

Je moet kiezen voor de patiënt Rechten van psychiatrische patiënten en van patiëntenvertrouwenspersonen in Nederland: naar een nieuwe vorm van sociale controle?

Lippens, Ronny*

1. Rechten van psychiatrische patiënten: bij wijze van inleiding

De laatste twee decennia lijkt de psychiatrische patiënt steeds meer te evolueren van de positie van rechtsobject naar deze van rechtssubject. Althans, deze indruk krijgt men tijdens het doornemen van de massale hoeveelheid literatuur die, min of meer recent, door allerlei gouvernementele en non-gouvernementele (inter)nationale organen over dit onderwerp is geproduceerd.¹ Diverse belangengroepen en zogenaamde 'patient advocates' hebben zich in het debat gemengd en ijveren o.m. voor een stringente wetgeving op het vlak van de geestelijke gezondheidszorg en voor de nodige waarborgen ter bescherming van de rechten van psychiatrische patiënten.

De patiëntenrechtendiscussie met betrekking tot de bescherming van de persoon van de patiënt, centreert zich vooral rondom de externe en de interne rechtsbescherming² van psychiatrische patiënten en de al dan niet aanwezige 'due process' waarborgen in dit verband. De discussie speelt zich voornamelijk af in de 'ontwikkelde' industrielanden: de ontwikkeling en toepassing van mensenrechten veronderstellen immers dat aan noodzakelijke materiële voorwaarden is voldaan.

Voor wat de Europese (buitenlandse) situatie betreft kunnen enkele voorbeelden van recente wetsherzieningen de groeiende belangstelling voor de rechten van psychiatrische patiënten illustreren.³ Sommige initiatieven gaan zeer ver en

* Ex-medewerker van de Vlaamse Vereniging voor Geestelijke Gezondheidszorg.

1. Zie b.v.: De Verklaring van Alma Ata, WHO & Unicef, 1978; CURRAN, W. en HARDING, T., *The Law and Mental Health: Harmonizing Objectives*, Geneva, WHO, 1978, 161; Conseil de l'Europe, *Protection juridique des personnes atteintes de troubles mentaux et placées comme patients involontaires*, 1981; DAES, I., *Human Rights and Scientific and Technological Developments. Guidelines, Principles and Guarantees for the Protection of Persons Detained on Grounds of Mental Ill-health or Suffering from Mental Disorder*, U.N., Commission on Human Rights, 1987; HEGINBOTHAM, Ch., *Mental Health Manifesto 2000*, World Federation for Mental health, 1987, 28 en Mind, *Charter Mental Health 2000: Action Programmes for a World in Crisis*, Brighton, Mind, 1985, 30.

Interessante bijdragen tot de patiëntenrechtendiscussie vindt men in enkele (internationale) congresverslagen zoals: JENSEN, K. en PEDERSEN, B. (eds.), *Commitment and Civil Rights of the Mentally Ill*, Copenhagen, SIND, 1985; KOENRAADT, F. en ZEEGERS, M. (eds.), *Trends in Law and Mental Health*, Amsterdam, Gouda Quint, 1988.

2. Bij externe rechtsbescherming gaat het om de vraag of, en zo ja, onder welke voorwaarden mensen wegens geestesstoornissen onvrijwillig in een psychiatrisch ziekenhuis mogen worden opgenomen. Interne rechtsbescherming betreft de bescherming van reeds in het ziekenhuis opgenomen patiënten. De terminologie komt uit: LAURS, P., *Recht voor psychiatrische patiënten*, Arnhem, Gouda Quint, 1988, p. 24.

3. Recente evoluties impliceren niet altijd een versteviging van de rechtspositie van psychiatrische patiënten. Een interessant voorbeeld vormt het zeer recente wetsontwerp dat, in volle sociale en politieke

beperken zich niet tot het louter beschermen van de rechtspositie van de patiënten maar beogen verder een totale reorganisatie van de geestelijke gezondheidszorg als dusdanig. De evolutie naar een 'democratische psychiatrie' in Italië door de zogenaamde Wet nr. 180 van 1978 vormt hiervan een treffende illustratie.⁴ Een directe democratisering van de Italiaanse psychiatrische instellingen ging gepaard met een verregaande desinstitutionalisering van de geestelijke gezondheidszorg. Een stelselmatige uitbouw van kleinschalige en ambulante voorzieningen hield echter geen gelijke tred met de abrupte en radicale afbouw van de residentiële inrichtingen, zodat het experiment uiteindelijk is gestrand op het gebrek aan alternatieve opvangstructuren voor grote aantalen 'gedecollocerde' patiënten.⁵

De Britse 'Mental Health Act' uit 1983 daarentegen is te herleiden tot een poging om de rechtspositie van onvrijwillig opgenomen patiënten en geïnterneerden te verstevigen binnen de bestaande psychiatrische structuren zelf.⁶ Belangrijke vernieuwingen tegenover de vorige wet uit 1959 zijn de invoering van een 'consent to treatment'⁷ – regeling en de installering van een onafhankelijke 'mental health act commission', die de toepassing van de wet controleert en de belangen van onvrijwillig opgenomen patiënten behartigt door middel van periodieke bezoeken aan de instellingen en door het instellen van onderzoeken bij klachten van individuele patiënten.

Sommige initiatieven impliceren een minimale verbetering van de rechtspositie van psychiatrische patiënten. Een illustratie hiervan vindt men in de Zweedse 'Mental Health Emergency Act' van 1984 die, in tegenstelling tot de vorige Wet van 1967, strengere criteria voor dwangopname hanteert.⁸ Waar het voorheen 'het storen van anderen' reeds voldoende was om geestelijk gehandicapten onvrijwillig te hospitaliseren kan dit nu enkel in geval van 'ernstige geestelijke stoornis', of 'dringende behoefte aan zorg'.

onrust (mei 1988), binnen het Israëliësche 'Ministry of Health' werd ontworpen. (Ministry of Health, *Treatment of Mentally Sick Persons Law*, proposed law, mars 1988, 16). Hierin wordt de reeds zeer sterke machtspositie van de 'district psychiatrist' nog verstevigd. Het wetsontwerp bepaalt dat de districtpsychiater de politie kan vorderen (art. 17); het ontwerp beperkt aanzienlijk de mogelijkheden tot beroep tegen de beslissingen van de districtpsychiater (art. 23); het ontwerp laat expliciet dwangbehandeling toe (art. 29) en bepaalt dat 'vrije' patiënten bij verzet tegen behandeling kunnen worden ontslagen (art. 30).

4. VANDEKLIPPE, H., *De democratische psychiatrie en de wet nr. 180*, Utrecht, NGGV, 1982, 93; VANDERBEEK, A. e.a. *Demokratische psychiatrie*, Baarn, Ambo, 1980, 190.

