

## Huisregels in de residentiële geestelijke gezondheidszorg. Orde op zaken gesteld.

M. NOTELTEIRS (voormalig onderzoeksmasterstudente aan de KU Leuven en (stagiair) advocate aan de balie te Brussel), T. OPGENHAFFEN (postdoctoraal onderzoeker aan het Instituut voor Sociaal recht, KU Leuven en vrijwillig medewerker aan het Instituut voor Familierecht en Jeugdrecht, KU Leuven)

**Huisregels in de geestelijke gezondheidszorg zijn een vorm van vrijheidsbeperking die weinig aandacht krijgt. Deze bijdrage gaat na of bestaande huisregels in de vrijwillige, gedwongen en forensische geestelijke gezondheidszorg overeenstemmen met de beginselen van legaliteit, legitimiteit en noodzakelijkheid. Hiervoor gaat deze bijdrage eerst aan de hand van een empirische analyse na hoe voorzieningen in huisregels omgaan met roesmiddelen, bezoek en communicatie, kamer- en bagagecontroles, uitgangsbependingen en vrijheidsbeperkende maatregelen. Vervolgens schetst deze bijdrage het beperkte juridische kader waarbinnen huisregels mogelijk zijn. De wetgever besteedt weinig aandacht aan huisregels waardoor de handelingsruimte van voorzieningen beperkt is. Binnen dit juridische kader worden de huisregels vervolgens getoetst aan vier criteria: [1] huisregels zijn orde-regels, [2] bevatten geen sancties, [3] zijn duidelijk, voorzienbaar en toegankelijk en [4] zijn noodzakelijk (i.e. subsidiair, proportioneel en pertinent). Veel bestaande huisregels voldoen niet aan deze voorwaarden. Het verdient de aanbeveling dat voorzieningen hun huisregels herevalueren. De wetgever wordt opgeroepen tot sturing bij het opstellen van huisregels en tot reflectie over een verruiming van de juridische ruimte voor huisregels in de zorg.**

1. Wie in een psychiatrisch ziekenhuis verblijft, moet zich aan huisregels houden. Deze huisregels verschillen per ziekenhuis en zijn vrijheidsbeperkend. Ondanks recente rapporten van Zorginspectie<sup>1</sup> en ontstelde reacties in de media over af luistering en beperkingen op het briefgeheim op forensisch psychiatrische afdelingen,<sup>2</sup> besteedt het recht weinig aandacht aan het toepassingsgebied en de invulling van huisregels. Deze bijdrage brengt hierin verandering door huisregels van psychiatrische ziekenhuizen te analyseren en te toetsen aan de beginselen van legaliteit, subsidiariteit en proportionaliteit. Deze beginselen worden ingevuld aan de hand van het mensenrechtenrecht en het (beperkte) nationale recht. Hiermee gaat deze bijdrage ten eerste in het algemeen na wat huisregels kunnen regelen, hoe ver ze hierin mogen gaan en hoe afdwingbaar ze zijn. Ten tweede beoordeelt ze of huisregels zoals ze in de praktijk geformuleerd worden hieraan voldoen.

2. Deze bijdrage bestaat uit drie delen. Het eerste deel benadert de huisregels vanuit de praktijk. Hiervoor werden onthaalbrochures en algemene reglementen van psychiatrische voorzieningen en afdelingsbrochures en afdelingsreglementen van afdelingen gespecialiseerd in psychozorg, verslavingszorg, psychogeriatrische ouderenzorg, zorg bij stemmings- en persoonlijkheidsproblemen en forensische zorg opgevraagd. Van de 31 psychiatrische ziekenhuizen (in de strikte zin) in Vlaanderen

<sup>1</sup> DEPARTEMENT WELZIJN, VOLKSGEZONDHEID EN GEZIN, *Beleidsrapport vrijheidsbeperkende maatregelen bij kinderen en jongeren in kinderspsychiatrische afdelingen van algemene en psychiatrische ziekenhuizen*, Brussel, Zorginspectie, 2017, [www.departementwvg.be/sites/default/files/media/documenten/2017\\_Zorginspectie\\_beleidsrapport\\_VBM.pdf](http://www.departementwvg.be/sites/default/files/media/documenten/2017_Zorginspectie_beleidsrapport_VBM.pdf) (consultatie 1 april 2019); zie ook het recente referentiekader voor forensische voorzieningen AGENTSCHAP ZORG EN GEZONDHEID, DEPARTEMENT WELZIJN VOLKSGEZONDHEID EN GEZIN, *Referentiekader forensische geestelijke gezondheidszorg*, Brussel, 2019 (consultatie 31 mei 2019).

<sup>2</sup> X., "Une internée attachée 13 semaines dans un centre à Zelzate", *La Libre Belgique* (édition nationale) 25 augustus 2018, 7 ; S. VANDERKERCKHOVE, "Instelling luistert haar patiënten af", *De Morgen* 21 augustus 2018, 1 ; X., "L'Agence flamande de la Santé se penche sur le traitement des internés du centre de Zelzate", *Le Soir* 21 augustus 2018, [www.lesoir.be](http://www.lesoir.be); X., "Une centre psychiatrique met ses patients sur écoutes", *La Dernière heure* 21 augustus 2018, [www.dhnet.be](http://www.dhnet.be); X., "Niet alleen privacyschending, ook te onveilige afzonderingen bij Levanta", *Het Laatste Nieuws/Gent-Wetteren -Lochristi* 23 augustus 2018, 14 ; V. BEEL, "Dertien weken vastgebonden, dat is uitzonderlijk lang", *De Standaard* 23 augustus 2018, [www.destandaard.be](http://www.destandaard.be); S. VAN DE VELDE, "Psychiatrisch Centrum Sint Jan-Baptist onder vuur in verslag Zorginspectie", *Het Nieuwsblad/Regionaal : Meetjesland-Leiestreek* 22 augustus 2018; A. PEUTEMAN, "Het is een wonder dat er nog geen doden zijn gevallen", *Knack* 29 augustus 2018, 42 ; T. PEETERS, "Jan De Varé, hoofdgeneesheer van Levanta : visionair of repressief psychiater?" *Knack* 24 augustus 2018, [www.weekend.levif.be](http://www.weekend.levif.be).

werden provinciaal gespreid 18 voorzieningen via mail aangeschreven.<sup>3</sup> Van 63 afdelingen gespreid over 12 voorzieningen werden documenten ontvangen.<sup>4</sup> Omdat deze documenten een overvloed aan informatie bevatten, die niet allemaal in één bijdrage te verwerken valt, ligt de nadruk op vijf vaak voorkomende thema's: [1] alcohol, drugs en andere middelen; [2] bezoek- en communicatie; [3] kamer- en bagagecontroles; [4] uitgangsbepkeringen en [5] vrijheidsbepkerkende maatregelen. Het tweede deel toetst de huisregels. Hiervoor wordt eerst de positie van huisregels binnen het Belgische recht geduid. Vervolgens wordt een toetsingskader ontwikkeld aan de hand van de beginselen van legaliteit, legitimiteit en noodzakelijkheid. Hieruit volgen in het derde deel aanbevelingen ten aanzien van de voorzieningen en de wetgever.

**3.** Voor aanvang verdienen vier verdere keuzes bijkomende toelichting. Ten eerste onderzoekt deze bijdrage **geschreven huisregels**. Ongeschreven regels die in een ziekenhuis gelden of ongeschreven afwijkingen en interpretaties van de regels blijven voor deze benadering onzichtbaar.

Ten tweede staat een **kwantitatieve benadering** voorop. Deze bijdrage gaat na *wat* er in huisregels staat, niet *hoe vaak* dit zo is. Bij het opvragen van de data werd naar zo veel mogelijk variatie toegevoerd, zonder dat de data representatief zijn.<sup>5</sup> Deze variatie werd overigens ook gevonden. De mate waarin en de wijze waarop voorzieningen beperkingen regelen, blijkt sterk verschillend. Naast uitvoerige en gedetailleerde huisregels, bestaan er ook beknopte varianten.

