP hebben sleutelfiguren van 41 gesloten ggz-afdelingen voor volwassenen verspreid over heel Nederland bevestigd op beide onderwerpen. Een gelijksoortige inventarisatie werd in 2015 gedaan, toen nog onder de werking van de Wet Bopz (Van den Bos, Van Koeven & Widdershoven, 2016a en 2016b).² Waar relevant wordt teruggeblift op het onderzoek uit 2015.

In het navolgende komen achtereenvolgens de vraagstelling van de inventarisatie, de relevante juridische normering, eerder verricht onderzoek aangaande het onderwerp, de inventarisatie-opzet met methodologische verantwoording en de resultaten van de inventarisatie aan de orde. Besloten wordt met een korte beschouwing, waarin de resultaten worden gespiegeld aan de juridische normering.

² Tekstonderdelen uit dit eerdere onderzoeksrapport komen in aangepaste vorm terug in dit rapport.

2. Aanleiding en vraagstelling praktijkinventarisatie

2.1 Aanleiding en doel van de inventarisatie

Aanleiding voor deze inventarisatie was nieuwsgierigheid naar de variatie van de gehanteerde regels in de praktijk voor het ontvangen van bezoek en het gebruik van de eigen kamer op gesloten ggz-afdelingen. Die nieuwsgierigheid werd mede gevoed door het ontbreken van specifieke normering op dit punt. Sinds de invoering van de Wvggz is er geen betere normering ontstaan ondanks de mogelijkheid die de wet daar wel voor biedt, terwijl beide onderwerpen medebepalend zijn voor de (resterende mogelijkheden van de) eigen regie van een patiënt tijdens een gedwongen opname. Daarnaast was er sprake van een zekere nieuwsgierigheid naar de stand van zaken sinds het vorige onderzoek uit 2015 (Van den Bos, Van Koeven, & Widdershoven, 2016a en 2016b).

Deze inventarisatie richt zich op gesloten afdelingen voor volwassenen in ggz-instellingen. Een begrenzing is gezocht in de behandelinhoudelijke aard van die afdelingen: bijzondere behandelafdelingen (voor bijvoorbeeld verslavingszorg) vallen buiten deze inventarisatie, evenals ggz-afdelingen voor jeugd- en ouderenzorg.

Doelstelling van de inventarisatie was het bieden van inzicht in genoemde praktijkregels. Het betrof de feitelijke standaardbeperkingen aangaande het ontvangen van bezoek en het gebruik van de eigen kamer op gesloten ggz-afdelingen. Bepalend daarbij waren de voor alle patiënten op de afdeling geldende beperkingen op beide onderwerpen, los van de vraag of in individuele gevallen verdergaande beperkingen (of juist minder vergaande beperkingen) aan de orde kunnen zijn.³ Bepalend zijn voorts de in de praktijk gehanteerde voorschriften, ongeacht of deze wel of niet schriftelijk gereguleerd zijn.

2.2 Vraagstelling

De volgende vragen geformuleerd:

- 1 Welke algemene regels gelden er voor het ontvangen van bezoek op gesloten opname- of crisisafdelingen voor volwassenen in ggz-instellingen in Nederland? Het gaat in het bijzonder om regels betreffende:
 - bezoektijden;
 - aantal bezoekers;
 - bezoeklocatie.

- 2 Welke algemene regels gelden er voor het gebruik van de eigen kamer op gesloten opname- of crisisafdelingen voor volwassenen in ggz-instellingen in Nederland? Het gaat in het bijzonder om regels betreffende:
 - het ontvangen van bezoek;
 - het verblijf in de kamer;
 - het afsluiten van de kamer;
 - het hebben van seksueel contact;
 - het roken, drinken van alcohol en eten;
 - het houden van huisdieren;
 - het gebruik van beeldschermen, televisie, radio en internet.

³ Zie daarover hoofdstuk 3 met het juridisch kader.

3. Juridisch kader

Voor het onderwerp van deze inventarisatie is van belang welke juridische normering er geldt voor het reguleren van bezoekmogelijkheden en het gebruik van de eigen kamer op gesloten ggz-afdelingen.

Relevant in dit verband is in het bijzonder de normering aangaande de 'huisregels' van de Wvvgz (m.n. art. 8:15 Wvvgz). Huisregels bieden bij uitstek de mogelijkheid om standaardbeperkingen op te leggen. Onder standaardbeperkingen wordt dan verstaan de beperkingen of begrenzingen die in algemene zin gelden voor de gehele patiëntengroep in kwestie. Daarvan te onderscheiden zijn de (verdergaande of aanvullende) beperkingen die op individuele basis aan patiënten opgelegd kunnen worden. Voor dergelijke aanvullende individuele beperkingen 'bovenop' de standaardbeperkingen biedt de Wvvgz specifieke mogelijkheden: in het bijzonder moet dan worden gedacht aan dwangzorginterventies in het kader van een crisismaatregel, zorgmachtiging of tijdelijke noodsituatie (zie art. 3:1 Wvvgz) en voorts eventueel gegrond op de dwangnormering van de Wgbo. Dergelijke dwanginterventies vergen specifieke beslissingen, afgestemd op de concrete situatie van omgeving en individu.

Hieronder worden de hoofdlijnen geduid van de wettelijke normering van het fenomeen huisregels en de uitwerking daarvan in een modelregeling van GGZ Nederland (thans dNggz). Ook wordt kort stilgestaan bij een arrest uit 2019 waarin de Hoge Raad onder andere ingaat op het belang van op schrift gestelde huisregels. Hoewel dit arrest uit de tijd stamt waarin de Wet Bopz nog van toepassing was, is aannemelijk dat deze jurisprudentie ook onder de Wvvgz nog steeds van betekenis is.

Wvvgz-regelgeving omtrent huisregels

Zorgaanbieders zijn verplicht om huisregels op te stellen "*voor de ordelijke gang van zaken en de veiligheid, passend bij de doelgroep, in de accommodatie*", aldus art. 8:15 lid 1 Wvvgz. Deze algemene huisregels gelden binnen een accommodatie of een afdeling daarvan. "*De huisregels kunnen gelden voor zowel personen die permanent in een accommodatie verblijven als voor degenen die daar een dagbehandeling of andere vorm van ambulante zorg ontvangen.*" (Kamerstukken II 2009/10, 32399, nr. 3, p. 93 (MvT)).

Op de zorgaanbieder rust de verplichting om de huisregels schriftelijk aan de patiënt en vertegenwoordiger bekend te maken en mondeling toe te lichten (art. 8:15 lid 3 en lid 4 Wvvgz; art. 8:3 sub f Wvvgz).

Huisregels zijn gericht op de ordelijke gang van zaken binnen de accommodatie en de veiligheid van betrokkene, andere patiënten en de zorgmedewerkers. "*Zo bepalen de huisregels wat betrokkene niet op de kamer mag hebben. De kamer moet toegankelijk, snel controleerbaar en brandveilig zijn.*" (Kamerstukken II 2015/16, 32399, nr. 25, p. 182 (NvW 2)).

Individuele beperkingen horen niet in de huisregels thuis: "*De huisregels dienen algemeen van aard te zijn, op de persoon gerichte beperkingen horen niet in de huisregels thuis, maar dienen onderdeel te zijn van het zorgplan van betrokkene.*" (Kamerstukken II 2009/10, 32399, nr. 3, p. 93 (MvT)).

De Wvvgz biedt zorgaanbieders de mogelijkheid te variëren in huisregels, mits ze zijn opgesteld voor het regelen van de ordelijke gang van zaken en de veiligheid in de ggz-accommodatie. Huisregels kunnen per doelgroep per accommodatie verschillen. De wettelijke normering maakt een dergelijke differentiatie mogelijk: "*Afhankelijk van de aard en het niveau van zorg en bescherming binnen de afdeling zullen de huisregels in meer of mindere*

mate beperkingen op kunnen leggen en ook andersoortig kunnen zijn". (Kamerstukken II 2009/10, 32399, nr. 3, p. 93 (MvT)).

De Hoge Raad heeft zich, ten tijde van de Wet Bopz, ook uitgelaten over wat er in huisregels geregeld mocht worden.: "(...) *Huisregels hebben dus geen therapeutisch doel. Zij dienen uitsluitend de ordelijke gang van zaken binnen de instelling. Zij bevatten algemeen geldende beperkingen, bijvoorbeeld betreffende bezoeken, bewegingsvrijheid en telefoongebruik. Huisregels kunnen gedifferentieerd zijn al naar gelang de aard van de diverse in het ziekenhuis verblijvende categorieën personen (Kamerstukken II 1980/81, 11270, nr. 17, p.61).*" Huisregels dienen doelmatig en proportioneel te zijn, aldus de Hoge Raad. In haar noot bij deze uitspraak, geeft annotator Bakker aan, dat, ondanks dat huisregels bepalingen mogen bevatten in het belang van de veiligheid en dat bepalingen mogen worden toegesneden op de doelgroep, ook onder de Wvvgz geldt dat huisregels geen therapeutisch doel mogen hebben en dat beperkingen die een individueel geval betreffen niet in de huisregels horen. ([Hoge Raad 19 juli 2019, ECLI:NL:HR:2019:1282](#); JGz 2020/44 mt nt C. Bakker)

Hoewel de Wvvgz een variëteit aan huisregels toelaat, vindt de wetgever het onwenselijk dat er grote verschillen ontstaan: "*Tegelijkertijd is het onwenselijk dat de huisregels voor soortgelijke accommodaties en doelgroepen grote verschillen vertonen en moet worden voorkomen dat in de huisregels vergaande beperkingen in de bewegingsvrijheid worden opgenomen die eigenlijk in de zorgmachtiging thuishoren.*" (Kamerstukken II 2009/10, 32399, nr. 3 (Mvt))

Modelhuisregels Wvvgz van GGZ Nederland (thans dNggz)

Bij ministeriële regeling kan een model voor huisregels worden vastgesteld (art. 8:15 lid 5 Wvvgz), maar vooralsnog is het daar niet van gekomen. Wel heeft GGZ Nederland (thans dNggz) in september 2019 Modelhuisregels opgesteld, gebaseerd op de normering van de Wvvgz. Het model geeft geen echte normering voor de huisregels. Het model biedt per onderwerp verschillende opties. De toelichting bij het model geeft hierover aan: "*In dit model is bij verschillende bepalingen een aantal opties aangegeven, waarbij de zorgaanbieder de meest bij de doelgroep passende bepaling in zijn eigen huisregels kan opnemen.*" De zorgaanbieder heeft daardoor een grote vrijheid in wat hij wel en niet in de huisregels opneemt.

De Modelhuisregels gaan niet of nauwelijks in op de onderwerpen die onderdeel zijn van onze inventarisatie: bezoekmogelijkheden en het gebruik van de eigen kamer.

Voor het ontvangen van bezoek biedt het model de volgende mogelijkheden om te regelen via de huisregels:

- de dagen en tijden waarop bezoek welkom is;
- de ruimtes waar bezoek ontvangen mag worden (eigen kamer, gemeenschappelijke ruimte, bezoekkamer, andere beschikbaar kamer zoals.., en).

Daarnaast kan volgens het model in de huisregels bijvoorbeeld worden vermeld of en onder welke voorwaarden minderjarigen welkom zijn. "*Een voorwaarde kan zijn dat een minderjarige alleen onder begeleiding van een volwassene of met toestemming van de met gezag belaste ouder/voogd op bezoek mag komen. Bepaald kan bijvoorbeeld worden dat op een crisisafdeling een minderjarige niet op bezoek mag komen.*"

In de huisregels kan volgens het model worden opgenomen dat tassen en andere meegebrachte spullen van bezoek kunnen worden gecontroleerd. Indien bezoek weigert om de meegebrachte spullen te laten controleren, wordt de toegang geweigerd.

Wat betreft het gebruik van de eigen kamer worden in het model verschillende opties genoemd die de zorgaanbieder kan gebruiken passend bij de doelgroep op de afdeling en in

het kader van de algemene brandveiligheid. Zo kan worden opgenomen dat de eigen kamer toegankelijk en snel controleerbaar moet zijn. Hieronder wordt bijvoorbeeld verstaan dat er geen stapels papieren mogen liggen, de doorgang van deur naar bed vrij moet zijn en dat er vrije doorzicht moet zijn van het raampje in de deur van de kamer. Tevens kunnen bepalingen worden opgenomen over de staat van de kamer bij vertrek en hoe wordt omgegaan met achtergelaten persoonlijke bezittingen.

Ook wordt in het model gemeld dat het aan de zorgaanbieder is om te beslissen of dieren worden toegestaan. De zorgaanbieder kan aan de toestemming voorwaarden verbinden die bijvoorbeeld betrekking hebben op: aard van het dier, passende huisvesting en de aard van de afdeling. *'Zo ligt het niet voor de hand dat op een crisisafdeling dieren kunnen verblijven.'*

Ten tijde van de Wet Bopz waren er ook modelhuisregels van GGZ Nederland. Deze modelhuisregels schreven veel gedetailleerder voor wat wel/niet in de huisregels mocht staan dan het huidige model.

Hoge Raad over belang van op schrift gestelde huisregels

Het arrest van de Hoge Raad van 19 juli 2019 ([Hoge Raad 19 juli 2019, ECLI:NL:HR:2019:1282](#)) gaat onder andere in op het belang van op schrift gestelde huisregels. Op grond van het destijds geldende artikel 37 lid 1 Wet Bopz moesten patiënten zo spoedig mogelijk na opname een schriftelijk overzicht ontvangen van de in de Bopz-instelling geldende huisregels.