5. Hetzelfde deed zich voor in de V.S.A., waar men begin de jaren '70 begon met een massale sluiting van instellingen, terwijl de uitbouw van vervangingsvoorzieningen uitbleef. (SHAH, S., 'Legal and Mental Health System Interactions', *International Journal of Law and Psychiatry*, 1981, 3/4, 219-270).

6. JONES, R., *The Mental Health Act 1983*, London, Sweet & Maxwell, 1983, 188. Beschouwingen over de Britse wetgeving op de geestelijke gezondheidszorg vindt men bij: GOSTIN, L., 'Contemporary Social and Historical Perspectives on Mental Health Reform', *Journal of Law and Society*, 1983, 1, 47-70; SHAPLAND, J. en WILLIAMS, T., 'Legalism Revised: the New Mental Health Act', *International Journal of Law and Psychiatry*, 1983, 3/4, 351-370.

7. Waarbij voor bepaalde therapeutische ingrepen het expliciet akkoord van de patiënt vereist is.

8. KARRSTRÖM, M., 'Psychiatry, Compulsion and Legal Security: a Report from the Social Affairs Commission in Sweden', *International journal of law and psychiatry*, 1986, 3, 327-334.

2. Visies op rechten van psychiatrische patiënten

Sommigen beschouwen de patiëntenrechtenbeweging als een logisch uitvloeisel van bepaalde intern-theoretische evoluties binnen de (anti-)psychiatrische en sociaal-psychiatrische theorievorming. De patiëntenrechtenbeweging is dan regelrecht gevolg van een groeiend humanitarisme waaromtrent zich een brede consensus heeft gevormd. Deze opvatting is inmiddels onhoudbaar. De patiëntenrechtendiscussie is duidelijk te kaderen in economische en politiek-ideologische strukturschommelingen die zich de laatste decenia hebben voorgedaan. De fiscale crisis van de Staat⁹, het daaruit voortvloeiende desinstitutionaliseringdebat, en de creatie van nieuwe 'community based' vormen van sociale controle staan hierin centraal.¹⁰ Verder lijkt de organisatie van de geestelijke gezondheidszorg en de hierin evoluerende machtsverhoudingen zeer sterk het ontstaan en de ontwikkeling van de patiëntenrechtendiscussie te beïnvloeden.¹¹ Aldus oefenen de mogelijke polarisatie tussen de extra- en intramurale sector en de professionele en ideologische tegenstellingen tussen en binnen de sectoren een niet onbelangrijke invloed uit op de uiteindelijke realisatie van rechtsbeschermende initiatieven.

Het patiëntenrechtendebat is dan ook gekenmerkt door een groot aantal stellingnamen, die in grote lijnen zijn terug te brengen tot een drietal globale visies, die grotendeels aan bepaalde machts- en belangengroepen te koppelen zijn.¹²

De eerste visie baseert zich op het zogenaamde 'bestwil-criterium'. Hierbij wordt elke psychiatrische interventie gerechtvaardigd door het feit dat het belang van de patiënt er (per definitie) door wordt gediend. Elke weigering van de patiënt om een bepaalde psychiatrische (be)handeling te ondergaan wordt als een symptoom van het ziektebeeld geïnterpreteerd. Het bestwil-criterium legitimeert dan ook volkomen het aanwenden van dwang in de psychiatrische praktijk. Deze dwangtoepassing holt het recht van patiënten op adequate verzorging sterk uit: elke verzorging die van uit het standpunt van de behandelaar in het belang van de patiënt is, wordt toegestaan, zelfs wanneer deze laatste zich daartegen verzet.¹³ Psychiatrische patiënten worden dus in wezen als onbekwamen beschouwd, die door hun ziekte niet over een zekere wilsautonomie beschikken.

9. SCULL, A., 'Mental Patients and the Community. A Critical Note', *International Journal of Law and Psychiatry*, 1986, 3, 383-392; MONAHAN, J., 'Three Lingering Issues in Patient Rights', in BLOOM, B. en ASHER, S., *Psychiatric Patient Rights and Patient Advocacy*, New York, Human Sciences Press, 1982, 263-274.

10. Zie b.v. COHEN, S. *Visions of Social Control*, Cambridge, Polity Press, 1985.

11. MITCHELL, H., 'Politics, Power and Psychiatry', *International Journal of Law and Psychiatry*, 1979, 2, 249-261.

12. Interessante syntheses vindt men bij: VANDEKLIPPE, H., 'Drie visies op dwangopname', *Maandblad geestelijke volksgezondheid*, 1980, 2, 117-132; POLS, J., 'De rechtvaardiging van de onvrijwillige psychiatrische opname', *Maandblad geestelijke volksgezondheid*, 1984, 6, 627-642; en bij LAURS, P., o.c., 103-119.

13. GEERLINGS, P., 'Gedwongen opname: een recht op intensieve behandeling', *Maandblad geestelijke volksgezondheid*, 1977, 3, 110-113.

Deze bestwil-visie vindt men voornamelijk binnen de instellingspsychiatrie terug. Diverse (para)medische professionele groepen, die zich als enigen competent achten om de belangen van de patiënt in te schatten, zien in deze visie een rechtvaardiging van hun eigen activiteiten. Het bestwil-criterium legitimeert de stevige machtspositie waarin het psychiatrisch bedrijf zich, als 'primary definer' van geestesziekte, bevindt.

Een tweede visie staat lijnrecht hier tegenover. Dwangtoepassing is in het radicaal-abolitionistisch perspectief niet toegestaan. Abolitionisten besteden bijzondere aandacht aan het psychiatrisch label als sociale constructie, en aan de stigmatiserende en contraproductieve effecten van psychiatrische instellingen. Het biomedisch ziektemodel dient vanuit deze optiek totaal verlaten te worden, ten voordele van een 'contractpsychiatrie', waarbij elk psychiatrisch handelen op vrijwillige basis en met expliciete toestemming van de hulpvrager plaatsgrijpt. Het achterliggende mensbeeld is heel duidelijk: elk individu is een autonoom persoon en volledig bekwaam om over eigen leven en handelen te beschikken. De aanwezigheid van mentale stoornissen is geen reden om een aantasting van dit absoluut zelfbeschikkingsrecht te rechtvaardigen. Sommige abolitionisten gaan, in navolging van Th. Szasz¹⁴, het vrijheidsbegrip verabsoluteren en het individu verantwoordelijk stellen voor zijn eigen 'ziekte'. Dat hierbij het iatrogene effect van maatschappelijke structuren, waaronder de gezondheidsinstituties zelf, duidelijk miskend wordt hoeft niet onderlijnd te worden.

De abolitionistische visie gedijt voornamelijk in geradicaliseerde patiëntenbewegingen.¹⁵

Een derde visie is gefundeerd op het zogenaamde 'gevaarscriterium'. In deze visie kan het zelfbeschikkingsrecht van individuen alleen worden aangetast om een gevaarssituatie af te wenden. Het gevaarscriterium wordt vooral gehanteerd in justitiële kringen, die er een belangrijk instrument ter vrijwaring van de maatschappelijke orde in kunnen vinden.