Ten derde zijn de bevroegde afdelingen **gespecialiseerd** van aard. Hoewel een keuze voor algemene afdelingen ook mogelijk was, verwachtten we met een benadering via specifieke afdelingen meer gevarieerde informatie. Deze keuze heeft gevolgen voor wat uit deze bijdrage kan worden afgeleid: waar de juridische analyse algemeen toepasbaar is, beperkt de empirische informatie en de toets zich tot bepaalde afdelingstypes. Binnen de gespecialiseerde afdelingen werd ervoor gekozen om de kinderen jeugdafdelingen niet te behandelen. Gelet op specifieke wils- en handelingsbekwaamheidsvraagstukken en mogelijk pedagogische motieven is hun rechtspositie immers andersoortig.

Tot slot behandelt dit onderzoek de **vrijwillige, gedwongen én forensische zorg**. Aan de empirische zijde beantwoordt dit aan een realiteit waarbij deze verschillende doelgroepen samen op één afdeling verblijven en aan dezelfde huisregels onderworpen worden.<sup>6</sup> Dit geldt in het bijzonder voor vrijwillige en gedwongen patiënten, die – op enkele kleine uitzonderingen inzake bewegingsvrijheid na – in de praktijk dezelfde huisregels moeten naleven.<sup>7</sup> Het onderscheid met forensische patiënten is groter, althans voor zover ze op een specifieke forensische afdeling verblijven. Zij zijn vaak aan andere en strengere huisregels gehouden. Aan de juridische zijde is het een interessante vraag hoe ze rechtspositioneel verschillen en hoe dit een impact heeft op de huisregels. Juridisch zijn de verschillende doelgroepen op twee wijzen anders. [1] Waar de vrijwillige patiënt een overeenkomst aangaat met de

---

<sup>3</sup> DEPARTEMENT WELZIJN, VOLKSGEZONDHEID EN GEZIN, *Psychiatrische ziekenhuizen. Adresgegevens. Overzicht met vermelding van uitbatingplaatsen*, Brussel, Agentschap Zorg en Gezondheid, 2016, [https://www.zorg-en-gezondheid.be/sites/default/files/external/p\\_v\\_i\\_im\\_026\\_e103\\_overzicht%20psychiatrische%20ziekenhuizen%20met%20vermelding%20van%20uitbatingplaatsen.pdf](https://www.zorg-en-gezondheid.be/sites/default/files/external/p_v_i_im_026_e103_overzicht%20psychiatrische%20ziekenhuizen%20met%20vermelding%20van%20uitbatingplaatsen.pdf) (consultatie 4 juni 2019).

<sup>4</sup> De huisregels van 13 afdelingen voor psychozorg (code : P\_PSY), 12 afdelingen voor verslavingszorg (code : P\_VER), 17 afdelingen voor psychogeriatrische ouderenzorg (code : P\_OUD), 9 afdelingen voor stemmings- en persoonlijkheidsproblemen (code : P\_PER) en 12 afdelingen forensische afdelingen (code : P\_FOR). Ook 13 algemene reglementen of infobrochures (code P\_ALG) werden opgenomen.

<sup>5</sup> Zie o.m. M.N. MARSHALL, "Sampling for Qualitative Research", *Family Practice* 1996, 523-524; D. MORTELMANS, *Handboek kwalitatieve onderzoeksmethoden*, Leuven, Acco, 2013, 156-157 en 183-185. 1; Hoogstens gebruikt deze bijdrage algemene denominatoren (bv. soms, eenmalig, vaak, regelmatig, steeds).

<sup>6</sup> K. ROTTHIER en M. SERVAES, *Gedwongen opname van de geesteszieke. Handleiding bij de Wet Persoon Geesteszieke*, Brugge, die Keure, 2012, 309-311.

<sup>7</sup> Zie voor een gelijkaardige vaststelling in Nederland: J. LEGEMAATE, *De rechtspositie van de vrijwillig opgenomen psychiatrische patiënten*, Arnhem – Gouda, Quint, 1991, 22.

voorziening en daarbij de huisregels aanvaardt – hetzelfde geldt o.i. ook voor geïnterneerden die vrij zijn op proef – worden de huisregels bij gedwongen opgenomen patiënten en geïnterneerde patiënten die in de voorziening geplaatst zijn, opgedrongen. [2] Met specifieke statuten gaan specifieke regels gepaard: de Wet bescherming persoon geesteszieke<sup>8</sup> en de Interneringwet<sup>9</sup>. Deze specifieke regels kunnen een impact hebben op wat huisregels kunnen regelen.

## 1. De huisregels vanuit de praktijk bekeken

4. Het eerste onderdeel beschrijft hoe in psychiatrische ziekenhuizen het privéleven en de bewegingsvrijheid in de huisregels geregeld zijn. Eerder dan een exhaustieve beschrijving, gaan we in op enkele vaak weerkerende beperkingen: [1] het bezit en gebruik van middelen, [2] het bezoek en gebruik van communicatiemiddelen, [3] kamer- en bagagecontroles, [4] uitgangsbeperkingen en [5] vrijheidsbeperkende maatregelen.

### 1.1. Alcohol, drugs en andere middelen

5. Beperkingen op drugs, alcohol en andere middelen nemen een centrale plaats in. Ze worden vaak, maar niet altijd<sup>10</sup>, in detail geregeld. In wat volgt komen [1] de beperking zelf, [2] de controlemogelijkheden en de [3] gevolgen bij betrapping aan bod.

6. **De beperking.** Bijna alle huisregels bevatten een verbod op het gebruik van zowel verboden middelen (drugs), als van in de samenleving toegelaten middelen (vb. alcohol<sup>11</sup>, energydrinks<sup>12</sup>). Ook op het gebruik van koffie gelden soms beperkingen.<sup>13</sup> Verder worden af en toe ook voedingswaren of bereidingen met alcohol gebannen.<sup>14</sup> De beperkingen gelden vaak ook wanneer de patiënt de voorziening verlaat tijdens uitgangen of weekends.<sup>15</sup>

---

<sup>8</sup> Wet 26 juni 1990 betreffende de bescherming van de persoon van de geesteszieke, BS 27 juli 1990 (hierna : WBPG).

<sup>9</sup> Wet 5 mei 2014 betreffende de internering, BS 9 juli 2014 (hierna: interneringwet).

<sup>10</sup> **P\_PSY\_INF\_02\_1** "Drugs, alcohol, gebruik van eigen medicatie (...) heeft een beleid uitgewerkt rond het 'gebruik' van legale en illegale middelen. Uw persoonlijk begeleider zal u hierover toelichten."

<sup>11</sup> Bv. **P\_OUD\_INF\_10** "Het gebruik van alcohol en drugs op de afdeling is niet toegestaan. Deze producten zullen afgenomen en vernietigd worden."; **P\_PER\_INF\_03\_1** "Gebruik van alcohol en drugs op de afdeling is niet toegestaan. Deze producten zullen afgenomen en vernietigd worden. Sancties worden in overleg met psychiater toegepast."; **P\_PSY\_INF\_01** "Gebruik van alcohol en drugs op de afdeling is niet toegestaan. Deze producten zullen afgenomen en vernietigd worden."

<sup>12</sup> Bv. **P\_VER\_INF\_07** "Alle energiedranken met grote hoeveelheid cafeïne en taurine; Alcoholvrije aperitieven, wijnen en bieren. vb. Stassen, Jupiler NA Pralines en voeding bereid met alcohol. vb. Stoofvlees, tiramisu, ... Ook deze bovenstaande middelen zijn tijdens opname verboden omwille van de aanwezigheid van schadelijke stoffen (bv. taurine) en mogelijks ongunstige effecten op de gezondheid (bv. hartritme stoornissen bij veelvuldig gebruik van energiedranken) of omwille van de aanwezigheid van restanten of kleine hoeveelheden alcohol."; **P\_FOR\_REG\_01\_2** "Alle vormen van pepdranken zijn, net zoals alcohol, verboden!"

<sup>13</sup> Bv. **P\_VER\_INF\_04** "Op (...) is er de ganse dag koffie te verkrijgen. We adviseren wel om geen koffie meer te drinken na het avondeten. (omwille van het effect op de slaap). OPLOSKOFFIE is NIET toegestaan op de afdeling."