De Hoge Raad concludeert dat de wetgever met de eis dat (onder meer) de huisregels in een schriftelijk overzicht moeten worden opgenomen, heeft beoogd de rechtszekerheid voor de patiënt te vergroten. *"Daaruit vloeit ook voort dat de betrokkene er aanspraak op heeft precies te weten welke rechten en verplichtingen voor hem gelden. Daarmee valt niet te verenigen dat een algemeen (of voor een bepaalde categorie patiënten) geldende regeling van rechten, niet in een schriftelijk overzicht als bedoeld in art. 37 lid 1 Wet Bopz wordt vastgelegd, maar slechts mondeling aan de betrokken patiënten wordt meegedeeld. Dan kan immers snel onzekerheid ontstaan over het bestaan, de precieze inhoud en het toepassingsgebied van die regeling, en daarmee ook over de vraag of een aan een betrokkene opgelegde individuele beperking moet worden gezien als een beperking in een voordien onbeperkt recht, dan wel in een al door de huisregels beperkt recht. Aldus zou, zoals deze zaak illustreert, ook onzekerheid kunnen ontstaan over de vraag of sprake is van een beperking als bedoeld in art. 40 leden 2-4 Wet Bopz en over de vraag of en op welke grond daarover op de voet van art. 41 Wet Bopz kan worden geklaagd."*

Dit impliceert dat, aldus de Hoge Raad, huisregels op schrift gesteld moeten worden en dat het slechts mondeling verstrekken van huisregels onvoldoende is om de rechtszekerheid van patiënten te waarborgen. Ofwel zoals Legemaate in zijn annotatie de Hoge Raad parafraseert: *"Anders gezegd: een mondelinge huisregel is geen huisregel."* (HR 19-07-2019, ECLI:NL:HR:2019:1282, NJ 2020/181, m.nt. J. Legemaate).

Artikel 8:15 lid 3 Wvvgg heeft een vergelijkbare bepaling als het destijds geldende artikel 37 Wet Bopz. *"De zorgaanbieder stelt aan betrokkene en de vertegenwoordiger zo spoedig mogelijk na diens opname in een accommodatie een schriftelijk overzicht van de in de accommodatie geldende huisregels ter hand."*

Annotator Bakker concludeert in haar noot bij dit arrest dat deze bepaling niet wezenlijk afwijkt van art. 37 Wet Bopz. *"Er mag dan ook van worden uitgegaan dat deze beslissing van de Hoge Raad ook voor de uitleg van art. 8:15 Wvvgg van belang is."* (Hoge Raad 19 juli 2019, [ECLI:NL:HR:2019:1282](#); JGz 2020/44 m.nt C. Bakker)

4. Eerder onderzoek naar de praktijk rondom huisregels in de ggz

In 2015 deed de Stichting PVP onderzoek specifiek naar de stand van zaken met betrekking tot bezoekmogelijkheden en gebruik van de eigen kamer bij dwangopneming in de ggz. Eerder onderzoek is, voor zover bekend, niet voorhanden. Incidenteel is er meer in algemene zin onderzoek gedaan naar het toepassen van huisregels in de ggz-praktijk. Met name gebeurde dit in het kader van de diverse evaluaties van de Wet Bopz, maar ook een rapportage van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (thans IGJ) had betrekking op dit onderwerp. De eerste wetsevaluatie Wvggz en Wzd besteedt ook kort aandacht aan de huisregels op grond van de Wvggz. In chronologische volgorde volgt hieronder een korte schets van hetgeen uit die bronnen bekend is.

Daarbij is er ook enige aandacht voor het eerdere onderzoek van de Stichting PVP naar de beschikbaarheid van nieuwsvoorzieningen bij een verblijf op de gesloten afdeling.

4.1 Eerste en tweede evaluatie Wet Bopz (1996 en 2002)

Zowel voor de eerste als voor de tweede evaluatie van de Wet Bopz is onderzoek gedaan naar de toepassing van huisregels in de ggz-praktijk. Het navolgende citaat uit de rapportage ten behoeve van die tweede wetsevaluatie meldt in samenvattende zin over beide perioden: *“Ten opzichte van het in 1996 gehouden evaluatieonderzoek hebben de instellingen merkbaar vorderingen gemaakt op het gebied van de huisregels, al valt er nog wel het nodige aan te verbeteren. (...) De inhoud van de huisregels en brochures voldoet grotendeels aan de wettelijke eisen al zijn er enkele, gelet op de resultaten van het vorig onderzoek kennelijk hardnekkige, afwijkingen geconstateerd. Nog steeds zijn er instellingen waar de bewegingsvrijheid van patiënten onrechtmatig wordt beperkt. De gesloten afdelingen blijken veelal een regime te hanteren, waarbij elke patiënt na opname eerst een korte periode de afdeling niet mag verlaten. Met name ten aanzien van IBS-patiënten werd een dergelijke standaard beperking nogal eens in de huisregels en informatiebrochures aangetroffen. Voorts is geconstateerd dat er nog steeds zaken in de huisregels worden geregeld die daarin niet thuishoren, zoals behandelvisies, absolute alcoholverboden, verboden op persoonlijke en intieme relaties, sancties en te vergaande beperkingen in de handelingsvrijheid van de patiënt. Enkele instellingen geven wel heel dwingende regels voor hoe de patiënt zich in het algemeen behoort te gedragen.”* (Blok, Huwaë, Van der Horst, Van de Klippe, & Donkers, 2002).

4.2 Onderzoek Inspectie voor de Gezondheidszorg (2003)

Naar aanleiding van signalen uit het veld en de uitkomsten van de tweede evaluatie van de Wet Bopz is in 2003 ook door de Inspectie voor de Gezondheidszorg onderzoek gedaan naar de huisregels in Bopz-aangemerkte instellingen (Inspectie voor de Gezondheidszorg, 2004).

De inspectie constateerde dat veel huisregels (geschreven en ongeschreven) te ver gingen en te bevoogdend waren. Ook waren er instellingen die geen huisregels vastgelegd hadden. Hierdoor was – aldus de inspectie – de rechtspositie van patiënten in het geding. De ‘Modelhuisregels’ van GGZ Nederland werden door de inspectie als veldnorm gehanteerd.

In het rapport geeft de inspectie voorbeelden van huisregels die te ver gingen of te bevoogdend waren. Sommige voorbeelden gingen over ‘het gebruik van de eigen kamer’ en over ‘bezoek’. Het navolgende “overzicht van onrechtmatigheden” kan daaraan worden ontleend:

- huisregels waarin staat dat het roken in de eigen kamer tot ontslag leidt;
- huisregels waarin wordt aangegeven “van persoonlijke verhoudingen en seksueel contact (tussen patiënten) kan geen sprake zijn”;
- een verbod om bezoek te ontvangen in de eigen kamer;
- een beperking van het aantal bezoekers;
- het voorschrift dat er op de gesloten afdeling geen kleine kinderen op bezoek mogen komen;
- een verbod om een mobiele telefoon te gebruiken;
- een compleet alcoholverbod.

4.3 Derde evaluatie Wet Bopz (2007)

In het rapport van de derde evaluatie van de Wet Bopz worden de resultaten van de tweede wetsevaluatie gememoreerd: *“Uit onderzoek ten behoeve van de tweede evaluatie is naar voren gekomen dat er in de huisregels ten onrechte vrijheidsbeperkingen en sancties werden opgenomen”*. De evaluatiecommissie constateert dat de huidige regeling, die bepaalt dat huisregels slechts regels mogen bevatten die nodig zijn voor een ordelijke gang van zaken in het psychiatrische ziekenhuis, in zowel in de kinder- en jeugdpsychiatrie als in de forensische psychiatrie als te beperkt wordt ervaren. *“Er bestaat behoefte aan uitbreiding van de mogelijkheden om de vrijheid van de patiënten te beperken. Het gaat daarbij zowel om regels die nodig zijn om de veiligheid op de afdeling te waarborgen als om het veiligstellen van een goed therapeutisch klimaat. In de praktijk bestaat de behoefte om in het kader van het therapeutische klimaat op specifieke afdelingen alcohol en drugs te verbieden.”* De evaluatiecommissie acht het wenselijk om de regeling voor de huisregels te verruimen. *“Huisregels zouden ook regels moet kunnen bevatten om het therapeutisch klimaat en de veiligheid binnen de afdeling te waarborgen, mits die noodzakelijk en proportioneel zijn.”* Voorts onderstreept de commissie het belang van modelhuisregels: *“Met het oog op de rechtsgelijkheid is het wenselijk dat de koepels modellen voor huisregels ontwikkelen”* (Derde evaluatiecommissie Wet Bopz, 2007, p. 67 en 100).

Mede naar aanleiding van deze derde evaluatie Wet Bopz, is vlak voor de inwerkingtreding van de Wvvgz het Besluit Rechtspositieregelen Wet Bopz aangepast. Aan het Besluit werd toegevoegd dat huisregels, naast regels met betrekking tot een ordelijke gang van zaken, ook regels mogen bevatten die nodig zijn voor de veiligheid, passend bij de doelgroep. Deze wijziging van het Besluit Rechtspositieregelen, was volgens annotator Bakker *“vlak voor de inwerkingtreding van de Wvvgz, (...) van groot belang voor instellingen die forensische zorg bieden. Het maakte expliciet duidelijk dat huisregels ook bepalingen mogen bevatten in het belang van de veiligheid én dat de bepalingen mogen worden ‘toegesneden’, op de doelgroep, zoals bijvoorbeeld patiënten met verslavingsproblematiek of forensische patiënten.”* (Hoge Raad 19 juli 2019, [ECLI:NL:HR:2019:1282](https://www.rechtspraak.nl/ECLI/HR/2019/1282); JGz 2020/44 mt nt C. Bakker).

4.4 Onderzoek Stichting PVP (2013)

In 2013 onderzocht de Stichting PVP de beschikbaarheid van nieuwsvoorzieningen op gesloten ggz-afdelingen in Nederland (Van den Bos, Van Koeven, & Widdershoven, 2013). Een onderzoek dat niet zozeer per se van doen had met huisregels, maar wel met standaardbeperkingen op de gesloten ggz-afdeling. Tussen de gesloten afdelingen kwamen er aanmerkelijke verschillen voor. Op de ene afdeling was er zowel in de gemeenschappelijke ruimtes als in de patiëntenkamers een relatief ruim aanbod aan nieuwsvoorzieningen. Op de andere afdeling was er alleen een aanbod in de huiskamer die met veel patiënten gedeeld moest worden. Geconstateerd werd dat de praktijk willekeurig was, wat leidde tot rechtsongelijkheid en dat de waarde van een vrije toegang tot nieuws- en informatiebronnen werd miskend. Naar aanleiding van dit onderzoek pleitte de Stichting PVP voor een nieuwsvoorzieningenstandaard bij dwangopneming in de psychiatrie.

4.5 Onderzoek Stichting PVP (2015)

In 2015 deed de Stichting PVP een onderzoek dat in grote mate vergelijkbaar is met de huidige inventarisatie (Van den Bos, Van Koeven & Widdershoven, 2016a en 2016b.). Destijds was de opzet breder, ook de huisregels van forensische afdelingen werden onderzocht, en de steekproef was groter (41 in 2022 en 117 in 2015). Duidelijk kwam uit de inventarisatie naar voren dat de praktijk in 2015 behoorlijk divers was. Er was sprake van beduidende verschillen tussen de onderscheiden afdelingen onderling.

De mate van diversiteit gaf te denken. Zo was bijvoorbeeld de bezoekmogelijkheid op de ene afdeling onbeperkt (dag en nacht), terwijl er op andere afdelingen forse restricties golden (enkele vaste dagen per week, gedurende vaste beperkte bezoektijden). Een dergelijk grote diversiteit werd als problematisch beschouwd gezien de geldende normering (Wet Bopz), die weliswaar enige ruimte liet maar tevens een redelijke eenduidigheid veronderstelt, met als bepalend criterium *“een ordelijke gang van zaken in het ziekenhuis”*. Geconcludeerd werd dat de gesignaleerde discrepantie tussen norm en praktijk leidt tot een inherente rechtsongelijkheid.

4.6 Eerste evaluatie Wvggz en Wet zorg en dwang (2022)

Het eerste evaluatierapport Wvggz/Wzd gaat kort in op de huisregels op grond van de Wvggz. Als één van de kerntaken van de zorgaanbieder wordt het opstellen van huisregels voor veiligheid en een ordelijke gang van zaken binnen de accommodatie, passend bij de doelgroep (8:15 lid 1 Wvggz) genoemd. In een voetnoot wordt daarbij verwezen naar het volgende citaat: *"In de praktijk blijken de huisregels per instelling behoorlijk te kunnen variëren, zo bleek uit onderzoek van de Stichting PVP en dat heeft grote implicaties voor het verblijf van betrokkenen in de instelling. Het oorspronkelijke wetsvoorstel stelde modelhuisregels in het vooruitzicht, maar daarvan is uiteindelijk toch afgezien (het is een facultatieve wetsbepaling geworden; zie art. 8:15 lid 5 Wvggz). Flim en Widdershoven menen dat een dergelijk model er vanwege de geconstateerde verschillen niettemin moet komen en dat de wet dat ook moet waarborgen: 'Niet alleen is nadere normering nodig om te voorkomen dat er via huisregels te veel standaardbeperkingen gelden, ook is (...) [zij] nodig om relevante vrijheidsrechten anderszins te waarborgen. Zo is het bijvoorbeeld van belang dat er op gesloten afdelingen ruimschoots mogelijkheden zijn om van nieuwsvoorzieningen, zoals internet, gebruik te maken. N. Flim & T.P. Widdershoven, Bezorgdheid over de 2e nota van wijziging Wvggz: dwang bij wilsbekwaamheid, huisregels en forensische zorg, JGGZR 2020, afl. 5." (ZonMw, 2021, p. 38).*

5. Opzet en methodologische verantwoording

Beoogd is de praktijk te beschrijven van standaardbeperkingen op gesloten ggz-afdelingen voor het ontvangen van bezoek en het gebruik van de eigen kamer. De onderzoeksvragen zijn in paragraaf 2.2 vermeld. De inventarisatie is uitgevoerd door middel van een gestructureerde vragenlijst, die mondeling of schriftelijk is afgenomen bij sleutelfiguren van, per pvp *at random* gekozen, opname- of crisisafdelingen voor volwassenen.

5.1 Steekproef

Inclusiecriteria

Voor de inventarisatie zijn de volgende inclusiecriteria gehanteerd:

- afdeling waar pvp werkzaam is;
- gesloten afdeling van een Wvggz-accommodatie;
- afdeling voor volwassenen;
- afdeling met uitsluitend eenpersoonskamers;
- afdeling voor kortdurende zorg;
- opname- of crisis afdeling.