Dit eerder pragmatisch gevaarsstandpunt kan evenwel niet zondermeer als een compromis tussen voorgaande visies omschreven worden. De kritiek van de pragmatici op de abolitionisten is daarvoor te sterk. Deze laatsten zouden geen oog hebben voor werkelijk 'onbekwame' patiënten en de noodzaak tot het ontwerpen van een systeem van vertegenwoordiging, door vertrouwenspersonen bijvoorbeeld, van dergelijke patiënten. Steeds volgens de pragmatici leidt een laattijdig of niet ingrijpen in een crisissituatie tot een dubbele stigmatisering van de patiënt, die hierbij naar een penitentiaire inrichting kan worden verwezen. De abolitionisten daarentegen concentreren hun kritiek op de onmogelijkheid om een

14. Een situering van de kritische psychiatrie van Th. SZASZ vindt men in: POLS, J., *Mythe en macht*, Nijmegen, Sun, 1984, 334.

15. De 'World Federation for Mental Health' b.v. stelt aldus dat 'the mental health system endorses and promotes the values and ideology of an unequal society (...)'. The labelling, stigmatising, incarceration and treatment of those who deviate from predominant social norms serve the interests of a powerful minority who gain profit and status. The conflicts which exist within society are thereby obscured and estrangement and marginalisation increased (HEGINBOTHAM, Ch., *o.c.*, p. 5).

juiste gevaarspredictie te realiseren.¹⁶ Voorts onderkennen ze een zekere ambiguïteit in het gevaarsstandpunt. Het gevaarscriterium wordt, bij onvrijwillige opneming bijvoorbeeld, alleen toegepast op 'psychisch gestoorden' en niet op de 'normalen'. De premisse hierbij is dat een psychiatrische stoornis de mens minder of niet verantwoordelijk maakt voor zijn gedrag. Maar indien dit zo is, dan lijkt het niet rationeel om de vrije wil te respecteren ten aanzien van het al dan niet laten behandelen voor die stoornis.

De bestwil-adepten op hun beurt zien weinig heil in het gevaarscriterium. Ze vrezen een steeds toenemende juridisering en daarmee ook een groter gevaar voor stigmatisering van psychiatrische patiënten.¹⁷

3. Waarborgsystemen ter bescherming van psychiatrische patiëntenrechten

De strijd om de patiënten(rechten) heeft niet alleen het verwerven van een betere (wettelijke of reglementaire) rechtspositie voor de patiënten als inzet, maar evenzeer de creatie en installatie van instanties die de bescherming van deze rechtspositie waarborgen.¹⁸

De bevoegde administratieve, bestuurlijke en justitiële organen blijken voor dit doel ontoereikend te zijn.

Ofwel dienen ze zich te baseren op achterhaalde reglementeringen, ofwel vertonen ze een te hoge drempel om werkelijk aan de noden van psychiatrische patiënten te kunnen voldoen. De aandacht in het patiëntenrechtendebat is dan ook verschoven naar diverse vormen van klachtenprocedures en ombudsfuncties.¹⁹

Het spectrum van mogelijke initiatieven in dit verband is zeer uitgebreid: er zijn klachtbemiddelende en klachtbehandelende initiatieven, initiatieven die een zekere beslissingsbevoegdheid impliceren en louter adviserende, overheidsinitiatieven en private initiatieven, interne (in de instelling zelf) en externe (buiten de instelling), van de instelling afhankelijke en onafhankelijke.²⁰

Vrij recent is het concept 'patiëntenvertrouwenspersoon' (pvp) opgedoken. Vooral de Nederlandse ervaringen met dergelijke vertrouwenspersonen hebben de nodige internationale aandacht getrokken²¹, gezien de ogenschijnlijk radicale

16. COCOLLA, S. en STEADMAN, H., 'Prediction in Psychiatry: an Example of Misplaced Confidence in Experts.' *Social problems*, 1978, 25, 265-276. Uit onderzoek is trouwens gebleken dat, bij psychiatrische gevaarspredictie, het aantal valse positieven steeds merkkelijk groter is dan het aantal valse negatieven. Zie bijvoorbeeld: MESTROVIC, S. en COOK, J., 'The Dangerousness Standard', *International Journal of Law and Psychiatry*, 1986, 4, 443-469.

17. Uiteraard blijft de vraag bestaan in hoeverre het psychiatrische bedrijf op zich stigmatiserend werkt.

18. BLOOM, B. en AHER, S., o.c., 19-56.

19. IPPEL, P., *Klachtenbehandeling en klachtprocedures*, Zwolle, Tjeenk Willink, 1987, 128.

20. Beschrijvingen van concrete projecten vindt men bij o.a.: CHRISTIAN, W., 'Protecting Client's Rights in Mental Health Programs', *Administration in Mental Health*, 1983, 2, 115-124; ZIEGENFUSS, J., 'The Patient Rights Representative Program', *Psychiatry Quarterly*, 1984, 1, 3-12 en TURNER, T. e.a., 'Patient Advocacy: the Ontario Experience', *International Journal of Law and Psychiatry*, 1984, 3/4, 329-350.

21. Getuige daarvan o.m. de bijdrage van BRANDSMA, T., 'The Patient Advocate Inside the Hospital: Effects and Side-effects' En van KOEL, R. e.a., 'The Patient Advocate: Need or Nuisance'. Beide in de

opstelling die men in Nederland aan de pvp's heeft meegegeven. De eerste evaluaties zijn inmiddels gebeurd, en de bijzondere hoopgevende conclusies nopen tot een nadere analyse van het pvp-fenomeen.²² In het bijzonder lijkt het aangewezen om de politiek-ideologische rol van het instituut pvp in het patiëntenrechtendebat te omschrijven, mogelijke (neven)effecten na te speuren en hieruit eventuele gevolgtrekkingen te maken voor de situatie in ons land.

4. De patiëntenvertrouwenspersoon in Nederland

4.1. HET WETSONTWERP 'BIJZONDERE OPNEMINGEN IN PSYCHIATRISCHE ZIEKENHUIZEN' (BOPZ): IN EEN IMPASSE?

De oude Nederlandse krankzinnigenwet uit 1884 stond de laatste decenia aan scherpe kritiek bloot.²³ In 1971 markeerde het eerste wetsontwerp BOPZ het begin van een lange reeks. Onder druk van diverse belangen- en consumentengroepen werd in 1975 een commissie gestart, die als taak had aanbevelingen op te stellen voor een vernieuwing van de krankzinnigenwetgeving.²⁴ Deze 'Kommissie Van Dijk' (1975-1980) stelde voor een wet te ontwikkelen die de rechtspositie van zowel gedwongen als vrijwillige patiënten zou regelen. Enkele belangrijke vernieuwingen erkenden het recht op voorlichting, het inzagerecht, het recht op beleving van seksualiteit en het recht op communicatie met de buitenwereld. Verder eiste men een strengere toepassing van de dwangmiddelenregistratie en opteerde men voor het installeren van een vertrouwenscommissie in elke inrichting. Deze commissie zou het inrichtingsmanagement adviseren, en tevens aan klachtbemiddeling doen.