<sup>14</sup> Bv. **P\_VER\_REG\_08** "Opgelet: Bepaalde verzorgingsproducten, voedingswaren en bereidingen bevatten soms kleine hoeveelheden alcohol. (bv. azijn) Ook het gebruik van energiedranken kan een positief blaasresultaat geven. Het gebruik van deze producten wordt afgeraden. Bij positieve ademtest ten gevolge van deze producten geldt ook punt 8."; **P\_VER\_INF\_07** "Alcoholvrije aperitieven, wijnen en bieren. vb. Stassen, Jupiler NA Pralines en voeding bereid met alcohol. vb. Stoofvlees, tiramisu, ... Ook deze bovenstaande middelen zijn tijdens opname verboden omwille van de aanwezigheid van schadelijke stoffen (bv. taurine) en mogelijks ongunstige effecten op de gezondheid (bv. hartritme stoornissen bij veelvuldig gebruik van energiedranken) of omwille van de aanwezigheid van restanten of kleine hoeveelheden alcohol."

<sup>15</sup> Bv. **P\_VER\_INF\_04** "Alle gebruik van illegale drugs (inclusief cannabis!) en alcohol is NIET toegestaan noch op de afdeling, noch op de ziekenhuiscampus maar ook niet tijdens uitgangen en weekends"; **P\_PSY\_INF\_05\_1** "Het gebruik van alcohol, drugs of niet voorgeschreven medicatie is ten strengste verboden tijdens je behandeling in het ziekenhuis. Ook wanneer je het ziekenhuis verlaat is het gebruik af te raden, o.a. omdat het de werking van de voorgeschreven medicatie kan tegenwerken of teveel versterken."

Ook het gebruik van niet (door de voorziening) voorgeschreven medicatie is in de meeste voorzieningen en afdelingen afgeraden<sup>16</sup> of verboden<sup>17</sup>. Meestal wordt gevraagd om geen medicatie van thuis mee te nemen of tijdens de opname zelf te kopen. Deze medicatie moet worden afgegeven en wordt teruggegeven bij ontslag.<sup>18</sup>

Tot slot wordt roken in alle ziekenhuizen verboden, althans in de gebouwen.<sup>19</sup> Dit is in lijn met het rookverbod in ziekenhuizen zoals vastgelegd in de wet.<sup>20</sup> Enkele documenten maken gewag van (buiten)ruimtes waar roken wel is toegestaan.<sup>21</sup>

**7. De controle.** Vaak gaan de beperkingen gepaard met controles. Hoe dit gebeurt is niet steeds even duidelijk.<sup>22</sup> Voorzieningen die de controlemogelijkheden uitwerken, vermelden onder meer kamer-, bagage-, en voertuigcontroles en de mogelijkheid tot foullering.<sup>23</sup> Ook ademtesten en het afleveren van een urinestaal komen voor.<sup>24</sup> Verder wordt er in enkele afdelingen – vooral afdelingen met een zorgaanbod voor verslavingsproblematiek – een beroep gedaan op medecontrole door de patiënten zelf, in de vorm van een meldingsplicht.<sup>25</sup>

Het moment waarop en de omstandigheden waarin controles kunnen plaatsvinden, wordt zelden gespecificeerd. Zo stellen de huisregels van een forensische afdeling dat controles ‘regelmatig’ plaatsvinden.<sup>26</sup> Vaak is er geen aanleiding vereist. Op één van de afdelingen vinden de controles bijvoorbeeld op maandag en donderdag plaats.<sup>27</sup>

Tot slot geven sommige huisregels aan wat er gebeurt wanneer een controle geweigerd wordt. Een weigering wordt meestal in het nadeel van de patiënt geïnterpreteerd,<sup>28</sup> en gaat vaak gepaard met

---

<sup>16</sup> Bv. **P\_OUD\_INF\_10** “Neem enkel medicatie die is voorgeschreven door je behandelende arts of psychiater”; **P\_ALG\_REG\_03** “We vragen u enkel die medicatie bij te hebben en te gebruiken die door een arts van het ziekenhuis werd voorgeschreven.”

<sup>17</sup> Bv. **P\_OUD\_INF\_09**: “De voorgeschreven medicatie wordt via de apotheek van het ziekenhuis besteld en geleverd. Medicatie mag u niet op eigen initiatief innemen en mag u ook niet van thuis meebrengen naar de zorgeenheid. Voor uw veiligheid bewaren we de nodige medicatie in de apotheek van de zorgeenheid. Medicatie wordt toegediend onder toezicht van een zorgverlener.”

<sup>18</sup> Bv. **P\_PER\_INF\_03\_1** “Medicatie die je van thuis meeneemt of die je zelf koopt tijdens je opname, geef je mee aan familie of aan de verpleging. Indien wij jouw medicatie bewaren, krijg je deze terug bij ontslag.”; **P\_PER\_INF\_04** “Thuismedicatie geeft u bij opname in bewaring aan de verpleging. Bij ontslag krijgt u ze terug.”

<sup>19</sup> Bv. **P\_OUD\_INF\_06\_2** “Roken is enkel toegelaten op het terras.”

<sup>20</sup> Wet 22 december 2009 betreffende een regeling voor rookvrije plaatsen en ter bescherming van de bevolking tegen tabaksrook, BS 29 december 2009.

<sup>21</sup> Bv. **P\_VER\_INF\_03\_2** “Op de afdeling beperken we het roken tot één ruimte, nl. het rooklokaal. Je mag er roken tussen 20.30u. 's avonds en 07.00u. 's morgens. Overdag kan je roken in de afdelingstuin.”; **P\_PER\_INF\_04** “Roken is toegestaan in de rookplaats, in de binnentuin en in de rookplaats in de centrale inkomhal. Verder geldt een algemeen rookverbod (binnen).”

<sup>22</sup> Bv. **P\_VER\_INF\_02\_a** “Bij opname en gedurende uw behandeling is controle op het bezit of het gebruik van alcohol, extra medicatie of drugs te allen tijde mogelijk.”; **P\_OUD\_REG\_07\_3** “Controle op gebruik en bezit van drugs of alcohol is altijd mogelijk. Bij overtreding volgen maatregelen vastgelegd in procedures.”

<sup>23</sup> Bv. **P\_VER\_REG\_08** “U laat toe dat uw persoonlijke bagage, uw slaapkamer en uw persoonlijke wagen zullen doorzocht worden op de aanwezigheid van medicatie, drank of drugs.”; **P\_VER\_INF\_06** “De verpleegkundigen kunnen op ieder moment een kamercontrole uitvoeren, evenwel steeds in jouw aanwezigheid. Bij het aantreffen of bij het in bezit zijn van verslavende middelen zal het team verdere afspraken maken met jou. Dit kan leiden tot ontslag.”

<sup>24</sup> **P\_PER\_INF\_06\_1** “Bij vermoeden van verboden middelengebruik kunnen we je vragen een ademtest af te leggen of een urinestaal af te leveren. Wanneer je een urinestaal niet binnen de vier uur levert, beschouwen we dit als een positieve test. Het weigeren van een test wordt beschouwd als een positieve test.”; **P\_VER\_REG\_08** “U moet elke keer een ademtest afleggen dadelijk na terugkomst.”

<sup>25</sup> **P\_OUD\_INF\_10** “Help ons om de afdelingen drugs- en middelenvrij te houden. Meld (vermoedens van) gebruik van middelen aan een hulpverlener.”; **P\_VER\_INF\_07** “Als ‘medepatiënt’ neem je tevens verantwoordelijkheid op voor het creëren van een constructief milieu. Een omgeving waarin je elkaar op een opbouwende wijze ondersteunt in het werken aan verbetering van levenskwaliteit. Deze engagementen betekenen dat je accepteert ‘meldingsplicht’ te hebben wanneer je weet hebt van gebruik door één van de patiënten. Concreet adviseren we jou volgende stappen te zetten: • ev. kun je ter voorbereiding van je gesprek met de patiënt in kwestie, de steun van een groepslid vragen.”

<sup>26</sup> **P\_FOR\_INF\_03\_3** “Daarom worden regelmatig onaangekondigde tests afgenomen (urinestaal, ademtest).”

<sup>27</sup> **P\_PSY\_REG\_07** “Testing gebeurt 2 keer per week (op maandag en donderdag) gedurende 2 weken. Indien de testings altijd negatief zijn, kan het team eventueel besluiten om de testings te stoppen. Dit gebeurt niet indien er vermoeden is dat de patiënt toch zal gebruiken. De eerste 2 weken is de uitgang afhankelijk van het toestandbeeld van de patiënt, dus niet afhankelijk van de testresultaten.”