Deze afdelingen zijn geïnccludeerd vanwege het niet-specifieke karakter van deze afdelingen. Met een gesloten afdeling wordt bedoeld: de deur is in beginsel dicht en iedere patiënt moet toestemming vragen om de deur open te krijgen.

Exclusiecriteria

Voor de inventarisatie worden de volgende exclusiecriteria gehanteerd:

- specialistische afdeling;
- psychiatrische afdeling van algemene- en academische ziekenhuizen;
- forensische afdeling;
- afdeling voor ouderen-of jeugd;
- gesloten afdeling.

Specialistische afdelingen zijn uitgesloten van deze inventarisatie. Op deze afdelingen speelt mogelijk de behandeling een grotere rol bij de standaardregels. Bijvoorbeeld een alcoholverbod op een afdeling voor verslavingszorg. Uitgesloten zijn ook de psychiatrische afdelingen van algemene en academische ziekenhuizen. Deze laatste begrenzing heeft van doen met restricties wat betreft onderzoeksomvang en tijdsinvestering.

Soms wordt de term 'besloten afdeling' gebruikt als aanduiding voor een afdeling waarbij het voordeurbeleid iets ruimer is dan bij een gesloten afdeling. In deze inventarisatie worden afdelingen met dit beleid niet meegenomen. De definitie van een gesloten afdeling (zie bij inclusiecriteria) is eenduidiger in gebruik.

Steekproefgrootte

Het werkterrein van de Stichting PVP betreft alle gesloten ggz-afdelingen in Nederland. De steekproef is getrokken uit alle gesloten opname- en crisisafdelingen voor volwassenen in Nederland, waar pvp'en werkzaam zijn. Elke pvp kreeg één afdeling toegewezen om de afdelingsregels te inventariseren. Daarmee is van tevoren berekend dat er van 50 ggz-afdelingen de afdelingsregels in beeld kunnen worden gebracht. Dat zijn minder afdelingen dan in het onderzoek uit 2015 maar dit aantal is voldoende om een indruk te krijgen van de variatie aan huisregels in de praktijk. De afdelingen zijn per pvp *at random* geselecteerd uit alle afdelingen waar deze pvp werkzaam is en die aan de inclusiecriteria voldeden.

5.2 Het proces

Door middel van een beschrijvende methode is de inventarisatie van de bestaande praktijk geschetst.

Gestructureerde vragenlijst

Met het oog op een eenduidige interpretatie van de resultaten is een gestructureerde vragenlijst gebruikt. De vragen uit de vragenlijst die in 2015 is ontworpen, zijn grotendeels letterlijk overgenomen. Aanpassingen zijn gedaan in de vragen die in 2015 gingen over het gebruik van de televisie en het luisteren naar muziek en de radio. Sinds 2015 zijn smartphones meer in gebruik, waarmee bovengenoemde mogelijkheden eenvoudig via de eigen telefoon gerealiseerd kunnen worden. Daarvoor in de plaats is er een vraag over het gebruik van beeldschermen toegevoegd en een vraag over de mogelijkheden voor patiënten om televisie te kijken, radio te luisteren, internet te gebruiken op de eigen kamer, als ze zelf daarvoor geen smartphone of andere apparaten bij zich hebben.

Door middel van deze vragenlijst zijn de standaardbeperkingen die op de afdeling gelden geïnventariseerd. Het ging daarbij niet alleen om beperkingen die waren vastgelegd in de formele huisregels, maar ook om ongeschreven regels, protocollen en opnamevoorwaarden et cetera die standaardbeperkingen inhielden voor patiënten.

De vragenlijst bevat achttien specifieke vragen: drie over het ontvangen van bezoek, twaalf betreffende het gebruik van de eigen kamer en drie vragen over een nadere toelichting van de gehanteerde regel(s). In het geval dat er op de onderzochte afdelingen standaardbeperkingen zijn op een bepaald onderdeel, wordt in de vragenlijst expliciet gevraagd wat die beperkingen precies inhouden. Zie bijlage 1: *Vragenlijst afdelingsregels*.

Afname vragenlijst bij sleutelfiguren

De vragenlijsten zijn tussen 1 september en 9 november 2022 door pvp'en werkzaam bij de geselecteerde afdelingen, afgenomen bij sleutelfiguren. Een sleutelfiguur is een teammanager of een verpleegkundige die de dagelijkse gang van zaken op de afdeling goed kent. Pvp'en hebben de sleutelfiguren zelf uitgezocht en benaderd. Bij de vragenlijst zat een instructie voor de respondenten, waarin ze erop werden gewezen dat de resultaten van dit onderzoek niet te herleiden zijn naar specifieke afdelingen, instellingen of medewerkers. De vragenlijst werd door de pvp bij voorkeur mondeling afgenomen. Wanneer dat niet mogelijk was, is de vragenlijst schriftelijk door de respondent ingevuld en daarna aan de pvp gegeven.

5.3 Analyse van gegevens

Van alle gegevens zijn de aantallen, proporties en waar zinvol de gemiddelden berekend.

6. Resultaten

6.1 Respons

Het oorspronkelijke plan dat elke pvp op één afdeling de afdelingsregels gaat inventariseren, bleek bij elf pvp'en niet mogelijk. Dat lukte niet vanwege ziekte, vakantie of omdat de pvp niet op een afdeling werkzaam is die voldeed aan de inclusiecriteria. Uiteindelijk hebben 41 pvp'en sleutelfiguren van 44 afdelingen bevroegd naar standaardbeperkingen: beperkingen die gelden voor alle patiënten van de afdeling en daarmee onderdeel zijn van de dagelijkse gang van zaken op de afdeling. 38 pvp'en hebben 1 afdeling bevroegd, 3 pvp'en 2 afdelingen. Drie afdelingen waar pvp'en de afdelingsregels bevroegd hebben, vielen bij nader inzien niet binnen de inclusiecriteria. Uiteindelijk zijn er van 41 afdelingen resultaten verwerkt. Van deze afdelingen zijn er 29 HIC. De resultaten zijn van diverse locaties van 26 ggz-instellingen (van de in totaal 28 algemene ggz-instellingen in Nederland).

6.2 Resultaten uit 2022 in relatie tot 2015

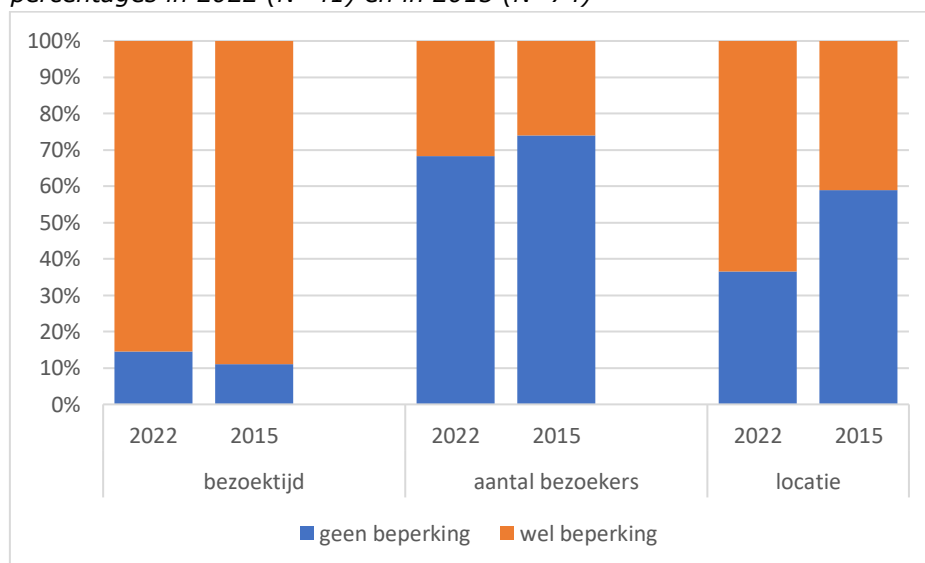
De resultaten worden weergegeven in volgorde van de onderzoeksvragen. Allereerst worden de resultaten van de beperkingen in de standaardregels voor het ontvangen van bezoek beschreven. Daarna de resultaten van de afdelingsregels voor het gebruik van de eigen kamer.

Waar mogelijk wordt een vergelijking gemaakt met de resultaten uit 2015. Toen zijn 117 gesloten ggz-afdelingen bevroegd op dezelfde onderwerpen. Het onderzoek uit 2015 maakte onderscheid tussen algemene- en forensische afdelingen. De resultaten van forensische afdelingen zijn hier buiten beschouwing gelaten. De resultaten uit 2015 zijn van 74 algemene afdelingen.

6.3 Het ontvangen van bezoek

In de onderstaande grafiek staat het percentage afdelingen met en zonder standaardbeperkingen voor het ontvangen van bezoek. Het gaat daarbij om de standaardbeperkingen betreffende de bezoektijden, het aantal bezoekers en de locatie voor het ontvangen van bezoek.

Grafiek 1: Afdelingen met en zonder standaardbeperkingen voor het ontvangen van bezoek, in percentages in 2022 (N=41) en in 2015 (N=74)



Op vier afdelingen (in 2015 was dat ook 4) mogen patiënten op alle onderscheiden aspecten onbeperkt bezoek ontvangen: ze mogen zelf bepalen wanneer er bezoek komt, hoeveel

bezoekers er tegelijk komen en waar het bezoek op de afdeling plaatsvindt (bijvoorbeeld in de eigen kamer van de patiënt). Op alle andere afdelingen (n=37) worden patiënten beperkt op één of meerdere aspecten.

6.3.1 De bezoektijden

Op 85% van de afdelingen (in 2015 was dat 89%) mogen patiënten niet doorlopend (dag en nacht) bezoek ontvangen. Van 24 afdelingen zijn extra gegevens bekend over de bezoektijden. Er zijn opvallende verschillen. Op de ene afdeling mogen patiënten doordeweeks twee uur per dag bezoek ontvangen. Op andere afdelingen is de bezoektijd ruimer en mogen patiënten dagelijks 15 uur bezoek ontvangen. Op sommige afdelingen mag bezoek ook 's nachts blijven slapen, doorgaans in overleg met de verpleegkundigen.

6.3.2 Het aantal bezoekers

Op 32% (in 2015 was dat 26%) van de afdelingen zijn er specifieke regels over het maximumaantal bezoekers dat een patiënt mag ontvangen. Een voorbeeld hiervan is dat patiënten maximaal twee bezoekers per keer mogen ontvangen. Bij andere afdelingen mogen er per keer drie tot tien bezoekers komen. Vaak is aangegeven dat het in overleg wel mogelijk is om van het maximumaantal bezoekers af te wijken.

6.3.3 De bezoeklocatie

Op 63% (in 2015 was dat 41%) van de afdelingen heeft standaardbeperkingen voor de locatie waar patiënten bezoekers kunnen ontvangen. Veelal wordt genoemd dat een patiënt geen bezoek mag ontvangen in de huiskamer of in de algemene ruimtes van de afdeling. Soms wordt gezegd dat een patiënt alleen bezoek mag ontvangen in de eigen kamer, en op andere afdelingen juist niet in de eigen kamer.

Een aantal respondenten geeft aan dat er specifieke regels zijn voor het ontvangen van kinderen: soms mogen er helemaal geen kinderen op bezoek komen of mogen kinderen alleen in een speciale ruimte ontvangen worden. Opvallend is het verschil in definitie wanneer iemand een kind is: jonger dan 12 jaar, jonger dan groep 6, een jaar of 9, of jonger dan 16 jaar.

6.4 Gebruik eigen kamer

Het gaat om regels met betrekking tot:

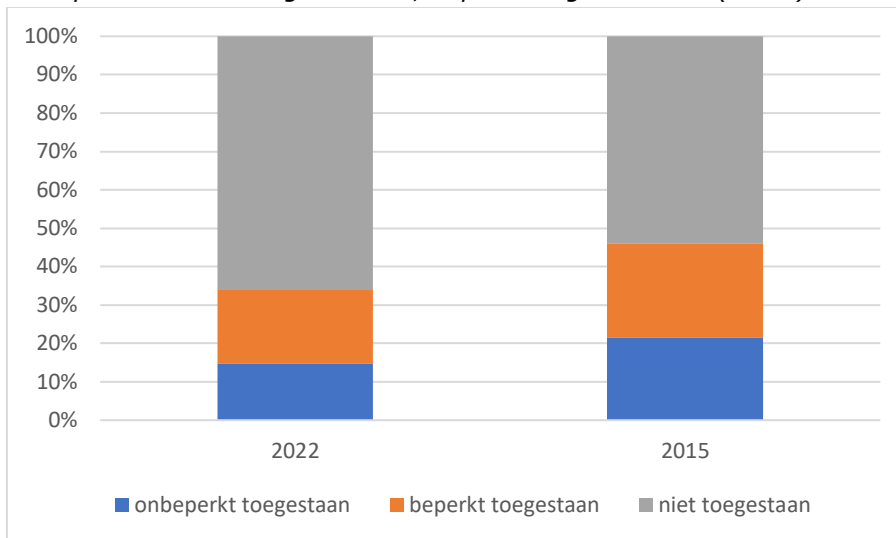
- het ontvangen van bezoek;
- het verblijf in de kamer;
- het afsluiten van de kamer;
- het hebben van seksueel contact;
- het roken, drinken van alcohol en eten;
- het houden van huisdieren;
- het gebruik van beeldschermen, televisie, radio en internet.

In de navolgende paragrafen staan de resultaten van dit deel van het onderzoek.

6.4.1 Het ontvangen van medepatiënten

Bij 66% (in 2015 was dat 54%) van de afdelingen mag de patiënt geen medepatiënten op de eigen kamer ontvangen. Bij een vijfde (dat was in 2015 een kwart) van de afdelingen mag dat wel, maar zijn er bepaalde voorwaarden aan verbonden. Zo mogen patiënten op één afdeling alleen bezoek ontvangen in de eigen kamer als de kamerdeur open blijft staan. Soms is het ontvangen van medepatiënten in de eigen kamer alleen toegestaan tijdens bezoektijden of onder begeleiding van een verpleegkundige.