Een belangrijke gebeurtenis versnelde de discussie rond de wetsherziening. In 1979 werd door het Europees Hof voor de Rechten van de Mens een belangrijk arrest geveld (het zogenaamde Winterwerp-arrest). Een scherpe kritiek hierin op de Nederlandse krankzinnigenwet had als gevolg dat de toenmalige Minister van Justitie op 16 april 1980 reeds de Prokureurs-Generaal bij de Gerechtshoven op de hoogte bracht van de 'Winterwerprichtlijnen'. Hierbij werd het horen van de patiënt bij dwanghospitalisatie verplicht gesteld, diende de handelingsonbekwaamheid door middel van een afzonderlijke rechterlijke uitspraak bepaald te worden en werd de Officier van Justitie verplicht om elk ontslagverzoek van onvrijwillig opgenomen patiënten voor te leggen aan de rechter.

internationale congresbundel van KOENRAADT, F. en ZEEGERS, M., (eds.), *o.c.*, 433-436 en 450-454.

Ook in België wordt de Nederlandse patiëntenvertrouwenspersoon (pvp) met de nodige belangstelling gevolgd. In hun gezamenlijke *Dossier: Rechten van de patiënt*, omschrijven de Vlaamse Vereniging voor Geestelijke Gezondheidszorg en de Liga voor Mensenrechten de pvp als het sluitstuk van een fundamentele herziening van de Krankzinnigenwet van 1850 (Gent, 1988, 17).

22. KOEL, R. e.a., *Strikt betrouwbaar*, Utrecht, NGGV, 1987, 179. Zie ook DONKER, M. e.a. 'Het patiëntenvertrouwenswerk geëvalueerd', *Maandblad geestelijke volksgezondheid*, 1988, 5, 528-541.

23. Voor een omstandige situering van deze Krankzinnigenwet, zie KRUL-STEKETEE, J., *De psychiatrische patiënt in het recht*, Deventer, Van Loghum Slaterus, 1978.

24. Werkgroep rechtspositie in psychiatrische ziekenhuizen, (*eindrapport*), 's Gravenhage, Staatsuitgeverij, 1980, 118.

Het BOPZ-ontwerp zelf regelt de rechtspositie van gedwongen patiënten en kent belangrijke vernieuwingen ten aanzien van de oude wet van 1884. Het oude bestwil-criterium werd hierbij ingeruild voor het gevaarscriterium.²⁵

Momenteel kent Nederland reeds de zevende versie van de BOPZ (1983), terwijl echter – juridisch gezien – de oude wet nog steeds van kracht is.²⁶ De Eerste Kamer vreest namelijk een sterke kostenverhoging indien het wetsontwerp BOPZ zou worden goedgekeurd. De BOPZ is immers ook van toepassing op psychogeriatrische en zwakzinnige patiënten.

De case-load van de rechtbanken dreigt hierdoor sterk toe te nemen, ook al omdat, in tegenstelling tot de oude krankzinnigenwet, een rechterlijke machtiging tot dwangopname vereist is bij niet-expliciete toestemming van een patiënt in een gevaarssituatie.

De rechtspraak anticipeert echter op een mogelijke wetswijziging. Een belangrijke uitspraak van de Hoge Raad²⁷ bijvoorbeeld wees intussen al uit dat een 'gevaarstoestand' de enige reden is om een verblijf in een inrichting te rechtvaardigen, en niet de noodzaak tot behandeling, zelfs ter preventie van een ernstige deterioratie van de patiënt.²⁸

Verder werden in 1980, op voorlopige basis en in afwachting van een definitieve wetswijziging, de erkenningsvoorwaarden voor ziekenhuizen aangepast. Het 'Besluit normen en algemene voorwaarden voor de erkenning van ziekenhuizen' is echter gekenmerkt door zeer vage normstellingen.²⁹ Een beperking van het zelfbeschikkingsrecht van patiënten blijft mogelijk, bijvoorbeeld als de orde in de instelling verstoord dreigt te raken. Dit leidt tot situaties waarin de bestaande psychiatrische praktijken eerder gelegitimeerd dan begrensd worden.

In 1984 tenslotte publiceerde de Geneeskundige Inspectie voor Geestelijke Volksgezondheid haar 'Referentiekader middelen en maatregelen in psychiatrische ziekenhuizen – 8^e versie'.³⁰ Deze aanbevelingen hebben echter geen dwingend karakter. Alleen de toepassing van maatregelen waartegen de patiënt zich verzet zouden geregistreerd moeten worden. Daar het in de meeste gevallen de behandelaar zelf is die dit verzet zou interpreteren valt te verwachten dat een erg selectieve registratie het gevolg zal zijn.

25. KRUL-STEKETEE, J., 'Het wetsontwerp BOPZ', *Tijdschrift voor psychiatrie*, 1983, 6, 377-390.

26. Voor een omstandige situering van de vigerende rechtsregels met betrekking tot de rechtspositie van de psychiatrische patiënten in Nederland raadplege men GEVERS, J. en WIDDERSHOVEN, T., *De rechtspositie van de patiënt*, Amsterdam, Instituut voor Sociale Geneeskunde, 1987, 106.

27. Equivalent van het Belgische Hof van Cassatie.

28. LEGEMAATE, J., 'De krankzinnigenwet anno 1986. Recente ontwikkelingen in de rechtspraak', *Maandblad geestelijke volksgezondheid*, 1986, 3, 252-266.

29. ROSCAM-ABBING, H., 'De rechtspositie van psychiatrische patiënten en de erkenningsnormen voor ziekenhuizen', *Maandblad geestelijke volksgezondheid*, 1984, 7/8, 815-819 (met antwoord van BERGHMANS, R., 819-821).

30. Voor een analyse van dit 'Referentiekader...', zie: VANDEKLIPPE, H., *Dwangtoepassing in de psychiatrie*, Utrecht, NGGV, 1986, 163.

4.2. HET ONTSTAAN VAN HET FENOMEEN PVP: EEN (TE) VLOTTE BEVALLING?

In de loop van de jaren zeventig werd de Nederlandse geestelijke gezondheidszorg zeer sterk in vraag gesteld door een brede, radicale patiëntenbeweging. Initiatieven zoals de Gekkenkrant, de Kliëntenbond, Release, de Werkgroep RP2, de diverse advocatenpiketten, de Landelijke Stichting Patiëntenraden, de Stichting Pandora poogden niet alleen de stereotiepe beeldvorming over psychiatrische patiënten te doorbreken, maar stelden de ideologische grondslagen en methodes in de psychiatrische hulpverlening sterk in vraag.