<sup>28</sup> **P\_PER\_INF\_06\_1** “Bij vermoeden van verboden middelengebruik kunnen we je vragen een ademtest af te leggen of een urinestaal af te leveren. Wanneer je een urinestaal niet binnen de vier uur levert, beschouwen we dit als een positieve test. Het weigeren van een test wordt beschouwd als een positieve test.”

sancties. Zo vermeldt een afdelingsbrochure van een afdeling voor patiënten met persoonlijkheidsproblemen dat controle te allen tijde mogelijk is en bij weigering de (niet uitgevoerde) test automatisch als positief beschouwd zal worden.<sup>29</sup> De toepassing van (fysieke) controles onder dwang komt in geen van de huisregels aan bod.

**8. De gevolgen.** Wanneer het middelenbeleid niet wordt nageleefd, voorzien heel wat voorzieningen ‘sancties’.<sup>30</sup> Welke sancties dit zijn, wordt niet altijd expliciet aangegeven. Ze worden bijvoorbeeld in overleg met de psychiater<sup>31</sup> of in een teamoverleg bepaald.<sup>32</sup>

De stopzetting van de behandeling en het ontslag is het vaakst genoemde gevolg.<sup>33</sup> Naast ontslag worden ook beschermingsmaatregelen en vrijheidsbeperkende maatregelen genoemd.<sup>34</sup> Daarnaast wordt ook de overplaatsing naar een afdeling voor middelenmisbruik genoemd.<sup>35</sup> Ook beperkingen op de ‘internetvrijheid’ of inhoudingen op het zakgeld zijn mogelijke sancties.<sup>36</sup> Verder worden ontdekte middelen vaak afgenomen en vernietigd.<sup>37</sup> De overtreding van het rookverbod wordt soms financieel gesanctioneerd via de ziekenhuisfactuur.<sup>38</sup>

Het valt op de gevolgen vaak strenger zijn en duidelijker omschreven worden op verslavingsafdelingen. Het gebruiken of binnenbrengen van middelen op de afdeling leidt er vaak tot onmiddellijk ontslag.<sup>39</sup> Op één van de afdelingen leidt gebruik tot een beschermingsmaatregel waardoor men zeven dagen op het domein moet blijven.<sup>40</sup> In een ander afdelingsreglement worden de sancties heel uitgebreid beschreven. Er wordt voor elk middel een onderscheid gemaakt naargelang het gebruik zelf gemeld wordt en de hoeveelste keer het gebruik voorvalt. Sancties variëren van een ‘time-in’ tot een ‘time-out’ en ontslag.<sup>41</sup>

---

<sup>29</sup> **P\_PER\_INF\_06\_1** “Op willekeurige tijdstippen worden toxicologische onderzoeken (ademtest, urinetest, labo) uitgevoerd. Je krijgt hier telkens vier uur tijd voor. Het niet tijdig afleveren van een staal wordt als een positieve test beschouwd. Bij een positieve test blijf je twee dagen op de afdeling om een aantal opdrachten te verwerken. Tijdens de teamvergadering worden verdere afspraken gemaakt. Laboresultaten kun je niet betwisten.”.

<sup>30</sup> **P\_VER\_INF\_03\_1** “Bij een positieve ademtest wordt gevraagd om op je kamer te blijven tot het moment van een negatieve blaastest. In het team wordt dan beslist wat de verdere gevolgen zijn van het alcoholgebruik.”.

<sup>31</sup> **P\_PER\_INF\_03\_1** “Gebruik van alcohol en drugs op de afdeling is niet toegestaan. Deze producten zullen afgenomen en vernietigd worden. Sancties worden in overleg met psychiater toegepast.”.

<sup>32</sup> **P\_PER\_INF\_06\_1** “Bij positieve test wordt in team de verder behandeling besproken en er wordt een advies gegeven.”.

<sup>33</sup> **P\_ALG\_REG\_06** “Bij aanhoudend misbruik binnen de instelling, kan de behandeling stopgezet worden en de patiënt ontslagen.”.

<sup>34</sup> **P\_ALG\_REG\_06**: “Voor patiënten die met een beschermingsmaatregel zijn opgenomen, kunnen bijkomende vrijheidsbeperkende maatregelen genomen worden.”.

<sup>35</sup> **P\_PER\_INF\_06\_1** “Bij positieve test wordt in team de verder behandeling besproken en er wordt een advies gegeven. Dit kan leiden tot vrijtijdsverlies en mutatie naar een afdeling die je helpt bij de behandeling van je middelenmisbruik.”.

<sup>36</sup> **P\_FOR\_REG\_03\_2** “Als gevolg van een drugstatuut na gebruik : ‘1u internetvrijheid per dag. Je spreekt dit uur af met de begeleiding.”.

<sup>37</sup> **P\_PSY\_REG\_07** “Op de afdeling wordt het bezit van alcohol en drugs niet toegelaten. Bij vermoeden van het binnen brengen van deze middelen kan men gefouilleerd worden. In beslag genomen drugs worden naar de centrale apotheek gebracht en daar vernietigd. Indien er alcohol wordt gevonden zal dit op de afdeling in bijzijn van de patiënt worden vernietigd.”; **P\_VER\_REG\_08** ‘Extra medicatie, alcoholische drank en drugsmiddelen worden in beslag genomen en vernietigd.’; **P\_PER\_INF\_03\_1** “Gebruik van alcohol en drugs op de afdeling is niet toegestaan. Deze producten zullen afgenomen en vernietigd worden. Sancties worden in overleg met psychiater toegepast.”.

<sup>38</sup> **P\_PER\_INF\_03\_1** “Bij overtreding van deze regel krijg je eerst een schriftelijke waarschuwing, bij herhaalde inbreuken zal er een boete worden aangerekend via de ziekenhuisfactuur.”; **P\_ALG\_INF\_07** “Bij vaststelling van overtredingen op dit rookverbod worden volgende maatregelen toegepast: Een schriftelijke verwittiging bij eerste vaststelling; Het aanrekenen van 50 euro bij een tweede vaststelling voor herstelling van geleden schade (schilderwerken, linnen, gordijnen). De verrekening gebeurt via uw individuele factuur; Het aanrekenen van 100 euro per maand verrekend via de factuur bij volgende vaststellingen eveneens ter compensatie van de geleden schade.”.

<sup>39</sup> Bv. **P\_VER\_INF\_04** “Gebruik of bezit van middelen op de afdeling kan leiden tot onmiddellijk ontslag uit het ziekenhuis!”; **P\_VER\_INF\_05\_a** “Het gebruiken of binnenbrengen van middelen op de afdeling/domein zal onmiddellijk leiden tot ontslag.”

<sup>40</sup> **P\_VER\_INF\_05\_a** “Na gebruik moet u op het domein blijven totdat het gebruik binnen het team besproken is. Op indicatie kan er afgeweken worden van de beschermingsregel om na gebruik zeven dagen op het domein te blijven. Sowieso hanteren we een regel van minimum twee dagen na gebruik binnen blijven, dit ter bescherming en om het verslavingsgedrag te couperen.”

<sup>41</sup> **P\_VER\_INF\_07** “Regels en afspraken: Gebruik van middelen (alcohol, drugs, niet voorgeschreven medicatie, energiedranken) . Bij zelf melden: 1e keer: GA; 2e keer: GA; 3e keer: Time-in; 4e keer: Time-out; 5e keer: Ontslag. Bij te laat melden (d.w.z. niet onmiddellijk melden of melden na advies van groepsleid): 1e keer: GA; 2e keer: Time-in; 3e keer: Time-out; 4e keer: Ontslag. Bij betrappen: 1e keer: GA; 2e keer: Time-in; 3e keer: Time-out; 4e keer: Ontslag. Heropnamevoorwaarden: crisiszorg en fase 1: 6 weken; fase 2: 18 weken.”.

## 1.2. Bezoek en communicatie

9. Ook de sociale contacten van patiënten worden in de huisregels systematisch beperkt. Drie aspecten komen aan bod: [1] afspraken rond bezoek, [2] beperkingen op communicatiemiddelen zoals gsm's en het gebruik van de voorzieningstelefoon en [3] beperkingen op intieme relaties.