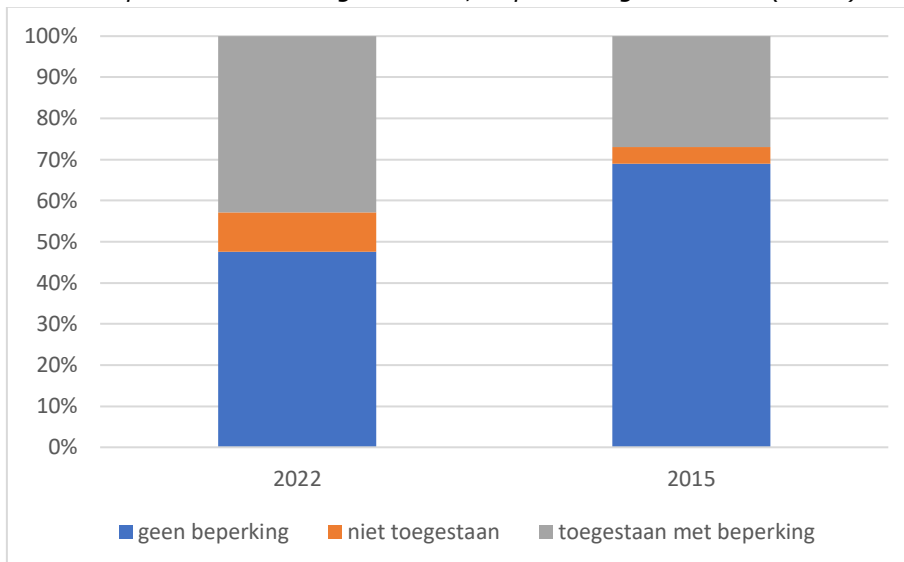
Grafiek 2: Afdelingen met en zonder standaardbeperkingen voor het ontvangen van medepatiënten in de eigen kamer, in percentages in 2022 (N=41) en in 2015 (N=74)



6.4.2 Het ontvangen van bezoek van anderen dan medepatiënten

Bijna de helft van alle afdelingen heeft geen beperkingen voor het ontvangen van bezoek van anderen dan medepatiënten, op de eigen kamer. Er zijn vier afdelingen (10%) waar bezoek niet is toegestaan op de eigen kamer. Op de andere afdelingen zijn er standaardbeperkingen. Meestal bestaat dat uit een beperking in tijd, niet in de nacht, niet tussen 22.00 en 7:00 uur bijvoorbeeld.

Grafiek 3: Afdelingen met en zonder standaardbeperkingen voor het ontvangen van anderen dan medepatiënten in de eigen kamer, in percentages in 2022 (N=41) en in 2015 (N=74)

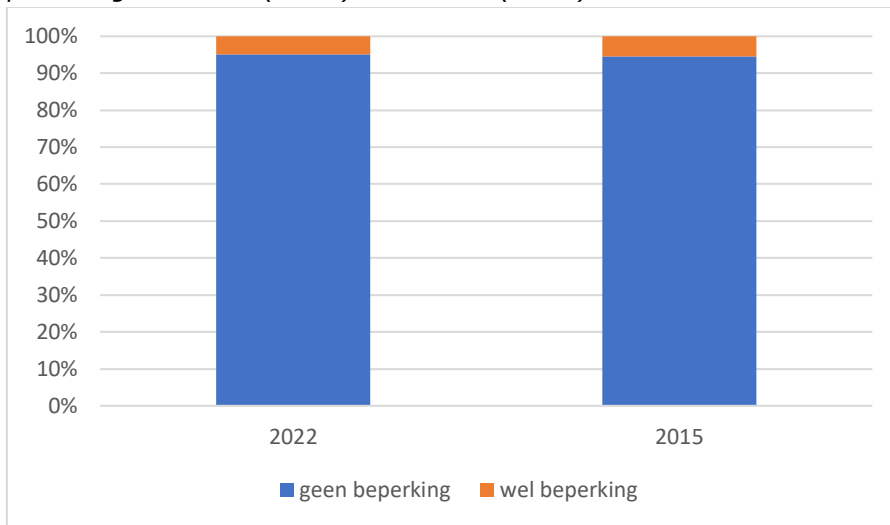


6.4.3 Het verblijf in de kamer

Het verbod op verblijf in de kamer

Op 5% (in 2015 was dat ook 5%) van de afdelingen mogen patiënten soms niet op de eigen kamer zijn. Dat is dan niet toegestaan tijdens maaltijden en/of therapie.

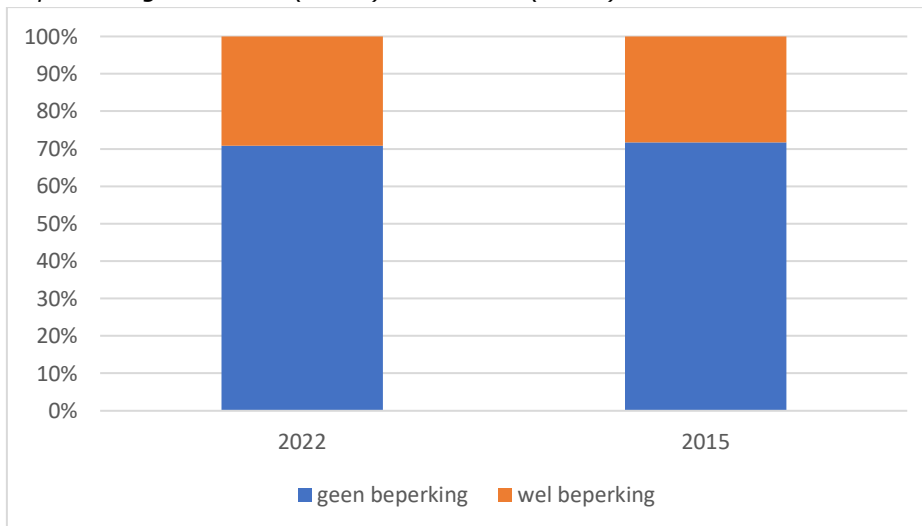
Grafiek 4: Afdelingen met en zonder standaardbeperkingen voor verblijf in de kamer, in percentages in 2022 (N=41) en in 2015 (N=74)



Het verplichte verblijf in de kamer

Op 29% (in 2015 was dat 28%) van de afdelingen hebben patiënten verplichte tijden waarop ze in de eigen kamer moeten zijn. Meestal betekent het dat patiënten 's nachts verplicht op hun kamer moeten verblijven. Vaak mogen ze dan wel (na toestemming) van de kamer af om bijvoorbeeld een sigaret te roken. De tijd waarop patiënten geacht worden om voor de nacht naar hun kamer te gaan varieert tussen 22.30 uur en 00.00 uur. Soms in het weekend om 01:00 uur. Een afdeling meldt dat er geen beperking is, maar de tv en het licht gaan 's nachts uit. Patiënten worden dan wel gestimuleerd om in de eigen kamer te verblijven.

Grafiek 5: Afdelingen met en zonder standaardregels voor het verplichte verblijf in de kamer, in percentages in 2022 (N=41) en in 2015 (N=74)

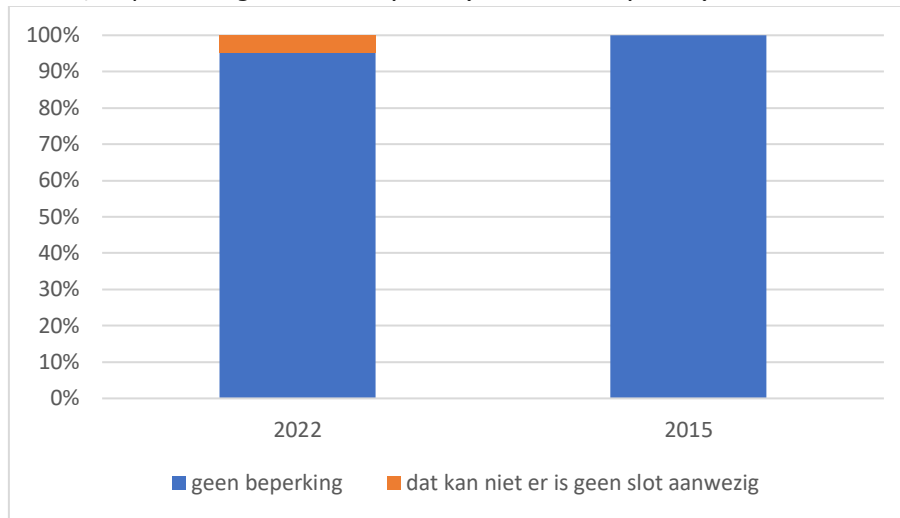


6.4.4 Het afsluiten van de kamer

Op de meeste afdelingen kunnen de patiënten altijd de deur van hun kamer op slot doen. Op twee afdelingen kan dat niet omdat er geen slot aanwezig is. In 2015 waren er geen afdelingen waarbij het niet mogelijk was om de deur op slot te doen. Op alle andere afdelingen kunnen patiënten van binnenuit de kamer op slot doen. Wel wordt regelmatig verteld dat de verpleging een looper heeft om de kamer binnen te kunnen gaan. Kamerdeuren vallen op veel afdelingen bij het naar buiten gaan, vanzelf op slot. Met als gevolg dat patiënten soms de verpleging moeten vragen om de kamer van het slot te halen omdat ze zelf

geen sleutel hebben. Dan is er eerder sprake van een standaardbeperking bij de toegang tot de eigen kamer.

Grafiek 6: Afdelingen met en zonder standaardbeperkingen bij het kunnen afsluiten van de kamer, in percentages in 2022 (N=41) en in 2015 (N=74)

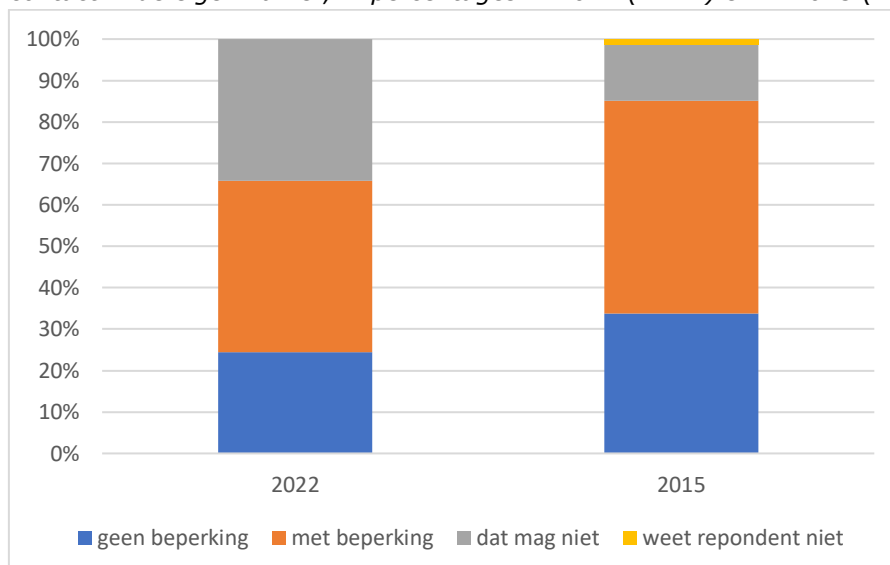


6.4.5 Het hebben van seksueel contact

Op 34% (in 2015 was dat 14%) van alle afdelingen is seksueel contact in de eigen kamer niet toegestaan (zie grafiek 7). Wanneer seksueel contact niet is toegestaan in de eigen kamer, wordt daar nergens anders in de instelling gelegenheid voor geboden. Op 65% (in 2015 was dat 85%) van de afdelingen hebben patiënten de gelegenheid voor seksueel contact in de eigen kamer of elders in de instelling.

Bij 41% van de afdelingen (was in 2015 51%) is het hebben van seksueel contact aan regels gebonden. Regels zijn bijvoorbeeld dat seksueel contact met medepatiënten niet is toegestaan of dat de patiënt vooraf moet overleggen met verpleegkundigen. Een paar keer wordt genoemd dat er dan wel geen hard verbod op het hebben van seksueel contact is, maar dat de afdeling het liever niet heeft. Dat het wordt ontmoedigd.

Grafiek 7: Afdelingen met en zonder standaardbeperkingen voor het hebben van seksueel contact in de eigen kamer, in percentages in 2022 (N=41) en in 2015 (N=74)



6.4.6 Het roken, drinken van alcohol en eten

Patiënten kunnen niet zelf bepalen of ze roken en/of alcohol drinken op hun eigen kamer. Roken en het drinken van alcohol is nergens toegestaan. Eten op de kamer is veelal wel zonder standaardbeperkingen toegestaan (zie onderstaande grafiek).

Roken

Op geen enkele afdeling mag gerookt worden op de eigen kamer. Eén sleutelfiguur geeft aan: *“Maar ook hier weer: we zijn flexibel. Iemand die in een BW (Beschermd Wonen) woont mag daar op de eigen kamer roken, daardoor is het wel eens moeilijk om het hier te verbieden.”* Soms wordt genoemd dat een e-sigaret ook niet op de eigen kamer gerookt mag worden. In 2015 mocht er nog op vijf afdelingen (van de 74) gerookt worden op de kamer.