Het protest tegen de residentieële psychiatrie zwol op het einde van het decennium geleidelijk aan en culmineerde in 1980 op het Patiëntenkongres in het 'Manifest patiëntenrecht in de geestelijke gezondheidszorg'.³¹ De toch wel zeer radicale teneur van dit Manifest blijkt ondermeer uit de artikelen 5 en 6, waarin de totale afbouw van de instellingspsychiatrie wordt beoogd. Rond dezelfde periode pleit de Landelijke Stichting Patiëntenraden voor een wettelijke grondslag en verruiming van de bevoegdheden voor de patiënten- en bewonersraden in instellingen. De patiëntenraden bevonden zich toen in een zeer precaire situatie: veel raden waren opgestart door de directie zelf, hadden geen eenvormige bevoegdheden en waren vaak alleen bevoegd voor praktische en/of banale aangelegenheden.³²

De politieke impact van de drukkingsgroepen bleef niet uit. Onder druk van de Nationale Ziekenhuisraad vaardigde de toenmalige Staatssecretaris voor Volksgezondheid en Milieuhygiëne de 'notie patiëntenvertrouwenspersoon' uit. Het pvp-concept werd opgevat als een ombudsfunctie. Vóór de komst van de pvp waren in bepaalde psychiatrische ziekenhuizen ombudslieden actief. Deze waren veelal afhankelijk van de instelling, leverden soms onbezoldigd werk en hadden zeer variërende en/of beperkte bevoegdheden, hetgeen vaak tot hevige conflicten leidde tussen de ombudslieden en de instellingsbesturen.³³ De pvp werd als een alternatief voor de vroegere ombudslieden opgevat.

Men kan het ontstaan van de pvp in zekere zin kaderen in een bredere strategie waarbij de psychiatrische ziekenhuizen, in volle desinstitutionaliseringdebat en met de dreiging van een verregaande wijziging van de krankzinnigenwet, hun relatieve machtspositie in de geestelijke gezondheidszorg op langere termijn probeerden veilig te stellen. In een poging om de fundamentele en radicale kritieken op de intramurale sector te omzeilen werd aldus een voor de instellingen milde klachtbemiddelingsprocedure naar voor geschoven. De Stichting PVP trok dan ook vanaf 1981 alle aandacht (en hoop?) naar zich toe, terwijl diepere beleidskritische geluiden naar het tweede plan werden verwezen.

Na een experimentele fase met acht pvp's verkreeg het initiatief erkenning in art. 58 van het BOPZ-ontwerp. Sedert 6 november 1985 zijn alle psychiatrische

31. De volledige neerslag van dit 'Manifest...' werd gepubliceerd in het *Maandblad geestelijke volksgezondheid*, 1981, 6, 545-558.

32. SCHNABEL, P., 'Patiëntenraad in psychiatrische inrichtingen', *Maandblad geestelijke volksgezondheid*, 1980, 1, 32-49.

33. LAURS, P., 'De rechtspositie van de ombudslieden', *Maandblad geestelijke volksgezondheid*, 1979, 7/8, 536-551.

ziekenhuizen verplicht een pvp op te nemen, krachtens art. 36, 2.a.4. uit het 'Besluit normen en algemene voorwaarden voor de erkenning van ziekenhuizen'.³⁴

4.3. DE ORGANISATIE VAN HET PATIËNTENVERTROUWENSWERK

De Stichting PVP stelt zich tot doel om advies en bijstand te verlenen aan patiënten/cliënten die onder behandeling zijn in instellingen voor geestelijke gezondheidszorg, bij de handhaving van hun rechten.³⁵

Men zal in de statuten van de Stichting vruchteloos zoeken naar stellingnames die erop zouden wijzen dat de uiteindelijke bedoeling van de pvp een democratiseringsstreven inhoudt, dat erop gericht is op de patiëntenpopulatie collectief te emanciperen. In de 'Notitie Patiëntenvertrouwenspersoon' van de 'stichtende' Staatssecretaris van Volksgezondheid en Milieuhygiëne is echter wel te lezen dat de uiteindelijke doelstelling van de pvp ligt in het zo goed mogelijk wegnemen van de machtsongelijkheid (binnen de instelling) tussen psychiatrische patiënten en medewerkers van de psychiatrische ziekenhuizen.³⁶

Deze doelstelling poogt de pvp vanuit een viertal uitgangspunten te realiseren.

1. Door het plaatsen van (van de instelling) onafhankelijke pvp's in elke psychiatrische instelling. De pvp is geen werknemer van de inrichtende macht van de instelling, maar wordt betaald door de Stichting PVP. Het ziekenhuisbestuur kan de pvp dan ook slechts in zeer uitzonderlijke gevallen ontslaan.

2. Door het creëren van zeer lage drempels naar de patiënten toe. De pvp is dagelijks in de instelling aanwezig en is bereikbaar voor elke patiënt. Zijn dienstverlening is kosteloos.

3. Door het openstaan voor alle mogelijke klachten die betrekking hebben op de relatie patiënt-instelling (klachten over medepatiënten behoren hier niet toe). De pvp voert geen enkele selectie door op het klachtenaanbod. Elke klacht, hoe banaal ook, wordt ernstig genomen. De klacht wordt nooit geïnterpreteerd als een symptoom van geestesziekte.

4. Door zich volledig partijdig te verklaren met de klager. De pvp verdedigt steeds het standpunt van de patiënt, zelfs als dit standpunt vanuit rationeel oogpunt niet adequaat zou blijken. De patiënt wordt door de pvp steeds als een wils-autonome persoon benaderd.

De pvp vervult vanuit deze vier uitgangspunten een drietal taken.

De belangrijkste taak is de klachtbemiddeling (niet: klachtbehandeling).³⁷ Klachtbemiddeling gebeurt dan door het geven van advies en informatie, door gesprekken met behandelaars en directie, of door het verwijzen van de klacht naar derden (b.v. vragen i.v.m. algemene juridische kwesties zoals huurwetgeving, ...). De klachten worden via een getrapte procedure bemiddeld: eerst door gesprek-

34. Stichting PVP, *Jaarverslag 1985*, Utrecht.

35. Stichting PVP, *Jaarverslag 1981-83*, Utrecht.

36. Staatssecretaris van Volksgezondheid en Milieuhygiëne. Notitie Patiëntenvertrouwenspersoon, 28 oktober 1980, Tweede Kamer, zitting 1980-1981, 16400, hoofdstuk XVII, nr. 30.

37. Klachtbemiddeling veronderstelt een al dan niet bindende uitspraak door de klachtbehandelende instantie.

ken met de behandelaars zelf, bij uitblijven van resultaat, met de directie, vervolgens met de geneeskundige inspectie. In laatste instantie kan de pvp, op vraag van de patiënt, overwegen om de klacht voor de rechter te brengen.

De tweede taak veronderstelt het verspreiden van informatie naar de patiënten toe. De pvp verstrekt de patiënten informatie over (de handhaving van) hun rechten alsmede over de mogelijkheden van de pvp zelf.