10. **Bezoek.** In elke voorziening worden afspraken gemaakt rond bezoek en in alle gevallen zijn er vaste bezoektijden.<sup>42</sup> Tijdens de week is bezoek meestal 's avonds mogelijk gedurende een tweetal uur. In het weekend is bezoek vaak in de namiddag mogelijk. Sommige voorzieningen staan individuele uitzonderingen toe wanneer de bezoeken niet haalbaar zijn.<sup>43</sup>

Naast bezoektijden zijn er meestal ook afspraken over waar het bezoek ontvangen kan worden. Soms wordt bijvoorbeeld gevraagd om indien mogelijk met bezoekers de afdeling te verlaten<sup>44</sup> of om de gezinsruimte te gebruiken.<sup>45</sup> Andere voorzieningen vragen om geen bezoek te ontvangen in de leefruimte of in tweepersoonskamers.<sup>46</sup> Ook bezoek op de eigen (eenpersoons)kamer wordt soms verboden.<sup>47</sup>

Slechts uitzonderlijk wordt het bezoek tot bepaalde personen beperkt. Op een van de afdelingen voor patiënten met nood aan verslavingszorg, wordt enkel bezoek van familie en steunfiguren toegelaten.<sup>48</sup> Gangbaar is wel het verbod om bij medepatiënten op bezoek te gaan.<sup>49</sup>

Op forensische afdelingen gaan bezoekregelingen vaak verder, in het bijzonder door bezoekers te screenen. Zo bepaalt een afdelingsbrochure dat elke bezoeker "bonafide" moet zijn. Dit wordt beoordeeld door een voorafgaand gesprek met de begeleiding, een kort bezoek van 30 minuten onder begeleiding en een nagesprek met de behandelende arts.<sup>50</sup> Wanneer bezoekers geld of materiële zaken meenemen, moeten ze dit melden.<sup>51</sup> Op een andere forensische afdeling zijn de regels nog strikter. Elk bezoek moet worden aangevraagd en wordt voorafgegaan door een screening. Het medisch team beoordeelt of een bezoek kan doorgaan en bepaalt de voorwaarden. Het eerste bezoek vindt steeds onder begeleiding plaats.<sup>52</sup> Verder zijn er heel wat restricties. Zo is het aantal bezoekers gelimiteerd tot

<sup>42</sup> P\_OUD\_INF\_10 "Bezoekmoment: Maandag - Vrijdag 16u30 – 18u / 18u30 – 20u. Weekend – feestdag: 14u – 18u/18u30 – 20u."

<sup>43</sup> P\_OUD\_INF\_08 "Wij hebben alle begrip voor familie die zich om bepaalde redenen niet kan houden aan de vooropgestelde bezoeken. Er kan altijd contact opgenomen worden met de afdeling om ev. uitzonderingen te bespreken."

<sup>44</sup> P\_OUD\_INF\_10 "Tracht indien mogelijk met je bezoek de afdeling te verlaten. Je kan met jouw bezoekers tijdens de bezoeken terecht in de cafetaria of in de tuin. Is dit niet mogelijk, zoek dan met je bezoekers je eigen kamer op."

<sup>45</sup> P\_ALG\_INF\_06 "Er is een gezinsruimte speciaal voor ouders en kinderen. De (...) is een huiselijke leefruimte waar ouders met hun kinderen in alle privacy samen kunnen zijn. Deze ruimte bevindt zich op de eerste verdieping van gebouw 3. U kunt deze ruimte reserveren op woensdagnamiddag, op weekavonden en in het weekend. Meer informatie vindt u bij de begeleiding van uw zorgeenheid."

<sup>46</sup> P\_VER\_INF\_03\_1 "Tracht, indien mogelijk, met je bezoekers de afdeling te verlaten. Is dit niet mogelijk, ontvang je bezoekers dan in de bezoekersruimte of op je eigen kamer. Om privacy redenen vragen we je geen bezoek te ontvangen op een tweepersoonskamer."; P\_ALG\_REG\_06 "Om de privacy van andere patiënten te respecteren, vragen wij geen bezoek te ontvangen op meerpersoonskamers en in de leefruimte van de zorgeenheid."

<sup>47</sup> P\_VER\_INF\_04 "Het bezoek heeft geen toegang tot de slaapkamers en de binnentuinen. Bezoek op de afdeling kan dus enkel in de bezoekersruimte."

<sup>48</sup> P\_VER\_INF\_04 "Er is enkel bezoek van familie of belangrijke steunfiguren toegelaten."

<sup>49</sup> P\_VER\_INF\_04 "Bezoek van patiënten van andere eenheden van (...) of andere afdelingen van het ziekenhuis worden op de eigen eenheid niet toegestaan."

<sup>50</sup> P\_FOR\_INF\_01\_2 "Iedere bezoeker die langskomt op de afdeling, dient bonafide te zijn. Dit houdt in dat de begeleiding met de kandidaat bezoeker vooraf een gesprek heeft. Nadien kan een kort bezoek van 30 minuten onder begeleiding voorzien worden. De bevindingen van dit gesprek worden besproken met de behandelend geneesheer. Pas dan wordt beslist of iemand bonafide is of niet."

<sup>51</sup> P\_FOR\_INF\_01\_2 "Indien bezoekers materiële zaken of geld meebrengen, dienen ze dit aan begeleiding te melden."

<sup>52</sup> P\_FOR\_INF\_03\_1 "Voor elk bezoek dient er steeds minstens één week op voorhand een afspraak te worden gemaakt met de maatschappelijk werker. Zij zal in samenspraak met het bezoek de meest geschikte dag zoeken en de afspraak vastleggen."; "Jouw bezoek heeft, voor jullie elkaar ontmoeten, een gesprek met de maatschappelijk werker. We noemen dat een 'bonafidegesprek'. Wij doen dit om na te gaan wie je bezoek is, waarom deze mensen op bezoek komen en wat onze indruk is van het bezoek (zijn deze mensen ondersteunend, willen ze zich aan onze afspraken houden?)."; Bezoekers die zich niet kunnen identificeren aan de hand van een geldig identiteitsbewijs worden

drie (uitgezonderd kinderen), zijn gsm's verboden en moet de bezoeker (o.w.v. brandveiligheid) zijn identiteitskaart in bewaring te geven.<sup>53</sup> Een bezoeker mag ook slechts vijf producten meenemen (in originele en gesloten verpakking).<sup>54</sup> Tot slot is er een metaaldetector en hangen er camera's in de bezoekerzaal.<sup>55</sup> Volgens een andere infobrochure is het mogelijk om bij verdachtmaking de bagage van een bezoeker te doorzoeken.<sup>56</sup> Op een andere afdeling zijn minderjarigen, slachtoffers en medepatiënten niet welkom.<sup>57</sup>

**11. Communicatiemiddelen.** In bijna alle voorzieningen zijn er regels over het gsm-gebruik of het gebruik van de afdelingstelefoon.<sup>58</sup> Vaak zijn gsm's niet toegelaten en mag enkel de telefoon van de voorziening gebruikt worden.<sup>59</sup> Het gebruik ervan is aan beperkingen gebonden. Deze kunnen gaan van het respecteren van bepaalde uren<sup>60</sup>, tot beperkingen op het aantal gesprekken en het vooraf aanvragen ervan. Zo laten de huisregels van een afdeling voor verslavingszorg maar drie telefoongesprekken per week toe en dit beperkt tot drie contactpersonen. Voor patiënten met kinderen, kan dit uitgebreid worden tot één gesprek per dag met de kinderen.<sup>61</sup> Is het gebruik van een eigen gsm wel toegestaan, dan gelden er meestal eveneens regels. Ook hier gaat het vaak over tijdstippen waarop er gebeld mag worden.<sup>62</sup> Sommige voorzieningen gaan verder en formuleren gedragsregels en regels rond financiële draagkracht.<sup>63</sup>

---

nooit toegelaten op de afdeling. Vervolgens beslist het team of je bezoek al dan niet mag blijven komen en eventueel onder welke voorwaarden."; "Het eerste bezoek start altijd onder begeleiding. Op termijn kan bezoek zonder begeleiding mogelijk worden, mits een correcte aanvraag en een positieve beslissing van het multidisciplinair team."

<sup>53</sup> **P\_FOR\_INF\_03\_1** "Het aantal bezoekers is beperkt tot maximaal 3, uitgezonderd kinderen."; "Er worden geen gsm's toegelaten op de afdeling."; "In het kader van brandveiligheid en andere evacuatie-noodzaak wordt de identiteitskaart van de bezoekers in bewaring genomen op de verpleegpost. Zo weten wij onmiddellijk wie zich op de afdeling bevindt."