Het drinken van alcohol

Op geen enkele afdeling mag alcohol genuttigd worden op de eigen kamer. Vaak wordt daaraan toegevoegd dat het drinken van alcohol in zijn geheel niet is toegestaan op de afdeling of in de kliniek. Een enkele respondent voegt daaraan toe: ook geen energydrinkjes. Een afdeling: *“Alcohol wordt ingenomen en niet teruggegeven, maar wanneer energydrinkjes in beslag worden genomen, worden die bij ontslag wel teruggegeven.”* Een andere afdeling: *‘Het staat niet als zodanig in de huisregels, maar in de praktijk wordt het bezit van, gebruik van en handelen in alcohol niet toegestaan.’*

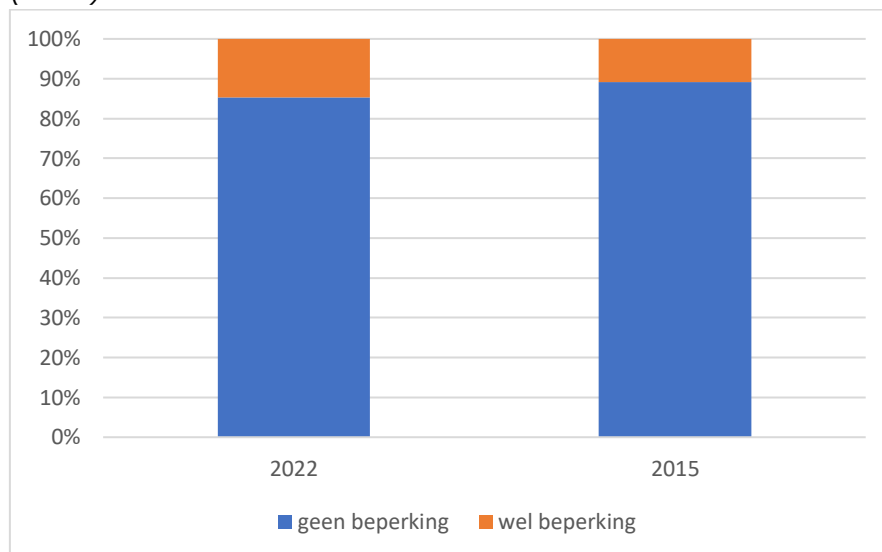
Ook in 2015 was het drinken van alcohol in de eigen kamer nagenoeg op alle afdelingen niet toegestaan.

Eten

Op 85% van de afdelingen zijn er geen standaardbeperkingen voor het mogen eten van zowel maaltijden als tussendoortjes in de eigen kamer.

Op 15% (was in 2015 11%) van de afdelingen is eten in de eigen kamer beperkt toegestaan. Op deze afdelingen mogen patiënten bijvoorbeeld niet standaard de maaltijd op de eigen kamer nuttigen, maximaal één blikje energydrink of helemaal geen energydrink drinken. Ook wordt genoemd dat het niet is toegestaan om op de eigen kamer 0.0% bier te drinken.

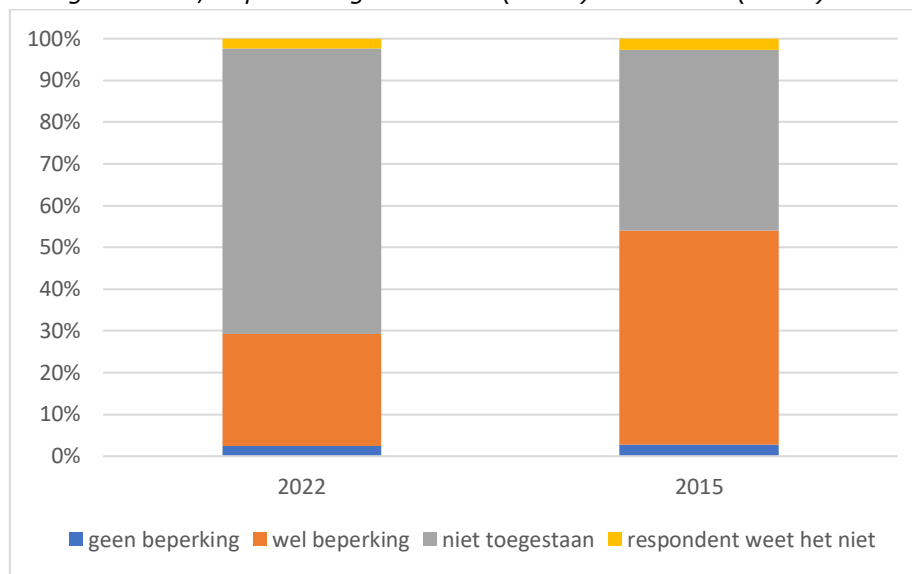
Grafiek 8: Afdelingen met en zonder standaardbeperkingen voor het in de eigen kamer kunnen eten, (zowel maaltijden als tussendoortjes) in percentages in 2022 (N=41) en in 2015 (N=74)



6.4.7 Het houden van huisdieren

Op bijna alle afdelingen worden patiënten beperkt in het houden van een huisdier in de eigen kamer. Op 68% (in 2015 was dat 43%) van de afdelingen mogen er in het geheel geen huisdieren op de kamer gehouden worden. Wel zegt 24% van de respondenten van de afdelingen waar het houden van huisdieren niet is toegestaan, dat er een uitzondering wordt gemaakt voor een hulphond. Op de afdelingen waar het houden van huisdieren beperkt is toegestaan, mogen huisdieren in overleg gehouden worden of zijn er bijvoorbeeld restricties in het soort huisdier. Er mogen dan bijvoorbeeld alleen huisdieren die passen in een kooi of kom gehouden worden. Op één afdeling (in 2015 waren dat twee afdelingen) mogen patiënten onbeperkt een huisdier in de eigen kamer houden.

Grafiek 9: Afdelingen met en zonder standaardbeperkingen voor het houden van huisdieren in de eigen kamer, in percentages in 2022 (N=41) en in 2015 (N=74)

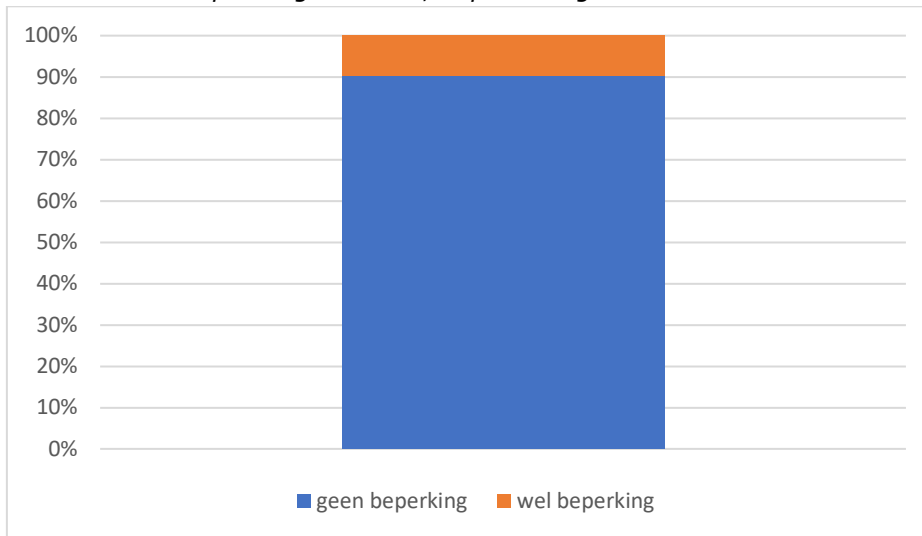


6.4.8 Het gebruik van beeldschermen, televisie, radio en internet

Gebruik van beeldschermen

Bij 10% van de afdelingen zijn er standaardbeperkingen voor het gebruik van beeldschermen op de eigen kamer. Patiënten mogen bijvoorbeeld geen aanstootgevende sites bekijken, maar, zoals een respondent opmerkte, dat is een niet te controleren regel. Op andere afdelingen mogen patiënten bijvoorbeeld geen tv kijken op de eigen kamer. Ook wordt opgemerkt dat er geen foto's, filmpjes van patiënten gemaakt mogen worden.

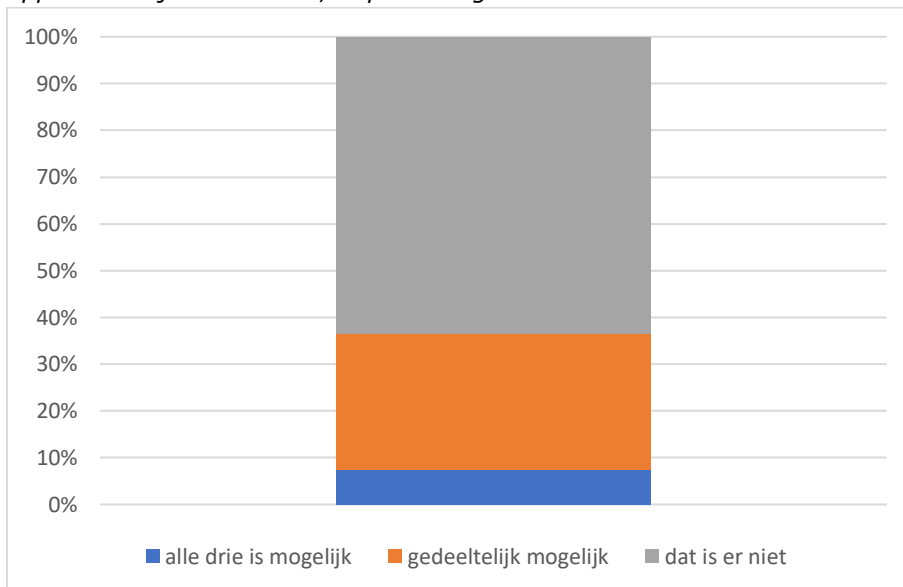
Grafiek 10: Afdelingen met en zonder standaardbeperkingen voor het gebruik van beeldschermen op de eigen kamer, in percentages



Mogelijkheden om televisie, radio, internet te gebruiken

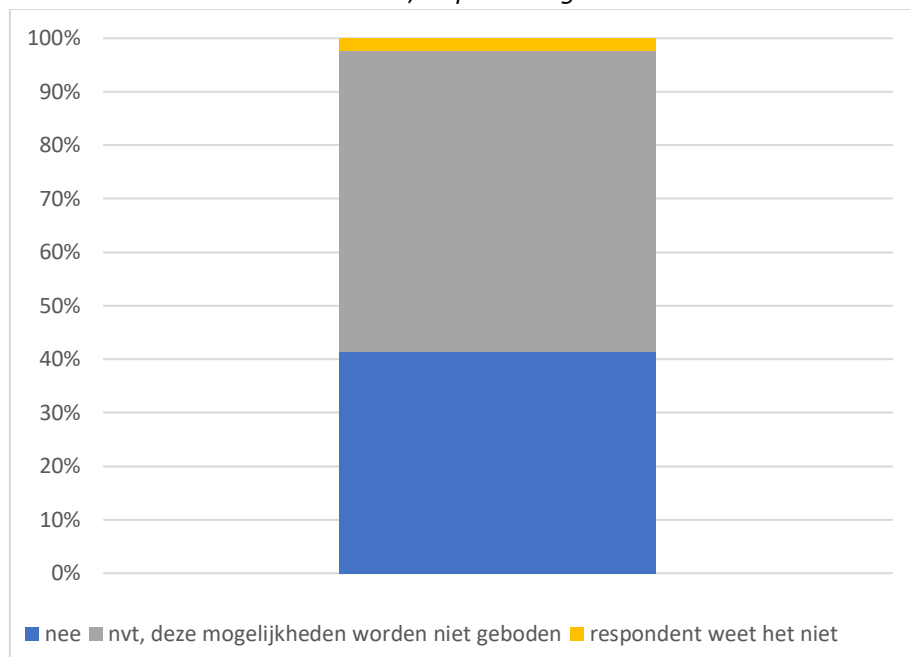
Kunnen patiënten televisiekijken, radio luisteren, internet gebruiken op de eigen kamer, als ze zelf daarvoor geen apparaten bij zich hebben? Bijvoorbeeld geen laptop of mobiele telefoon hebben? Op 63% van de afdelingen worden er voor gebruik op de eigen kamer geen laptops of iets dergelijks aangeboden. Respondenten noemen dan wel vaker dat er apparatuur aanwezig is voor gebruik op de afdeling, in de huiskamer bijvoorbeeld. Op 7% van de afdelingen wordt dat allemaal wel aangeboden. Zie grafiek 11.

Grafiek 11: Afdelingen met en zonder mogelijkheden voor patiënten om televisie te kijken, radio te luisteren, internet te gebruiken op de eigen kamer, als ze zelf daarvoor geen apparaten bij zich hebben, in percentages



Wanneer de instelling een of meerdere van bovenstaande mogelijkheden biedt, zijn daar voor patiënten geen kosten aan verbonden. Zie grafiek 12.

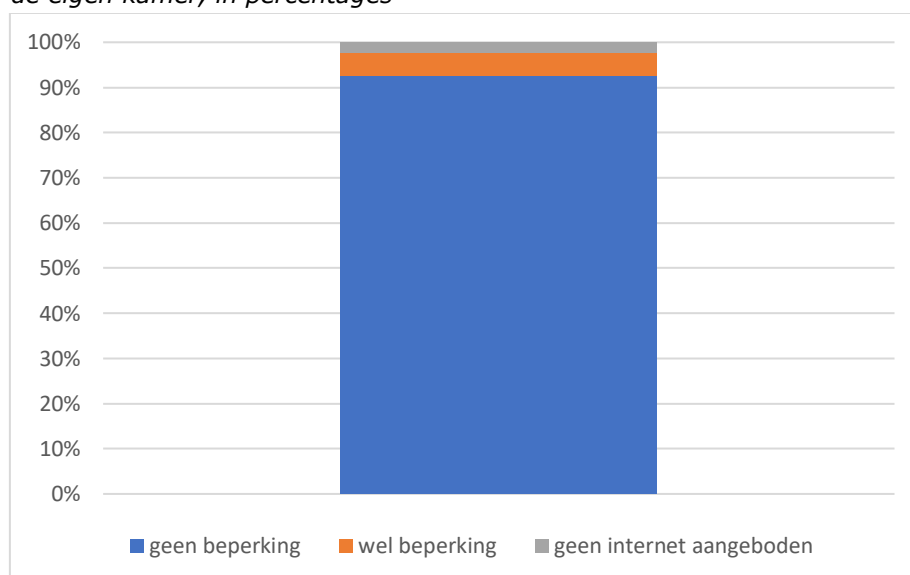
Grafiek 12 Wanneer de instelling een of meerdere van bovenstaande mogelijkheden biedt, zijn daar dan kosten aan verbonden?, in percentages



Internet

Op 2% (in 2015 was dat 28%) van de afdelingen wordt geen internet of wifi aangeboden. Het betreft één afdeling waar het mogelijk is dat patiënten op deze afdeling wel op een andere wijze gebruik kunnen maken van mobiele netwerken. Overal is het gebruik van internet in beginsel toegestaan. Er wordt nergens een beperking in tijd genoemd, bijvoorbeeld dat patiënten niet in de nacht gebruik mogen maken van internet. Voor 5% van de afdelingen is aangegeven dat er op de eigen kamer beperkingen gelden voor het bezoeken van aanstootgevende sites. Sites met geweld, racisme of porno en van goksites, deze sites worden geblokkeerd. Maar, zegt een respondent, met eigen mobiel en met 4G zijn deze sites wel benaderbaar.