Tenslotte is de pvp ertoe gehouden aan 'processignalisering' te doen. Op basis van klachten die hem systematisch bereiken signaleert de pvp bij een afdeling of bij de directie een structurele tekortkoming. De pvp ziet er op toe dat de afdeling of directie de door hem gesignaleerde tekortkoming opheft. Doen zij dat niet dan legt de pvp het signaal voor aan de inspectie.

Bij de uitoefening van deze taken onthoudt de pvp zich, om zijn imago van vertrouwenspersoon te vrijwaren, van elke vorm van beleidsmedewerking.

De Stichting PVP gaat met elke instelling een arbeidscontract aan. In deze arbeidsovereenkomst staan enkele belangrijke bepalingen in verband met de werkingmogelijkheden van de pvp. Aldus heeft de pvp het recht om, mits inachtneming van de huisregels³⁸, te allen tijde contact op te nemen met alle patiënten. De pvp heeft verder het recht op alle informatie die hij voor een goede taakvervulling nodig heeft. Verder krijgt de pvp inzagerecht in de dossiers van klagende patiënten, mits uitdrukkelijke toestemming van deze laatsten.

De pvp's zijn ertoe gehouden om zelf naar de patiënten toe te stappen en zich kenbaar te maken. Nochtans kunnen ze pas een klachtenprocedure in gang zetten op expliciete aanvraag van de patiënt zelf.

4.4. PVP-ERVARINGEN IN NEDERLANDSE PSYCHIATRISCHE INSTELLINGEN

Uit de verschillende jaarverslagen³⁹ van de Stichting PVP vallen er enkele registratiegegevens omtrent de concrete pvp-werking af te leiden.

Voor de periode '82-'87 worden in volgende tabel cijfers weergegeven met betrekking tot het aantal klachten die de pvp gemiddeld te verwerken krijgt, de aard en de inhoud van deze klachten.

Uit de cijfers blijkt dat de pvp gemiddeld 25 tot 30 klachten per maand te verwerken krijgt. Ongeveer zestig procent daarvan blijken echte klachten te zijn, terwijl de rest als informatievragen en/of als gewone gesprekken te catalogeren zijn. De klachten hebben vooral betrekking op de juridische situatie van (dwang-) opgenomen patiënten, behandeling en dwangtoepassing, en problemen rond overplaatsing, ontslag en verlof. Uit de jaarverslagen blijkt verder dat vooral jongere patiënten en patiënten met een eerder geringe verblijfsduur in de inrichting voor een belangrijk aandeel in het totale klachtenpakket zorgen. Hetzelfde geldt voor de onvrijwillig opgenomen patiënten. Langdurig opgenomen patiënten vinden minder vlug de weg naar het kantoor van de pvp. In zekere zin schiet de indivi-

38. Vele huisregels zijn flagrant in tegenspraak met de wettelijke beschikkingen. De pvp kan deze veelal niet als wapen gebruiken in de klachtbemiddelingsprocedure (Stichting PVP, *Jaarverslag 1984*, Utrecht, p. 38).

39. Stichting PVP, *Jaarverslagen 1981-83, 1984, 1985, 1986 en 1987*, Utrecht.

dualiserende werking van de pvp dan ook tekort. Men kan veronderstellen dat juist de patiënten met de meeste nood aan vertegenwoordiging het minst met de pvp in contact komen.

	'82-'83	'84	'85	'86	'87
Gemiddeld aantal klachten per maand per pvp	24	27	28,5	26,9	—
Aard van de klacht (%)					
– echte klacht	59	54	58	—	—
– informatie-vraag	32	34	28	—	—
– gesprek	9	9	11	—	—
– 'niets'	0	3	3	—	—
Inhoud van de klacht (%) (*1)					
1. Opname/juridische sit. (*2)	22	30	24,3	19,3	18,3
2. Behandeling	8	8,4	10,2	13,2	14
3. Bejegening	9	6,3	6,6	6,2	7,2
4. Dwangtoepassing	4	4,1	5,7	6,1	6,6
5. Vrijheidsberoving	5	5	6,7	6,1	6
6. Dossierinzage	1	1,6	2	1,8	1,7
7. Privacy	0	1	2,9	0,8	0,5
8. Goederenbeheer	6	5	4,9	3	3,1
9. Overplaatsing	6	6,6	9,1	8,3	8,4
10. Ontslag/verlof	7	6,7	9,8	6,7	7,5
11. Voorlichting	2	0,7	2,3	0,8	0,5
12. Algemene klachten	4	2,4	9,9	3,1	2,1
13. Rechtsvragen (*2)	12	9,1	7,7	6,7	5,5
14. Andere	13	13,1	15,1	11,8	12,5

*1. De inhoud van de klachten varieert uiteraard naargelang van de juridische status van de patiënt. In het jaarverslag van 1985 (p.49) bijvoorbeeld leest men dat 57,8% van de klachten van onvrijwillig opgenomen patiënten betrekking heeft op het juridisch statuut, tegenover slechts 2,1% bij de vrijwillig opgenomen patiënten.

*2. Een daling van deze percentages is hoofdzakelijk te wijten aan het feit dat de PVP geleidelijk aan meer en meer klachten omtrent juridische kwesties in handen gaf van de verschillende advocatenpiketten.

*3. Deze cijfers dienen voorzichtig geïnterpreteerd te worden, ook al wegens hun onderlinge uitwisselbaarheid.

	'82-'83	'84	'85	'86	'87
% Klagers <45 j. (tot. populatie: 33,6%)	68	69	73,3	66,6	68,3
% Klagers met verblijfs- duur < 6 mnd.) (landelijk bestand: 25,7%)	47	47	48,3	59,4	64,5
% Onvrijwillige patiënten (landelijk bestand: 12,5%)	36	41	37,7	37,2	34

Van het totale klachtenpakket resulteren er 10% in een vertrouwelijk gesprek, 27% leidt tot het geven van informatie en advies, 6% leidt tot een verwijzing, terwijl er bij 56% een echte bemiddeling volgt. De klachten worden vrij vlug afgehandeld met een tamelijk bevredigend resultaat:

Resultaat bemiddeling (%) (*1)	'82-'83	'84	'85	'86	'87
1. Succes	38	40	41	43	43
2. Compromis	12	12	12	15	16
3. Geen resultaat	19	16	14	14	14
4. Doorverwijzing na bemiddeling	12	16	17	14	14
5. Klacht ingetrokken	7	7	8	7	6
6. Probleem vanzelf opgelost	9	6	4	3	3
7. Anders	4	2	4	3	3

*1. Het bemiddelingsresultaat varieert naargelang van de inhoud van de klacht. Klachten omtrent de dwangopname zelf bijvoorbeeld, kennen de laagste succes- en compromisscore (in 1987: 15,4%; zie het jaarverslag 1987, p. 51).