<sup>54</sup> **P\_FOR\_INF\_03\_1** "Meebrengen van materiaal, tabak, eten, drinken, ... gebeurt altijd in voorafgaand overleg met je maatschappelijk werker. De producten dienen in de originele en gesloten verpakking te zitten en zullen samen met de begeleiding gecontroleerd worden. Er mogen maximaal 5 producten per bezoek meegenomen worden."

<sup>55</sup> **P\_FOR\_INF\_01\_3** "Bezoek zal bij het binnenkomen door een metaaldetector lopen. In de bezoekerzaal is tevens camerabewaking. Lockers worden voorzien."

<sup>56</sup> **P\_FOR\_INF\_02\_2** "Bezoek dient zich altijd aan te melden via de verpleging. We vragen aan bezoekers om hun identiteitskaart te tonen en we vragen welke band ze hebben met jou (buurman, familie, vriend...). Bagagecontrole kan worden uitgevoerd bij verdachtmaking."

<sup>57</sup> **P\_FOR\_INF\_04** "Patiënten van andere afdelingen kunnen niet op bezoek komen. Ook minderjarige bezoekers en slachtoffers zijn niet toegelaten op de afdeling."

<sup>58</sup> **P\_OUD\_REG\_07\_3** "Telefoon en gsm gebruik. Dit zijn de uren waarop je kan telefoneren op de afdeling: In de week: van 16.15 uur tot 21.00 uur/ op woensdagmiddag van 13.00 uur tot 21.00 uur. In het weekend en op feestdagen van 09.30 uur tot 20.00 uur; Telefoon aanvragen kan via de begeleiding. Deze verwittigt de receptie en geeft je administratief nummer door. Het telefoongesprek voer je via het toestel in de traphal of in de slaapgang van de benedenverdieping. Daar geef je zelf het nummer door dat je wilt bellen. GSM gebruik op de afdeling kan, mits het in acht nemen van volgende afspraken: gebruik kenbaar maken aan de begeleiding / enkel tijdens geldende telefoonuren / niet in gemeenschappelijke ruimtes, bij een oproep wordt gevraagd de gemeenschappelijke ruimte te verlaten; enkel voor eigen gebruik (niet doorgeven aan anderen)/ kan niet gebruikt worden voor audio of video opname/ geen overmatig gebruik financieel aankunnen. Bij misbruik (het niet volgen van de afspraken) wordt je GSM in bewaring genomen."

<sup>59</sup> Bv. **P\_FOR\_INF\_01\_3** "Afspraken rond telefoneren: Binnenkomende telefoons worden NIET doorgegeven tijdens therapieën of activiteiten, tijdens het eten, tijdens de medicatiebedeling, tijdens rust-momenten of na 21u00; Je kan maximum 3x per dag bellen, tenzij andere afspraken worden gemaakt met de begeleiding. Het gebruik van de telefoons kan beperkt worden in tijd; Uitzonderingen op deze uurregeling zijn enkel mogelijk mits overleg met de begeleiding en mits een goede reden; Er zijn geen gsm's op de afdeling toegestaan."

<sup>60</sup> **P\_OUD\_REG\_07\_3** "Dit zijn de uren waarop je kan telefoneren op de afdeling: In de week: van 16.15 uur tot 21.00 uur/op woensdagmiddag van 13.00 uur tot 21.00 uur. In het weekend en op feestdagen van 09.30 uur tot 20.00 uur."; **P\_FOR\_INF\_03\_3** "Op weekdagen kan u telefoon krijgen op het nummer 016 /45.29.29 van 18u tot 21u. In het weekend van 9u tot 21u. U mag zelf bellen van 19u tot 21u. Op weekenddagen (niet woensdag) van 9u tot 21u. U kan drie telefoontjes doen per dag."

<sup>61</sup> **P\_VER\_INF\_04** "Patiënten die geen vrije uitgang hebben op de campus kunnen maximum drie telefoongesprekken doen per week naar de nummers die bij opname zijn opgegeven (maximum 3 telefoonnummers met naam kunnen worden doorgegeven). De telefoongesprekken worden aangevraagd via de verpleging en naderhand gefactureerd via de ziekenhuisfactuur. In de week vanaf 16.30, op woensdag vanaf 14.30 en in het weekend doorlopend. Patiënten met kinderen kunnen uitzondering vragen tot maximum 1 telefoontje per dag naar kinderen."

<sup>62</sup> **P\_FOR\_REG\_01\_2** "Zowel met de GSM als met de gewone telefoon kan gebeld worden van 08.00 uur tot 21.45 uur. Buiten deze uren dient de GSM uitgeschakeld te worden. In het weekend of op een dag voor een feestdag mag de GSM gebruikt worden tot 24.00 uur."

<sup>63</sup> **P\_OUD\_REG\_07** "GSM gebruik op de afdeling kan, mits het in acht nemen van volgende afspraken: gebruik kenbaar maken aan de begeleiding / enkel tijdens geldende telefoonuren/ niet in gemeenschappelijke ruimtes, bij een oproep wordt gevraagd de gemeenschappelijke ruimte te verlaten/ enkel voor eigen gebruik (niet doorgeven aan anderen)/ kan niet gebruikt worden voor audio of video opname/ geen overmatig gebruik / financieel aankunnen . Bij misbruik (het niet volgen van de afspraken) wordt je GSM in bewaring genomen."

Terzijde valt op dat geen enkele voorziening in de huisregels de vrije briefwisseling beperkt. Opvallend is ook dat het gebruik van computers en internet slechts zelden in de huisregels genoemd wordt.

**12. Intieme relaties.** Gangbaar is tot slot dat huisregels intieme relaties afraden of zelfs verbieden.<sup>64</sup> Zo wordt in een afdelingsbrochure beschreven dat een relatie met een medepatiënt kan leiden tot een verplicht ontslag, indien deze de behandeling in de weg staat.<sup>65</sup> Een andere infobrochure meldt dat ongestoord bezoek op de zorgeenheid niet mogelijk is en dat het aangaan van een relatie met een medepatiënt niet is toegelaten.<sup>66</sup> Op een afdeling met verslavingszorg worden dan weer geen koppels opgenomen. Wanneer twee patiënten tijdens de opname een relatie aangaan, wordt in samenspraak met de behandelende psychiater naar de beste oplossing gezocht zodat iedereen zijn eigen behandelingstraject kan afwerken. Dit betekent mogelijk dat één van de patiënten zijn behandeling moet verderzetten op een andere afdeling of in een ander ziekenhuis.<sup>67</sup>

### 1.3. Kamer- en bagagecontroles

**13.** Op bijna alle afdelingen zijn kamer- en bagagecontroles mogelijk, al is het opnieuw niet steeds even duidelijk welke indicaties tot een controle aanleiding geven. Op sommige afdelingen kunnen controles op indicatie<sup>68</sup>, na teamoverleg<sup>69</sup> of wanneer er indicaties zijn dat de patiënt dingen verbergt.<sup>70</sup> Sommige huisregels gaan meer in detail. Een afdeling voor ouderen vermeldt dat kamercontrole mogelijk is bij een vermoeden van gevaarlijke voorwerpen, verboden middelen of diefstal. In geval van een onrustwekkende verdwijning kan dit ook op vraag van de politie.<sup>71</sup> In een andere voorziening worden kamercontroles gekaderd in het rookbeleid en de controle op orde en netheid.<sup>72</sup> Vaak wordt de bagage van de patiënt standaard bij opname gecontroleerd.<sup>73</sup> Op een verslavingsafdeling is ook een controle van de auto van de patiënt mogelijk 'ter ondersteuning van het clean blijven'.<sup>74</sup>

---

<sup>64</sup> Zie o.m. **P\_PER\_INF\_04** "Intieme relaties Het team ontraadt het aangaan van intieme relaties met medepatiënten omdat dit het therapeutisch proces in het gedrag kan brengen."; **P\_FOR\_INF\_02\_1** "Seksualiteit en partnerrelatie: een relatie aangaan tijdens de behandeling wordt ten zeerste afgeraden. Ongestoord bezoek op de zorgeenheid is niet mogelijk. Onderlinge seksuele contacten en/of het aangaan van een relatie met een medepatiënt is niet toegelaten. Meer info vind je terug in de brochure visie relaties en seksualiteit in het forensisch cluster."