Grafiek 13: Afdelingen met en zonder standaardbeperkingen voor het gebruik van internet op de eigen kamer, in percentages



6.5 De resultaten samengevat

Patiënten worden geconfronteerd met beperkingen voor het ontvangen van bezoek en met standaardbeperkingen voor het gebruik van de eigen kamer.

De regels voor het ontvangen van bezoek op de afdeling zijn divers.

Op 85% van de afdelingen mogen patiënten niet doorlopend (dag en nacht) bezoek ontvangen. Dit varieert van maximaal twee uur bezoek per dag tot 15 uur per dag. Op enkele afdelingen mag bezoek ook 's nachts blijven slapen.

32% van de afdelingen stelt een maximum aan het aantal bezoekers. Vaak is er in overleg meer mogelijk.

Op 63% van de afdelingen mag bezoek alleen op bepaalde plekken worden ontvangen. Soms mag bezoek alleen in de huiskamer komen, soms mag alleen bezoek in de eigen kamer en op andere afdelingen juist niet in de eigen kamer ontvangen worden.

Een aantal afdelingen hanteert specifieke regels voor het ontvangen van kinderen. Opvallend is het verschil in wat onder kind wordt verstaan: jonger dan groep 6, een jaar of 9, jonger dan 12 jaar, of jonger dan 16 jaar.

Verschillen in beperkingen voor gebruik van de eigen kamer tussen afdelingen

Er zijn verschillen gevonden in de beperkingen voor het gebruik van de eigen kamer tussen afdelingen onderling. De cumulatie van beperkende regels in tabel 1 maakt dat inzichtelijk.

Tabel 1: Overzicht totaal aantal standaardbeperkingen voor het gebruik van de eigen kamer per afdeling, in aantallen en percentages.

Afdelingen		
Beperkingen	aantal	%
1		
2		
3	2	5
4	7	17
5	8	20
6	7	17
7	10	24
8	5	12
9	1	2
10	1	2
Totaal	41	100

Afdelingen hanteren verschillende regels voor het gebruik van de eigen kamers. De verschillen tussen de afdelingen zijn behoorlijk.

Bij 66% van de afdelingen is het verboden voor patiënten om op elkaars kamer te komen. Bij 20% van de afdelingen is dit onder voorwaarden toegestaan.

Bij 10% van de afdelingen is bezoek van buiten op de kamer niet toegestaan.

Op 29% van de afdelingen hebben patiënten verplichte 'eigen kamer' tijden. Dat is dan meestal alleen 's nachts. In overleg zijn er vaak uitzonderingen mogelijk. Het tijdstip waarop patiënten naar hun kamer moeten varieert van 22:30 uur tot 00:00 uur.

Op 5% van de afdelingen kunnen patiënten hun kamerdeur niet op slot doen.

Op 75% van de afdelingen worden patiënten beperkt in het hebben van seksueel contact in de eigen kamer of is het hebben van seksueel contact helemaal niet toegestaan.

Op alle afdelingen is het verboden om op de eigen kamer te roken en alcohol te drinken. Een aantal afdelingen verbiedt het hebben en drinken van energydrinkjes.

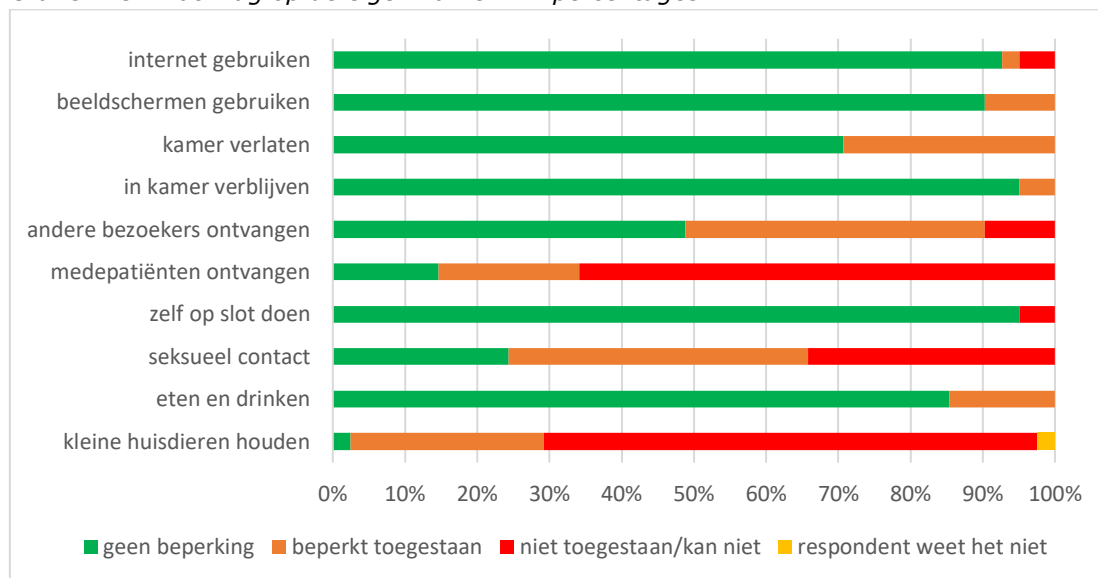
Op 85% van de afdelingen mogen patiënten op de eigen kamer eten, zowel maaltijden als tussendoortjes.

Op bijna alle afdelingen worden patiënten beperkt in het houden van een klein huisdier in de eigen kamer. Op 68% van de afdelingen mogen er in het geheel geen huisdieren op de kamer gehouden worden. Vaak zijn hulphonden dan wel toegestaan.

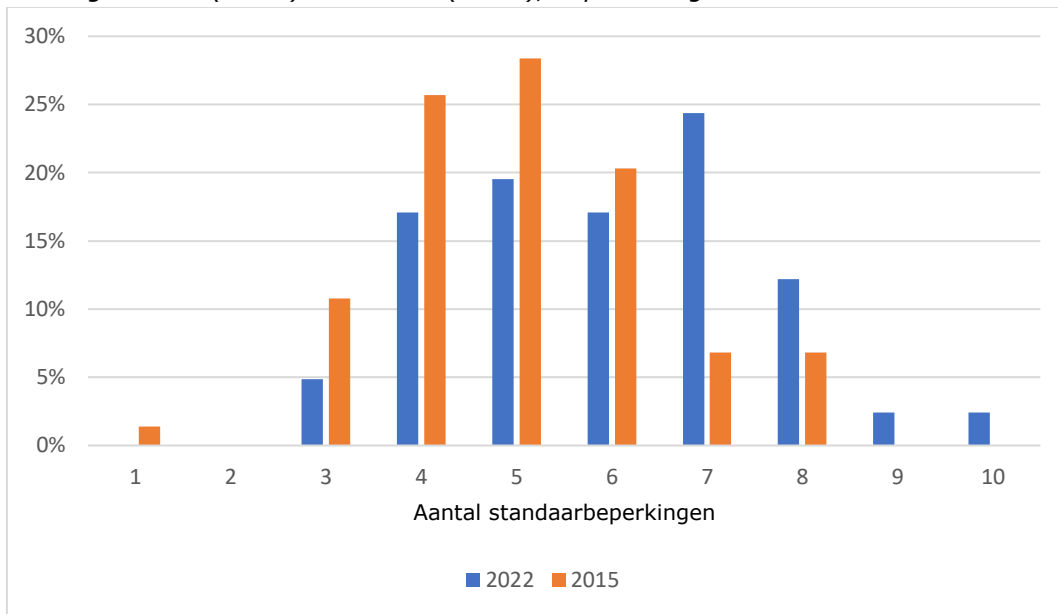
Als patiënten niets hebben meegenomen biedt 63% van de afdelingen geen tv, radio of laptop op de eigen kamer aan. Op 2% van de afdelingen wordt geen internet of wifi aangeboden. Overal is het gebruik van internet in beginsel toegestaan. Op 10% van de afdelingen zijn er standaardbeperkingen voor het gebruik van beeldschermen op de eigen kamer. Bijvoorbeeld er mag dan geen tv gekeken worden. Voor 5% van de afdelingen is aangegeven dat er op de eigen kamer beperkingen gelden voor het bezoeken van aanstootgevende sites.

Over in totaal twaalf verschillende onderwerpen zijn de regels rond het gebruik van de eigen kamer geïnventariseerd. Op de ene afdeling hebben patiënten te maken met drie standaardbeperkingen, op een andere afdeling zijn dat er tien. Wat betreft het gebruik van de eigen kamer hebben patiënten op sommige afdelingen met name te maken met drie specifieke standaardbeperkingen: niet roken, geen alcohol drinken en kleine huisdieren zijn niet (of eventueel alleen in overleg) toegestaan. Verder zijn de patiënten op deze afdelingen in algemene zin vrij om bijvoorbeeld op hun kamer te eten, bezoek te ontvangen, onbeperkt in de kamer te verblijven en van internet gebruik te maken. Op andere afdelingen worden patiënten juist geconfronteerd met meer beperkingen: zij mogen bijvoorbeeld op hun kamer niet eten, ook geen bezoek van medepatiënten ontvangen, sowieso geen huisdieren houden en/of moeten op bepaalde tijden in hun kamer blijven. Soms is seksueel contact op de kamer zonder voorwaarden toegestaan, soms niet en is er ook elders in de instelling geen ruimte voor.

Grafiek 15: Wat mag op de eigen kamer? In percentages.



Grafiek 14: Overzicht aantal standaardbeperkingen voor het gebruik van de eigen kamer per afdeling in 2022 (N=41) en in 2015 (N=74), in percentages.



Grafiek 14 laat zien dat er in 2022 relatief gezien iets meer standaardbeperkingen voor het gebruik van de eigen kamer per afdeling zijn gevonden dan in 2015. Dat uit zich ook in de gemiddelden. In het gebruik van de eigen kamer worden patiënten in 2022 gemiddeld geconfronteerd met 6,0 beperkingen, in 2015 was dat gemiddeld 5,0.

7. Beschouwing

Inleiding

In het voorgaande hoofdstuk zijn de resultaten weergegeven van een praktijkinventarisatie naar de geldende regels rondom bezoekmogelijkheden en het gebruik van de eigen kamer op gesloten ggz-afdelingen voor volwassenen in Nederland. In eerdere hoofdstukken zijn onder andere de juridische normen aangaande die regels aan de orde gekomen, met in het bijzonder aandacht voor het fenomeen 'huisregels'.

In 2015 heeft de Stichting PVP een vergelijkbare praktijkinventarisatie gedaan. De huidige inventarisatie maakt duidelijk dat er (nog steeds) grote verschillen zijn tussen de afdelingen: afhankelijk van de afdeling wordt de ene patiënt standaard meer beperkt dan de andere patiënt. In het navolgende worden de resultaten gespiegeld aan de juridische normering. Geconcludeerd wordt dat zowel de praktijk als de norm om aanpassingen vraagt.

Belang van het onderwerp

Het onderwerp van deze inventarisatie is van juridische betekenis en is in bijzondere mate van belang voor de gedwongen opgenomen patiënt die op een gesloten afdeling moet verblijven. De aan de orde gestelde regels bepalen in zekere zin de mate waarin die patiënt zelf nog enige regie kan voeren over zijn leven en kan 'ontsnappen' aan het gesloten karakter van de afdeling, een afgegrensde omgeving waar hij met niet zelfgekozen anderen verblijft en waar hij niet in vrijheid anderen kan ontmoeten. De mogelijkheden voor het ontvangen van bezoek betreffen het onderhouden van contact met de wereld buiten de kliniek, waaronder familie en vrienden. De mogelijkheden voor het gebruik van de eigen kamer betreffen juist eerder het kunnen 'buitensluiten' van contacten binnen die kliniek. Beperkingen in bezoek en gebruik van de eigen kamer verminderen de mogelijkheden van de patiënt zijn gedwongen verblijf mede zelf vorm te geven. De juridische legitimatie verlangt dat dergelijke beperkingen minimaal zijn en ingegeven door de noodzaak van een ordelijke gang van zaken en de veiligheid, passend bij de doelgroep, in de accommodatie. Deze open normering voor het standaard beperken van opgenomen patiënten biedt op onderdelen slechts beperkte duidelijkheid voor hoe zorgaanbieders hiermee om (zouden moeten) gaan in de praktijk. Deze inventarisatie poogt met name op dat laatste punt van de feitelijke toepassing van de genoemde standaardbeperkingen, verheldering te bieden.

Gegevensverzameling: bereik en begrenzing

De inventarisatie richtte zich op gesloten ggz-afdelingen⁴ voor kortdurende zorg voor volwassenen. De resultaten geven - binnen de aangegeven grenzen - een indruk van de variatie aan huisregels in de praktijk. Aan de orde is de door medewerkers van de afdelingen zelf aangedragen informatie over de praktijk, los van de vraag of die praktijk in concrete documenten is vastgelegd. Buiten bereik van deze inventarisatie valt de wijze waarop die praktijk door de betrokkenen wordt ervaren en evenmin was er aandacht voor enige normatieve reflectie of onderbouwing. Vragen als "*Wat vindt u van die regel?*" en "*Waarom luidt die regel zo?*" zijn niet gesteld. Zeer zeker belangrijke vragen, mede met het oog op een mogelijke nadere normatieve ontwikkeling (zie hieronder), maar van een andere orde.