De cijfers uit de jaarverslagen hebben op zichzelf weinig evaluatieve waarde. Dark-number gegevens over de aard en de omvang van niet-aangegeven klachten en een typering van niet-klagers zijn niet voorhanden. De informatie uit de jaarverslagen is ook weinig verklarend: nergens wordt er bijvoorbeeld nagegaan in hoeverre de aan- of afwezigheid van overlegstructuren in de ziekenhuisorganisatie het aantal en de afhandeling van klachten beïnvloedt.

Bovendien zeggen klachtencijfers op zich vrij weinig. Steunt een dalende klachtenregistratie op een reële evolutie of is ze het gevolg van een dalende aangifte? Is deze het gevolg van een dalend vertrouwen in de pvp, of stijgt de tevredenheid van de patiënten naar aanleiding van structurele verbeteringen volgend op een adequate processignalisering?

De evaluatie door Koel, R. e.a.⁴⁰ stelde zich primair als doel de concrete werking van het pvp-instituut te relateren aan de vier bovenvermelde uitgangspunten. De titel van het onderzoek laat ten onrechte vermoeden dat het om een echt evaluatie-onderzoek handelt. In het onderzoek werd namelijk de houding tegenover de pvp van enkele betrokken partijen nagegaan. Van een echte (neven)-effectmeting is geen sprake.

In het onderzoek werden uitgebreide interviews afgenomen van zowel patiënten, hulpverleners, pvp's, leden van patiëntenraden en directies van algemene psychiatrische ziekenhuizen. Uit de studie blijkt dat alle partijen over het algemeen van oordeel zijn dat de pvp zeer goed toegankelijk is, open staat voor alle klachten en steeds stelling neemt vanuit het perspectief van de patiënt. De meeste respondenten vinden deze uitgangspunten van het pvp-werk ook noodzakelijk.

Alleen het onafhankelijk statuut van de pvp en het uitgangspunt dat de pvp zicht steeds partijdig dient op te stellen, leveren weerstanden op. Medewerkers van ziekenhuizen (verpleegkundigen, behandelaars, afdelingshoofden en direc-

40. KOEL, R. e.a., o.c., 1987.

ties) staan ambivalent ten opzichte van deze principiële stellingname. Deze weerstand kan in vele gevallen verklaard worden door de onwil van de pvp om zijn handelen ondergeschikt te maken aan therapeutische overwegingen. Medewerkers komen vanuit hun 'behandelingsperspectief' op voor het belang van de patiënt (hierbij het bestwil-criterium hanterend) en lijken er veelal niet aan gewend dat de pvp vanuit een 'juridisch perspectief' het belang van de patiënt nastreeft. Behandelaars hebben het dan vooral over de therapeutische interferentie van de pvp in het behandelingsproces.⁴¹

Vermeldenswaard in dit verband is de vaststelling dat het patiëntenvertrouwenswerk in enkele gevallen een ongewenst neveneffect lijkt te hebben. Zowel door de pvp's als door een aantal ziekenhuismedewerkers werd er in de interviews spontaan op gewezen dat het geen uitzondering meer is dat naar aanleiding van een klachtenbemiddeling een procedure tot gedwongen opname wordt ingezet. Wanneer een 'vrijwillig' opgenomen patiënt zich met behulp van de pvp aan de behandeling wil onttrekken blijft er volgens sommige medewerkers weinig anders meer over dan een dwangopname.

De onderzoekers besluiten met de hoopgevende conclusie dat het patiëntenvertrouwenswerk in de praktijk lijkt te functioneren zoals het in theorie werd beoogd. Wie echter de theoretische uitgangspunten van het pvp-werk in een ruime analyse betreft, komt tot een meer bescheiden stellingname.

4.5. DE SYMBOLISCHE FUNCTIE VAN DE PVP

Opvallend is de onlosmakelijke band tussen de beperkte bevoegdheden van de individuele pvp (bemiddelen, niet behandelen van klachten) en de radicaal-partijdige positie die de pvp beweert in te nemen. Inderdaad werd de terecht vereiste onafhankelijkheid van de pvp al vrij vlug vertaald in een (met de patiënt) partijdige werking, waarbij de pvp geen selectie op het klachtenaanbod doorvoert en onvoorwaardelijk de plaats van de patiënt kiest. De pvp verlaat in zijn ombudsactiviteiten het harmoniemodel en accepteert binnen zijn conflictuele opstelling een beperkte bevoegdheid. De pvp bevindt zich daardoor hoedanook in een paradoxale situatie. Met een slechts zeer rudimentair uitgekristalliseerde regelgeving als ruggesteun wordt het patiëntenvertrouwenswerk in een onderhandelingspositie geduwd. Wil de pvp een bevredigende successcore in zijn bemiddelingspogingen halen, dan lijkt een goede relatie met zowel bestuur, hulpverleners als patiënten onontbeerlijk. Het conflictmodel dient dus iets gerelativeerd te worden. Dit blijkt overigens uit de stelling van Koel, R. e.a. dat hun onderzoek een tweetal mythes heeft ontkracht, namelijk: de mythe van de hulpverlener als boeman, en deze van de patiënt als querulant.⁴² De wederzijdse beeldvorming lijkt doorheen het bemiddelingsproces veel genuanceerder dan vaak gedacht. Het verzoenings-

41. Zie ook: VANHATTUM, F. en WIERSMA, A., 'Het patiëntenvertrouwenswerk geëvalueerd: een prikkel of een horzel in het vlees?', *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 1988, 7/8. Behandelaars hebben overigens de neiging zeer veel activiteiten als therapie te omschrijven, zodat er natuurlijk veel 'geïnterfereerd' kan worden.

42. Zie ook DONKER, M. e.a., 'Het patiëntenvertrouwenswerk geëvalueerd', *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 1988, 5, 528-541.

model is niet ver om de hoek.⁴³ Intra-organisatieel schijnt de pvp dan ook goed te functioneren. Andere geluiden horen we evenwel uit de hoek van concurrerende organisaties en bewegingen die hun machtspositie door de pvp enigszins aangetast of zelfs geneutraliseerd zien.⁴⁴ Vooral in de beginperiode ontlokten de pvp-activiteiten de nodige kritiek vanuit de patiëntenbeweging. De incidenten met de (patiënten)werkgroep *Terecht* kunnen dit illustreren. Ook de strikte boedelscheiding tussen de pvp en de onderscheiden patiëntenraden kan men hier situeren. De patiëntenraden houden zich met beperkte bevoegdheden en middelen, sedert de komst van de pvp alleen nog bezig met de collectieve belangenbehartiging van de bewoners terwijl de pvp zich vooral concentreert op individuele klachten.⁴⁵

Sedert 1984 isoleert de Stichting PVP zich zeer duidelijk. In het jaarverslag van 1984 lezen we dan ook dat het niet tot de taak van de pvp behoort om actie te voeren tegen handelingen die in de ogen van de Kliëntenbond misstanden zijn, maar waarover patiënten niet bij de pvp komen klagen.⁴⁶

De pvp heeft, mede door de getrapte klachtbemiddelingsprocedure, een sterke neiging om problemen en klachten in eerste instantie op organisatieniveau te verhalen.