<sup>65</sup> **P\_PER\_INF\_06\_1** "Soms kan je zo'n begrip vinden bij een medepatiënt dat je je aangetrokken voelt. Wanneer de relatie met een medepatiënt de behandeling in de weg staat, kan je verblijf in vraag gesteld worden. De begeleiding zal je daarover aanspreken. Dit kan leiden tot verplicht ontslag."

<sup>66</sup> **P\_FOR\_INF\_02\_1** "Seksualiteit en partnerrelatie: een relatie aangaan tijdens de behandeling wordt ten zeerste afgeraden. Ongestoord bezoek op de zorgeenheid is niet mogelijk. Onderlinge seksuele contacten en/of het aangaan van een relatie met een medepatiënt is niet toegelaten. Meer info vind je terug in de brochure visie relaties en seksualiteit in het forensisch cluster."

<sup>67</sup> **P\_VER\_INF\_08\_b** "Personen die een relatie met elkaar hebben worden niet opgenomen op de zorgeenheid. Daar dit het werken rond eigen problemen en moeilijkheden ernstig belemmert. Als er een relatie wordt aangegaan door twee patiënten van de zorgeenheid (...), tijdens de opname, wordt in samenspraak met de behandelende psychiater naar de beste oplossing gezocht, zodat ieder zijn eigen behandelingstraject kan afwerken. Mogelijks wil dit zeggen dat één van de twee personen een behandeling moet verder zetten op een andere zorgeenheid of in een ander ziekenhuis."

<sup>68</sup> **P\_PER\_INF\_03\_2** "Op indicatie kan er een kamer- of bagagecontrole gebeuren. Dit gebeurt steeds in jouw aanwezigheid."

<sup>69</sup> **P\_PER\_INF\_03\_1** "Het kan gebeuren dat er af en toe kamercontroles worden gedaan. Dit gebeurt samen met jou."

<sup>70</sup> **P\_VER\_PER\_REG\_01** "Er kan ten aller tijde, gedurende uw behandeling, een controle gebeuren indien er indicaties zijn dat u dingen verbergt."

<sup>71</sup> **P\_OUD\_INF\_10** "Kamercontrole kan bij vermoeden van aanwezigheid van gevaarlijke voorwerpen, verboden middelen of bij het vermoeden van diefstal. Zo'n controle gebeurt door twee hulpverleners en bij voorkeur in jouw bijzijn of in het bijzijn van een vertegenwoordiger of bewindvoerder. In geval van onrustwekkende verdwijning kan op indicatie van de politie ook tot kamercontrole worden overgegaan."

<sup>72</sup> **P\_OUD\_REG\_07\_3** "Personeelsleden kunnen in het bijzijn van patiënten een kamercontrole uitvoeren in functie van preventie betreffende middelenmisbruik en rookbeleid en controle op orde en netheid."

<sup>73</sup> Bv. **P\_PER\_INF\_03\_1** "Bagagecontrole en kamercontrole: bij opname controleren we jouw bagage. Dit voor de veiligheid van de afdeling. Spullen die niet op de kamer mogen vragen we om terug mee te geven naar huis of nemen we in bewaring op de afdeling."; **P\_PSY\_REG\_07** "Bij elke rechtstreekse opname wordt de bagage gecontroleerd."

<sup>74</sup> **P\_VER\_INF\_01c(d)(e)** "Ter ondersteuning van het clean blijven kunnen de volgende maatregelen genomen worden: Bagagecontrole: kan op indicatie gebeuren / Autocontrole / Urinecontrole (binnen de 2u plassen, anders positief) / Alcoholtest / Kamercontrole."



**14.** Ook de wijze waarop dergelijke controles gebeuren, wordt soms in de huisregels opgenomen. Zo zijn er voorzieningen waar de controle gebeurt door twee hulpverleners en ‘bij voorkeur’ in aanwezigheid van de patiënt of zijn vertegenwoordiger of bewindvoerder. In de meeste voorzieningen gebeuren de controles, althans volgens de geanalyseerde documenten, steeds in aanwezigheid van de patiënt,<sup>75</sup> of heeft hij minstens de kans om aanwezig te zijn.<sup>76</sup> In het algemeen reglement van een voorziening wordt opgenomen dat het enkel ongevraagd zal gebeuren, indien dit noodzakelijk en onvermijdelijk geacht wordt.<sup>77</sup>

**15.** Opnieuw zijn de huisregels op forensische afdelingen vaak beduidend strenger. Zo wordt het akkoord of aanwezigheid van de patiënt bij een kamercontrole – iets wat op andere afdelingen gangbaar is<sup>78</sup> – nooit als voorwaarde opgenomen. De controles worden meestal gelegitimeerd door veiligheidsredenen. Meer bepaald moeten ze de patiënt ervan weerhouden dat hij schade aanricht aan anderen of dat anderen de patiënt schade toebrengen.<sup>79</sup> Uitzonderlijk wordt gespecificeerd waarop de controle gericht is, zoals bijvoorbeeld extreem agressief pornografisch materiaal of kinderporno.<sup>80</sup> In één forensisch afdelingsreglement wordt een onderscheid gemaakt tussen een ‘kamercontrole’ op orde en netheid en een ‘kamerzoeking’ naar niet toegelaten voorwerpen of middelen.<sup>81</sup> Dergelijke beperkingen passen binnen een ruimer veiligheidsbeleid van forensische voorzieningen. In deze ruimere context is er bijvoorbeeld een afdelingsbrochure waarin bepaald wordt dat de patiënt zijn raam niet mag afplakken, zodat de nachtverpleging voldoende toezicht kan houden<sup>82</sup> en een afdelingsreglement waarin gesteld wordt dat de persoonlijke spullen van de patiënt bij aanvang gecontroleerd worden en dat slechts een minimum aan persoonlijke spullen op de kamer is toegestaan.<sup>83</sup>

#### **1.4. Uitgangsbependingen**

**16.** De bewegingsvrijheid van de patiënt binnen en (vooral) buiten de voorziening is in de huisregels een weerkerend thema. Veel afdelingen in dit onderzoek hanteren een uitgangsverbod als regel,

---

<sup>75</sup> Bv. **P\_OUD\_REG\_07\_1** “Het is niet toegestaan om alcohol, medicatie, drugs of gevaarlijke voorwerpen (zoals messen, scharen) te bewaren op de kamers of op andere plaatsen. Dit kan op elk ogenblik in uw belang en in het belang van de behandeling, gecontroleerd en in beslag genomen worden. Dit zal gebeuren in uw aanwezigheid.”; **P\_VER\_INF\_04** “Personeelsleden kunnen in bijzijn van patiënten een kamercontrole (ook de inhoud van de kluisjes kan worden gecontroleerd) uitvoeren in functie van preventie inzake middelenmisbruik.”; **P\_ALG\_REG\_03** “In bepaalde gevallen, en in uw aanwezigheid, kunnen zij ook een kameronderzoek doen waarbij zij uw kledij en bagage controleren op de aanwezigheid van illegale middelen.”.

<sup>76</sup> **P\_VER\_INF\_03\_1** “Er kan op elk moment een kamercontrole uitgevoerd worden; telkens met 2 verpleegkundigen en na bevragen om zelf ook aanwezig te zijn.”.

<sup>77</sup> **P\_ALG\_REG\_02\_2** “Elke medewerker kan en mag ten allen tijde je kamer betreden. Uiteraard zal dit gebeuren met maximaal respect voor je persoonlijke levenssfeer. Alleen als het noodzakelijk én onvermijdelijk wordt geacht zal dit ongevraagd gebeuren.”.

<sup>78</sup> Zie slechts uitzonderlijk. **P\_ALG\_INF\_08** “Het personeel is gemachtigd om te allen tijde de kamer en uw persoonlijk zaken te controleren bij vermoeden van aanwezigheid van deze middelen.”.

<sup>79</sup> **P\_FOR\_REG\_01\_4** “Er kunnen zich tijdens de behandeling situaties voordoen die aanleiding geven tot beveiligingsmaatregelen. Deze maatregelen hebben tot doel: Er voor te zorgen dat je geen schade wordt toegebracht door anderen. / Je ervan te weerhouden schade toe te brengen aan jezelf of anderen. Deze beveiligingsmaatregelen kunnen onder andere inhouden dat: Je persoonlijke bezittingen je tijdelijk kunnen ontnomen worden. / Je kamer en persoonlijke eigendommen kunnen gecontroleerd worden.”.