Juridische normering (standaard)beperkingen

Voor het onderwerp is de juridische normering over 'huisregels' van belang. Het betreft algemene begrenzingen in het doen en laten van patiënten. Begrenzingen die inherent zijn aan het verblijf in de instelling en die beperkingen inhouden die in beginsel voor elke patiënt gelden, ongeacht aandoening en persoonlijke situatie. Onder omstandigheden kunnen dergelijke beperkingen op individueel niveau worden aangescherpt of juist worden afgezwakt of opgeheven (zie nader paragraaf 3). Ook hierover zijn de respondenten niet bevraagd. Evenzogoed werd regelmatig aangegeven dat een verruiming op individuele gronden tot de mogelijkheden behoorde, waarbij het

⁴ Het betreft hier gesloten afdelingen van Wvggz-accommodaties.

erop lijkt dat de betreffende standaardregel soms in meer algemene zin als te beperkend werd beschouwd.

Afdelingsregels: theorie en praktijk

De Wvggz maakt differentiatie in afdelingsregels mogelijk. Passend bij de doelgroep kan de zorgaanbieder huisregels opstellen die gericht zijn op "de ordelijke gang van zaken en de veiligheid (..) in de accommodatie". Daardoor zouden bijvoorbeeld voor afdelingen voor verslavingszorg andere regels kunnen worden opgesteld dan voor afdelingen voor ouderenpsychiatrie.

In deze inventarisatie zijn juist de huis- en afdelingsregels van afdelingen met vergelijkbare patiëntengroepen bekeken: gesloten afdelingen waar volwassen patiënten in beginsel kortdurend verblijven. Afdelingen voor specifieke doelgroepen (bijv. afdelingen voor verslavingszorg, forensische zorg, ouderen of jeugd) zijn uitgesloten bij deze inventarisatie. De verwachting had mogen zijn dat de inventarisatie een redelijk homogeen beeld zou laten zien, maar de resultaten tonen anders. Wat passend is voor de doelgroep, lijkt door zorgaanbieders of zorgafdelingen verschillend te worden ingeschat.

Summiere normering

De juridische normering – vastgelegd in een wettelijk voorschrift en nader geoperationaliseerd in genoemde modelregels van GGZ Nederland (thans dNggz) - geeft summier aan wat wel en wat niet als standaardbeperking mag worden gehanteerd. Bij ministeriële regeling kan een model voor huisregels worden vastgesteld (art. 8:15 lid 5 Wvggz), maar vooralsnog is het daar niet van gekomen. De zorgaanbieder heeft daardoor een grotere vrijheid in wat hij wel en niet in de huisregels opneemt.

Dit blijkt ook uit deze en uit voorgaande inventarisatie. De afdelingsregels betreffende het ontvangen van bezoek en het gebruik van de eigen kamer blijken in de praktijk veelvormig. Het is bijvoorbeeld onduidelijk in hoeverre beperkingen geëigend zijn als het gaat om hoe vaak, hoe veel en waar er bezoek mogelijk is. Hetzelfde geldt voor het afsluiten van de eigen kamer en het reguleren van roken, drinken, eten en het hebben van seksueel contact.

Schriftelijkheid huisregels

Op de zorgaanbieder rust de verplichting om de huisregels schriftelijk aan de patiënt en vertegenwoordiger bekend te maken en mondeling toe te lichten (art. 8:15 lid 3 en lid 4 Wvggz; art. 8:3 sub f Wvggz). Hoewel voor deze inventarisatie niet specifiek is onderzocht welke huisregels schriftelijk zijn vastgelegd en welke niet, blijken in de praktijk niet altijd alle afdelingsregels op schrift te staan. Het komt ook voor dat iets wel of juist niet is toegestaan na overleg met een verpleegkundige. Dit biedt maatwerk, maar kan aan de andere kant ook rechtsongelijkheid teweegbrengen, omdat niet altijd voldoende is vastgelegd in welke situatie iets wel of niet mag en patiënten niet altijd weten waar ze aan toe zijn. Om de rechtszekerheid te waarborgen, zouden de in de praktijk mondeling gehanteerde huisregels, in lijn met het in hoofdstuk 3 genoemde oordeel van de Hoge Raad van 19 juli 2019, op schrift gesteld moeten worden.

Praktijk is bedenkelijk divers

Duidelijk komt uit deze inventarisatie naar voren dat de praktijk behoorlijk divers is. Er zijn beduidende verschillen tussen de onderscheiden afdelingen. Deze mate van diversiteit geeft te denken. Zo zijn bijvoorbeeld de bezoektijden op de ene afdeling in het algemeen onbeperkt (dag en nacht), terwijl er op andere afdelingen forse standaardrestricties gelden (bijvoorbeeld doordeweeks slechts twee uur per dag.). Op sommige afdelingen mogen geen kinderen ontvangen worden, op andere weer wel. Wat betreft het gebruik van de eigen kamer hebben sommige patiënten met name te maken met drie specifieke standaardbeperkingen: niet roken, geen alcohol drinken en kleine huisdieren zijn niet (of eventueel alleen in overleg) toegestaan. Verder zijn deze patiënten in algemene zin vrij om bijvoorbeeld op hun kamer te eten, bezoek te ontvangen, onbeperkt in de kamer te verblijven en van internet gebruik te maken. Op andere afdelingen worden patiënten juist geconfronteerd met meer beperkingen:

zij mogen bijvoorbeeld op hun kamer niet eten, ook geen bezoek van medepatiënten ontvangen, sowieso geen huisdieren houden en/of moeten op bepaalde tijden in hun kamer blijven. Soms is seksueel contact op de kamer zonder voorwaarden toegestaan, soms niet en is er ook elders in de instelling geen ruimte voor.

In 2015 constateerde de Stichting PVP al een vergelijkbare diversiteit aan huis- en afdelingsregels. Anno 2022 lijken overigens (nog) meer standaardbeperkingen aan patiënten te worden opgelegd dan voorheen.

Norm en praktijk leiden tot rechtsongelijkheid

Bij het voorgaande is van belang te bedenken dat de plaatsing van patiënten in klinieken en op gesloten afdelingen 'willekeurig' plaatsvindt, althans dat die plaatsing niet wordt ingegeven door een wettelijk systeem van variabele afdelingsregels, die in meer of mindere mate standaardbeperkingen bevatten. Hoewel de Wvggz-systematiek van de zorgmachtiging het mogelijk maakt om rekening te houden met specifieke plaatsingen op afdelingen met meer of minder standaardbeperkingen, lijkt dit in de praktijk niet leidend te zijn.

De gesignaleerde summiere normstelling en de diversiteit aan afdelingsregels in de praktijk leiden tot een inherente rechtsongelijkheid. Gevolg van één en ander is immers dat de patiënt op de ene afdeling met standaardbeperkingen wordt geconfronteerd die op een andere afdeling niet gelden, terwijl daar geen op dat onderscheid berustend plaatsingsbesluit aan ten grondslag ligt.

Aanpassing van de praktijk en nadere normering gewenst

De in deze inventarisatie en in het vorige onderzoek gesignaleerde diversiteit is problematisch. Het is onwenselijk dat huisregels voor soortgelijke accommodaties en doelgroepen grote verschillen vertonen. De mate waarin de patiënt die met dwangopneming te maken krijgt, de eigen regie kan houden kan daardoor aanzienlijk verschillen. Als we ervan uitgaan dat standaardbeperkingen niet verder horen te gaan dan noodzakelijk, hebben in het bijzonder instellingen iets uit te leggen die standaardbeperkingen hanteren die elders niet nodig (b)lijken.

Een verdere verduidelijking voor de praktijk van wat wel en niet aan standaardbeperkingen geëigend is en wat passend is bij een bepaalde doelgroep, is van belang. De huidige wettelijke regeling laat (te) veel ruimte aan de praktische invulling op instellingsniveau en leidt daarmee tot bedenkelijke standaardbeperkingen, willekeur en rechtsongelijkheid. De Stichting PVP bepleitte eerder om bij wettelijk uitvoeringsbesluit "modelhuisregels" vast te stellen (in lijn met het oorspronkelijke voorstel Wvggz)⁵. Het belang van het ontwikkelen van uitgewerkte modellen blijkt opnieuw uit deze inventarisatie.

Vrijheidsbeperkingen vragen om expliciete legitimatie

Vanuit de gedachte dat vrijheid het uitgangspunt is en dat begrenzingen van die vrijheid moeten worden gemotiveerd, kan het voornoemde ook former worden verwoord: standaardbeperkingen dienen elk voor zich indringend te worden bevraagd op nut en noodzaak. Toegespit op de onderwerpen die in deze inventarisatie aan de orde zijn, gaat het dan om vragen als "waarom mag er niet op de kamer worden gegeten, wat kunnen er überhaupt voor redenen zijn dat geen enkele patiënt dit mag of dat daar voorwaarden voor gelden?" en vergelijkbare vragen voor het gebruik van alcohol, het houden van huisdieren, het hebben van seksueel contact et cetera. Het opleggen van standaardbeperkingen vraagt om afdoende onderbouwing, maar evenzeer is het zaak dat een ordelijke gang van zaken en de veiligheid, passend bij de doelgroep, voldoende wordt gewaarborgd. Het belang van het voorkomen van wanorde en onveiligheid op de afdeling is daarbij van evidente betekenis. Het debat rondom passend te achten afdelingsregels dient dan ook mede de mogelijke risico's van het achterwege laten van standaardbeperkingen te omvatten.

⁵ Zie *Kamerstukken II* 2009/10, 32399, nr. 2 (zie art. 8:14 Wvggz). En zie o.a. Reactie Stichting PVP op voorstel nota van wijziging wetsvoorstel Wet verplichte ggz, dd. 25 april 2012 en Position Paper Wet verplichte ggz t.b.v. rondetafelgesprek 20 januari a.s, dd. 09 januari 2014, te vinden op <https://pvp.nl/over-ons/publicaties-en-onderzoek>.

Standaardbeperkingen toegespitst op de specifieke setting?

Mogelijk heeft de variatie in beperkingen relatie met de bouwkundige situatie van de afdeling (architectuur van de ruimte, aanwezigheid van voorzieningen en dergelijke), met de personele bezetting (waaronder verpleegkundigen en psychiaters) en met achtergronden of kenmerken van de patiëntenpopulatie (zoals diagnosegroep en juridische verblijfstitel). De eventuele behoefte in de praktijk om standaardbeperkingen hierop af te stemmen is begrijpelijk, en de huidige wettelijke normering maakt een dergelijke differentiatie deels mogelijk: *"Afhankelijk van de aard en het niveau van zorg en bescherming binnen de afdeling zullen de huisregels in meer of mindere mate beperkingen op kunnen leggen en ook andersoortig kunnen zijn"*. (Kamerstukken II 2009/10, 32399, nr. 3, p. 93 (MvT)). Een dergelijke differentiatie van standaardbeperkingen zou dan bij voorkeur gepaard moeten gaan met een daarop toegespitste plaatsingsmethodiek, via bijvoorbeeld de Wvggz-systematiek van de zorgmachtiging. Voor de afdelingen die onderwerp waren van de inventarisatie is dit alles overigens maar betrekkelijk relevant, omdat het daarbij juist ging om vergelijkbare afdelingen voor vergelijkbare patiëntengroepen.

De eventuele toekomst: normering via veldmodellen of overheidsrichtlijn?

De huidige normering voor standaardbeperkingen is goeddeels opgebouwd uit een globaal wettelijk voorschrift met een uitwerking via een modelregeling van de brancheorganisatie dNggz uit 2019. In lijn met die systematiek kan een aanscherping van die modelregeling worden bepleit. Denkbaar is echter ook dat nadere normering rechtstreeks op het niveau van de overheid plaatsvindt. De Wvggz voorziet expliciet in die variant: bij ministeriële regeling kan een model voor afdelingsregels worden vastgesteld (art. 8:15 lid 5). Gezien de aard van de materie mag aan die optie de voorkeur worden gegeven. Uiteraard dient eventuele nadere normering van dien aard te zijn dat het in de praktijk niet onmogelijk is eraan te voldoen.

De actuele norm is bepalend voor het heden

In het voorgaande is geconcludeerd dat de praktijk zoals die naar voren komt in de inventarisatie, onwenselijk divers is. De mogelijkheden tot het gebruik van de eigen kamer en het ontvangen van bezoek variëren aanzienlijk. De patiënt wordt op de ene afdeling aanmerkelijk meer ruimte gelaten, dan op een andere afdeling. Een dergelijk ruime variatie is niet in overeenstemming te achten met de thans geldende normering; een normering die overigens juist wat betreft het gebruik van de eigen kamer en het ontvangen van bezoek, weinig concreet is, en - gezien de gesignaleerde diversiteit - onvoldoende specifiek. Evenzogoed is het van onverminderd belang dat de huidige praktijk overeenkomstig de huidige normering is: de vrijheidsbeperkingen die aan de orde zijn vragen om een actuele wettelijke borging. Praktijk en norm moeten met elkaar in evenwicht zijn, waarbij uiteindelijk geldt dat zolang de norm niet wijzigt, de praktijk zich daar onverkort naar heeft te richten.