Voor een stuk werkt deze praktijk legitimerend ten aanzien van de intramurale geestelijke gezondheidszorg als dusdanig. Vanuit deze optiek gezien stimuleert de pvp (wellicht onbedoeld?) de creatie van een normenconsensus binnen de inrichting, waardoor fundamentele reorganisaties binnen de geestelijke gezondheidszorg en/of fundamentele wetsherzieningen minder noodzakelijk lijken. Men zou dan ook kunnen stellen dat de pvp aan een zekere symbolische functie beantwoordt.⁴⁷

De pvp besteedt weinig tijd aan de informatie- en processignaliseringsopdracht. Slechts een fractie van de werktijd wordt gewijd aan processignalisering.⁴⁸ Deze fractie vertegenwoordigt een gamma aan onderwerpen waarrond nu en dan, eventueel in samenwerking van de patiëntenraad, actie wordt gevoerd. De wettelijke basis waarop gesteund kan worden is ontoereikend zodat vele inrichtingen veelvuldig recidiveren.⁴⁹

43. Dit blijkt ook uit een recente tekst van een medewerker van de Stichting PVP, waarin de 'expansiedrift van de nieuwe Stichting PVP' een waterval van casuïstiek heeft voortgebracht die het beeld dat de auteur van de psychiatrie had grondig heeft bijgekleurd. 'De good guys en de bad guys uit mijn wetswinkeltijd veranderen geleidelijk in patiënten en hulpverleners van vlees en bloed, mensen zoals u en ik, elk met hun problemen en onhebbelijkheden'. (LEGEMAATE, J., 'De professionalisering van de juridisering', *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 1989, 1, 104-105).

44. Zie b.v. POS, H., 'De PVP onder de loep', *Rechtshulp*, 1985, 10, 17-25.

45. Een recent onderzoek bracht aan het licht dat de patiëntenraden door de ziekenhuisorganisaties niet optimaal bij de beleidsvorming worden betrokken. Slechts in een gering aantal gevallen wordt hun advies gevraagd, meestal dan nog alleen in verband met het woon- en leefklimaat in de instelling (RIJKSCHROEFF, R. e.a., *Patiëntenraden in algemene psychiatrische ziekenhuizen*, Utrecht, NZR & LPR, 1988, 194).

46. Stichting PVP, *Jaarverslag 1984*, Utrecht, p. 16.

47. MILNER, N., 'The Symbols and Meaning of Advocacy', *International Journal of Law and Psychiatry*, 1986, 1, 1-18.

48. VAN BUSSCHBACH, J. e.a., *Uurwerk. De tijdsbesteding van de PVP's in de GGZ*, Utrecht, NGGV, 1987, 62.

49. KOEL, R. e.a., o.c., p. 97 e.v.

4.6. SMEEROLIE IN HET RADERWERK VAN DE PSYCHIATRISCHE INRICHTINGEN?

Men kan moeilijk ontkennen dat het pvp-concept voordelen inhoudt voor individuele patiënten. De pvp beantwoordt wel degelijk aan een reële behoefte onder psychiatrische patiënten. Men kan zich immers zeer gemakkelijk voorstellen dat vele patiënten niet of nauwelijks op de hoogte zijn van hun rechten en dat velen niet weten of, en waar ze met klacht terecht kunnen. Hier rechtvaardigt de individualiserende pvp-werking zich uiteraard.

Niettegenstaande de verworvenheden die de pvp heeft weten te realiseren zijn er toch een aantal kanttekeningen te maken. De geëigende werkmethodes van de pvp kanaliseren de stroom aan klachteninformatie en hebben voor het bestuur als belangrijk effect ondermeer een betere beheersbaarheid van kritiek. De pvp neemt steeds meer de kenmerken van een 'management'-instrument aan. Door de jaren lijkt de pvp bovendien stilaan een monopoliepositie op het vlak van klachtenbemiddeling te benaderen. Dit gegeven is des te belangrijker vanuit de vaststelling dat de overlapping tussen de organisatorische belangen van de instelling en deze van de pvp een grotere fractionering van de radicale patiëntenbeweging eerder versnelt dan vertraagt.⁵⁰ De Stichting PVP is immers institutioneel gekoppeld aan de inrichtingspsychiatrie en heeft dus vanuit een eigen organisatiestreven een belang bij de instandhouding van dit systeem. De koppeling van de Stichting als controlerende instantie aan zowel de intra- als de extramurale sector zou de onafhankelijke positie alleen maar ten goede komen.

De pvp maakt het leven in de psychiatrische inrichtingen draaglijker maar vergeet doorheen de praktijk het psychiatrische bedrijf als disciplinerend instituut in vraag te stellen. De pvp betekent in deze optiek weinig meer dan een correctief op de strikte medisch-psychiatrische logica.⁵¹ Door zijn concrete werking lijkt het er dan ook op dat de pvp de hegemonie van de intramurale sector in de geestelijke gezondheidszorg een iets vastere basis verschaft. De aanwezigheid van de pvp zelf legitimeert het loutere voortbestaan van de psychiatrische asielfunctie.

50. Illustratief voor deze fractionering en ideologische verschuiving binnen de patiëntenbeweging zijn volgende stellingnames die de cliëntenbond n.a.v. het patiëntencongres 'Psychiatrie in Werkelijkheid' heeft ingenomen. Het bestuur heeft het enerzijds over 'Overleg vraagt inschikkelijkheid, redelijkheid en met twee woorden spreken. En dat is niet onze kracht. Onze kracht is juist onze onredelijkheid, ons verzet en onze woede, die we hardop uiten', en anderzijds bij monde van haar voorzitter: 'Enerzijds streven wij naar een fundamentele verandering van de geestelijke gezondheidszorg en dat zou moeten betekenen dat wij elke activiteit, die gericht is op de humanisering van de huidige situatie moet afwijzen. Anderzijds hebben wij een grote verantwoordelijkheid ten opzichte van al die mensen die op dit moment gebruik moeten maken van de huidige voorzieningen. We kunnen het ons niet permitteren deze mensen in de kou te laten staan. Noodgedwongen zullen wij ons dus bezig houden met zowel het pleiten voor een nieuwe gezondheidszorg, als met de belangenbehartiging van de huidige en toekomstige cliënten'. (cit. in: RIJKSCHROEFF, R., *Ondersteuning van Participatie in de GGZ, Amsterdam, platform GGZ*, proefschrift, 1989, p. 13 en p. 11).

51. Vgl. – voor de Noordamerikaanse situatie – met ROSE, S. en BLACK, B., *Advocacy and Empowerment*, Boston, Routledge & Paul Kegan, 1985, 231.