8. Literatuur

- Blok, A., Huwaë, S., Van der Horst, A., Van de Klippe, H., & Donkers, M. (2002). *Evaluatie Wet Bijzondere Opnemingen Psychiatrische ziekenhuizen. Deelinventarisatie 4: Interne rechtspositie in de psychiatrie*. Den Haag: Trimbos/Zon-Mw.
- Derde evaluatiecommissie Wet Bopz. (2007). *Deel 1: Evaluatierapport Voortschrijdende inzichten...* Den Haag: Ministerie van VWS.
- Flim, N & Widdershoven, T.P., *Bezorgdheid over de 2e nota van wijziging Wvvgz: dwang bij wilsbekwaamheid, huisregels en forensische zorg*. JGGZR 2020, afl. 5.
- GGZ Nederland (thans dNggz). (2019). *Modelhuisregels Wvvgz*.
- GGZ Nederland (thans dNggz). (2009). *Modelhuisregels*.
- Inspectie voor de Gezondheidszorg. (2004). *De uitvoering van de Wet Bopz vraagt meer aandacht*. Den Haag: IGZ.
- Van den Bos, C., Van Koeven, H. H., & Widdershoven, T. P. (2013). *Nieuwsvoorziening bij dwangopneming: de norm ontbreekt*. MGv, 68(2), 50-54.
- Van den Bos, C., Van Koeven, H. H., & Widdershoven, T. P. (2016a). *Bezoekmogelijkheden en gebruik eigen kamer bij dwangopneming in de psychiatrie*. JGGZR, 24(2), 27-29.
- Van den Bos, C., Van Koeven, H. H., & Widdershoven, T.P. (2016b). *Onderzoeksrapport Bezoekmogelijkheden en gebruik eigen kamer bij dwangopneming in de psychiatrie. Een verkenning naar standaardbeperkingen op gesloten ggz-afdelingen in Nederland*.
- ZonMw (2021). *Eerste evaluatie Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg en Wet zorg en dwang, Deel 1 – Implementatie en uitvoerbaarheid*.

Bijlage 1: Vragenlijst afdelingsregels

Vragen inventarisatie afdelingsregels gebruik eigen kamer en ontvangen van bezoek

Beste (of Geachte) naam,

In deze vragenlijst wordt voornamelijk gevraagd naar 'standaardbeperkingen'. We bedoelen daarmee beperkingen die tot gevolg hebben dat de cliënt iets moet doen of nalaten. Het gaat dan om beperkingen die gelden voor alle cliënten van de afdeling en onderdeel zijn van de dagelijkse gang van zaken op de afdeling.

Standaardbeperkingen die voor alle cliënten gelden, kunnen op verschillende manieren zijn vastgelegd in de instelling. Bijvoorbeeld in huisregels, protocollen, informatiebrochures, opnamevoorwaarden etc. Ook kan er sprake zijn van 'ongeschreven' regels. Voor dit onderzoek verzoeken we u om alle standaardbeperkingen die op uw afdeling gelden – ongeacht hoe en waar ze zijn vastgelegd – te benoemen.

De vragen in deze vragenlijst gaan voornamelijk over de standaardbeperkingen. De vraagstelling kan bij u negatief overkomen. U wordt namelijk gevraagd op te noemen wat niet kan of niet toegestaan is. We hebben hiervoor gekozen vanwege onderzoekstechnische redenen. Uit vragen naar wat wel is toegestaan kunnen we niet afleiden wat de standaardbeperkingen zijn. Ook zijn er dan te veel variaties in antwoorden mogelijk. Daarnaast willen we niet het risico lopen dat u mogelijkheden niet noemt, omdat ze voor u vanzelfsprekend zijn. Standaardbeperkingen zijn overigens soms ook onontkoombaar en hoeven niet negatief te zijn. Deze inventarisatie wil inzicht geven in welke beperkingen in de praktijk concreet voorkomen.

De resultaten van deze vragenlijst zullen niet te herleiden zijn naar specifieke afdelingen, instellingen of medewerkers.

Graag ontvangt de pvp ook een papieren of digitale versie van de huisregels die gelden op de afdeling.

Alvast hartelijk dank voor uw medewerking!

Vragen inventarisatie afdelingsregels

Graag per vraag één antwoordoptie kiezen.

1. Zijn er standaardbeperkingen in tijd voor het ontvangen van bezoek op de afdeling?

Toelichting: Wanneer cliënten doorlopend bezoek kunnen ontvangen, dan zijn er geen standaardbeperkingen voor het ontvangen van bezoek en vult u 'Nee' in bij deze vraag. Zijn er wel standaardbeperkingen (bijv. bezoek alleen welkom in het weekend; alleen van 3 tot 8; niet tijdens het eten), vul dan 'Ja, namelijk' in en geef daarbij aan om welke beperking(en) het gaat.

- Nee
- Ja, namelijk

2. Zijn er op de afdeling standaardbeperkingen in aantal bezoekers?

Toelichting: Wanneer cliënten een onbeperkt aantal bezoekers kunnen ontvangen, dan zijn er geen standaardbeperkingen in aantal bezoekers en vult u 'Nee' in bij deze vraag. Zijn er wel standaardbeperkingen (bijv. niet meer dan twee personen tegelijk), vul dan 'Ja, namelijk' in en geef daarbij aan om welke beperkingen het gaat.

- Nee
- Ja, namelijk

3. Zijn er standaardbeperkingen in locatie waar cliënten bezoekers kunnen ontvangen?

Toelichting: Wanneer cliënten overal op de afdeling (inclusief de eigen kamer) bezoekers kunnen ontvangen, dan zijn er geen standaardbeperkingen in locatie waar cliënten bezoekers kunnen ontvangen en vult u 'Nee' in bij deze vraag. Zijn er wel standaardbeperkingen (bijv. geen bezoek op de eigen kamer, geen bezoek in de huiskamer, geen bezoek op de afdeling, geen kinderen op bezoek op de afdeling), vul dan 'Ja, namelijk' in en geef daarbij aan om welke beperking(en) het gaat.

- Nee
- Ja, namelijk

4. Zijn er standaardbeperkingen voor het ontvangen van bezoek op de eigen kamer van medecliënten van de eigen afdeling?

Toelichting: Wanneer cliënten altijd (dag en nacht) medecliënten op de eigen kamer mogen ontvangen, dan zijn er geen standaardbeperkingen voor het ontvangen van bezoek op de eigen kamer van medecliënten van de eigen afdeling en vult u 'Nee' in bij deze vraag. Worden cliënten hierin standaard beperkt (bijv. alleen op bepaalde tijden; alleen in aanwezigheid van een verpleegkundige), vul dan 'Ja, namelijk' in en geef daarbij aan om welke beperking(en) het gaat.

- Nee
- Ja, namelijk

5. Zijn er standaardbeperkingen voor het ontvangen van bezoek op de eigen kamer van andere mensen dan medecliënten van de eigen afdeling?

Toelichting: Wanneer cliënten altijd (dag en nacht) bezoek van andere mensen dan medecliënten op de kamer mogen ontvangen, dan zijn er geen standaardbeperkingen voor het ontvangen van bezoek op de eigen kamer van andere mensen dan medecliënten van de eigen afdeling en vult u 'Nee' in bij deze vraag. Worden cliënten hierin standaard beperkt (bijv. alleen op bepaalde tijden; alleen in aanwezigheid van een verpleegkundige), vul dan 'Ja, namelijk' in en geef daarbij aan om welke beperking(en) het gaat.

- Nee
- Ja, namelijk

6. Zijn er standaardtijden dat cliënten niet op de eigen kamer mogen zijn?

Toelichting: Wanneer cliënten te allen tijde op de eigen kamer mogen zijn, dan zijn er geen standaardbeperkingen voor het verblijf van cliënten op de eigen kamer en vult u 'Nee' in bij deze vraag. Mogen cliënten dit standaard op bepaalde momenten (bijv. tijdens maaltijden/therapietijden) niet, vul dan 'Ja, namelijk' in en geef daarbij aan om welke beperking(en) het gaat.

- Nee
- Ja, namelijk

7. Zijn er standaardtijden dat cliënten verplicht op de eigen kamer moeten zijn?

Toelichting: Wanneer cliënten nooit verplicht op de eigen kamer moeten zijn, dan zijn er geen standaardbeperkingen voor het verblijf van cliënten op de eigen kamer en vult u 'Nee' in bij deze vraag. Moeten cliënten bepaalde momenten op de eigen kamer verblijven (bijv. rusten na maaltijden; algemeen geldende tijd om naar bed te gaan) vul dan 'Ja, namelijk' in en geef daarbij aan om welke beperking(en) het gaat.

- Nee
- Ja, namelijk

8. Zijn er standaardbeperkingen voor cliënten om de deur van de eigen kamer op slot te doen?

Toelichting: Wanneer cliënten altijd (dag en nacht) de deur op slot kunnen en mogen doen, dan zijn er geen standaardbeperkingen voor cliënten om de deur van de eigen kamer op slot te doen en vult u 'Nee' in bij deze vraag. Worden cliënten hierin standaard beperkt (bijv.

alleen als de cliënt niet op de kamer aanwezig is, alleen na toestemming van een verpleegkundige), vul dan 'Ja, namelijk' in en geef daarbij aan om welke beperking(en) het gaat.

- Nee
- Ja, dat kan niet er is geen slot aanwezig
- Ja, namelijk

9. Zijn er standaardbeperkingen voor seksueel contact op de eigen kamer?

Toelichting: Wanneer cliënten hierin volledige vrijheid hebben (met uitzondering van de norm: geen seksueel contact met hulpverleners), dan zijn er geen standaardbeperkingen voor seksueel contact op de eigen kamer en vult u 'Nee' in bij deze vraag. Worden cliënten hierin standaard beperkt (bijv. alleen op zaterdagavond), vul dan 'Ja, namelijk' in en geef daarbij aan om welke beperking(en) het gaat.

- Nee
- Ja, namelijk

10. Wanneer seksueel contact niet is toegestaan op de eigen kamer, wordt er dan ergens anders in de instelling gelegenheid geboden voor seksueel contact?

- Nvt, er is gelegenheid op de eigen kamer
- Nee
- Ja, namelijk

11. Zijn er standaardbeperkingen voor het roken op de eigen kamer?

Toelichting: Wanneer cliënten onbeperkt mogen roken op de eigen kamer, dan zijn er geen standaardbeperkingen voor het roken op de eigen kamer en vult u 'Nee' in bij deze vraag. Worden cliënten hierin standaard beperkt (bijv. in de nacht niet roken), vul dan 'Ja, namelijk' in en geef daarbij aan om welke beperking(en) het gaat.

- Nee
- Ja, namelijk

12. Zijn er standaardbeperkingen voor het drinken van alcohol op de eigen kamer?

Toelichting: Wanneer cliënten onbeperkt alcohol mogen drinken op de eigen kamer, dan zijn er geen standaardbeperkingen voor het drinken van alcohol op de eigen kamer en vult u 'Nee' in bij deze vraag. Worden cliënten hierin standaard beperkt (bijv. alcohol is alleen in het weekend toegestaan), vul dan 'Ja, namelijk' in en geef daarbij aan om welke beperking(en) het gaat. Beperkingen op grond van concrete overlast (bijv. zachter moeten praten na klachten) worden niet bedoeld en hoeven niet te worden aangegeven.

- Nee
- Ja, namelijk

13. Zijn er standaardbeperkingen om te eten (zowel maaltijden als tussendoortjes) op de eigen kamer?

Toelichting: Wanneer cliënten onbeperkt mogen eten op de eigen kamer, dan zijn er geen standaardbeperkingen om te eten op de eigen kamer en vult u 'Nee' in bij deze vraag. Worden cliënten hierin standaard beperkt (bijv. maaltijden gebeuren in de huiskamer of bederfelijke waar mag niet mee naar de kamer), vul dan 'Ja, namelijk' in en geef daarbij aan om welke beperking(en) het gaat.

- Nee
- Ja, namelijk

14. Zijn er standaardbeperkingen voor het houden van kleine huisdieren op de eigen kamer?

Toelichting: Wanneer cliënten onbeperkt kleine huisdieren mogen houden op de eigen kamer, dan zijn er geen standaardbeperkingen voor het houden van kleine huisdieren op de eigen kamer en vult u 'Nee' in bij deze vraag. Worden cliënten hierin standaard beperkt (bijv. wel een vis, geen hond), vul dan 'Ja, namelijk' in en geef daarbij aan om welke beperking(en) het gaat.

- Nee
- Ja, namelijk

15. Zijn er mogelijkheden voor cliënten om televisie te kijken, radio te luisteren, internet te gebruiken op de eigen kamer, als ze zelf daarvoor geen apparaten bij zich hebben?

Toelichting: Wanneer cliënten geen smartphone, tablet of laptop bij zich hebben, biedt de instelling dan de mogelijkheid om televisie te kijken, radio te luisteren en internet te gebruiken op de eigen kamer?

- Nee
- Ja, namelijk

16. Wanneer de instelling een of meerdere van bovenstaande mogelijkheden biedt, zijn daar dan kosten aan verbonden?

- Nvt, deze mogelijkheden worden niet geboden
- Nee
- Ja, namelijk

17. Zijn er standaardbeperkingen voor het gebruik van internet op de eigen kamer?

Toelichting: Wanneer cliënten onbeperkt internet kunnen gebruiken op de eigen kamer, dan zijn er geen standaardbeperkingen voor het gebruik van internet op de eigen kamer en vult u 'Nee' in bij deze vraag. Worden cliënten hierin standaard beperkt (bijv. er zijn vaste tijden waarop er geen internet is, bijvoorbeeld 's nachts wordt de wifi uitgezet, of er is een internetfilter), vul dan 'Ja, namelijk' in en geef daarbij aan om welke beperking(en) het gaat. Beperkingen op grond van concrete overlast (bijv. zachter moeten zetten van geluid na klachten) worden niet bedoeld en hoeven niet te worden aangegeven.

- Dat is niet mogelijk want de instelling biedt geen internetaansluiting of wifi op de kamer aan
- Nee
- Ja, namelijk

18. Zijn er standaardbeperkingen voor het gebruik van beeldschermen op de eigen kamer?

Toelichting: Wanneer cliënten onbeperkt beeldschermen (smartphone, tablet of laptop) kunnen gebruiken op de eigen kamer, dan zijn er geen standaardbeperkingen voor het gebruik van beeldschermen op de eigen kamer en vult u 'Nee' in bij deze vraag. Worden cliënten hierin standaard beperkt (bijv. 's nachts mag de telefoon niet gebruikt worden), vul dan 'Ja, namelijk' in en geef daarbij aan om welke beperking(en) het gaat. Beperkingen op grond van concrete overlast (bijv. zachter moeten praten na klachten) worden niet bedoeld en hoeven niet te worden aangegeven.

- Nee
- Ja, namelijk

19. Eventuele toelichting

Vrije tekst