<sup>80</sup> **P\_FOR\_INF\_02\_4** “Pornografisch materiaal Pornografisch materiaal mag op de eigen kamer, maar hier maken we afspraken over. Dit is privé en kan niet uitgedeeld of uitgeleend worden aan anderen. Extreem agressief materiaal (films, tijdschriften...) en kinderporno zijn strikt verboden. Het personeel mag regelmatig je kamer en je kasten hierop controleren. Vraag advies als je twijfelt of bepaald materiaal toegelaten is.”.

<sup>81</sup> **P\_FOR\_REG\_01\_2** “Dagelijks worden een aantal kamers gecontroleerd op orde en netheid. Indien deze niet in orde zijn, worden deze gesloten door begeleiding en wordt er verwacht dat er aan de opmerkingen tegemoet wordt gekomen. Op indicatie kan er altijd een ‘kamerzoeking’ gebeuren. Dit gebeurt altijd in je aanwezigheid en mag je niet verwarren met de kamercontrole.”.

<sup>82</sup> **P\_FOR\_INF\_02\_2** “Omwille van het toezicht mag je het raam in je kamerdeur niet afplakken. De nachtverpleging dient voldoende toezicht te kunnen houden.”.

<sup>83</sup> **P\_FOR\_REG\_01\_3** “Je persoonlijke spullen worden gecontroleerd bij opname. Bij aanvang wordt een minimum aan persoonlijk materiaal op de kamer toegestaan (bv. kledij, schrijfmateriaal, boeken, radio indien voldoende veilig,...). Na 1 à 2 weken, na de handvoorstelling, kan je een lijst bezorgen aan je individuele begeleiders met welke persoonlijke spullen jij bij je wil houden op je kamer. Dit wordt vervolgens binnen het team besproken.”.

ook wanneer patiënten er vrijwillig verblijven. De grenzen waarbinnen het mogelijk is om de afdeling te verlaten zijn – opnieuw met wisselende mate van detail – geregeld.

Op gesloten afdelingen verleent de behandelende arts na overleg met het behandelend team toelating om de voorziening te verlaten.<sup>84</sup> Zelfs met dergelijke toelating kan een patiënt de afdeling meestal maar verlaten op bepaalde tijdstippen.<sup>85</sup> In de eerste weken waarin een patiënt in een voorziening verblijft, wordt meestal gevraagd om op de afdeling te blijven en is er geen mogelijkheid tot uitgang. Geleidelijk wordt dan het recht op uitgang verder uitgebouwd.<sup>86</sup> Vaak wordt aan de patiënt gevraagd om zich te melden bij terugkeer en om te bespreken hoe het weekend of het uitgangsmoment verliep.<sup>87</sup> Verder wordt uitzonderlijk ook bepaald dat de uitgangen en weekends kunnen worden ingetrokken als sanctie voor onder andere het herhaaldelijk afwezig zijn op het ochtendappel, het niet deelnemen aan therapie en een slechte kameropstap.<sup>88</sup>

Op open afdelingen wordt de patiënten meestal gevraagd om in de eerste dagen de afdeling niet te verlaten. Geleidelijk wordt de mogelijkheid om de afdeling te verlaten steeds sterker uitgebouwd. Zo mogen patiënten op een bepaalde afdeling vanaf het tweede weekend overdag, vanaf het derde weekend één nacht en vervolgens een volledig weekend de zorgseenheid verlaten.<sup>89</sup> Bovendien wordt steeds gevraagd om de begeleiding op de hoogte te brengen bij het verlaten van de afdeling.<sup>90</sup> In een afdeling voor ouderen is er buiten de therapie-uren vrije tijd. Mits voorgaande toestemming van de behandelende arts en in samenspraak met de verpleegkundigen, mag de patiënt het ziekenhuis verlaten om te

---

<sup>84</sup> Bv. **P\_PSY\_INF\_02\_2** "In overleg met uw behandelend geneesheer en de verpleegkundigen, kunt u tijdens het weekend de eenheid verlaten. Als u in weekend wil gaan, geeft u dit ten laatste donderdagavond door aan de verpleging."; **P\_PER\_INF\_06\_1** "In het weekend zijn geen therapieën voorzien. Het is mogelijk dat je gedurende je opname op weekend mag gaan, maar enkel met de toestemming van je behandelende psychiater."; **P\_OUD\_INF\_01\_2** "Na overleg met het behandelteam zal de afdelingsarts in samenspraak met jou het verdere verloop van je uitgang bepalen."

<sup>85</sup> **P\_PER\_INF\_07\_2** "Indien u de toelating heeft het ziekenhuis te verlaten, kan u in het weekend de afdeling verlaten. Wij vragen om de woensdag voorafgaand aan het weekend uw weekenduitgang door te zeggen aan de verpleging. Regeling : overdag van 8u tot 20u (zaterdag, zondag of beide dagen). Weekend met overnachting : van vrijdag 17u tot zondag 11u30. U kan na 13u nog weg tot 20u. Weekend met overnachting : van zaterdag 14u tot zondag 20u of maandagochtend 9u."

<sup>86</sup> Zie o.m. **P\_PER\_INF\_03\_2** "De eerste week van opname wordt gevraagd om op de afdeling te blijven. Uitzonderingen zijn mogelijk, en kunnen besproken worden met de hoofdverpleegkundige. Vanaf de tweede week is uitgang mogelijk na de therapie-uren en kan je eventueel ook uitgang in het weekend aanvragen, al dan niet met een overnachting."; **P\_VER\_INF\_02b** "Het 1ste weekend verblijft u op de zorgseenheid. Daarna heeft u voldoende leermomenten tijdens het weekendverlof (de weekends worden langzaam opgebouwd in duurtijd). Het 2de weekend kan u zaterdag of zondag naar huis van 9 tot 20 uur, het 3de weekend zaterdag en zondag. Het 4de weekend kan u met overnachting van zaterdag 9 tot zondagavond 20 uur). Of overnachting haalbaar is om medisch-psychiatrische of praktische redenen, wordt steeds door het team beslist."; **P\_VER\_INF\_03\_1** "De afdeling verlaten gebeurt in samenspraak met de psychiater. In het begin van je verblijf op (...) kan gevraagd worden om nog niet alleen het ziekenhuis te verlaten. T.e.m. het eerste weekend van je verblijf wordt verwacht dat je op de afdeling blijft tenzij anders afgesproken met de arts. Naarmate je wat went aan je nieuwe omgeving kan dit wel toegestaan worden."; **P\_VER\_INF\_07** "Algemeen geldt dat de eerste week geen uitgang is voorzien. Nadien kan in overleg met jou, je familie en het team, geleidelijk verlof worden toegestaan. Het opbouwschema hangt aan het magneetbord ter hoogte van de verpleegpost. Verdere info kan je verkrijgen bij de verpleging."

<sup>87</sup> Bv. **P\_PER\_INF\_03\_2** "Bij het verlaten van en het terugkomen op de afdeling vragen wij dit te overleggen en/of te melden aan het team. Op het whiteboard in de gang is een blad aanwezig waar begin- en eind uur door jou wordt genoteerd."

<sup>88</sup> **P\_VER\_INF\_04** "Omwille van een sanctie kunnen uitstappen in het weekend en op woensdagnamiddag worden ingetrokken. (o.a. omwille van herhaalde afwezigheid op het ochtendappel, geen deelname aan therapie, onttrekken van de taak als huishoudverantwoordelijke, slechte kameropstap, ...)."

<sup>89</sup> **P\_PER\_INF\_04** "Dit is een grote, open behandelseenheid, en u bent vrij om de zorgseenheid te verlaten. Wel vragen we dat u de eerste zeven dagen van opname (buiten de therapie-uren) op de zorgseenheid blijft. Nadien kan u in samenspraak met de verpleging de behandelseenheid verlaten. We vragen u wel om de verpleging op de hoogte te brengen of uw afwezigheid te noteren in het register. Tijdens het tweede weekend kan u overdag de eenheid verlaten. Vanaf het derde weekend kan u van zaterdagmiddag tot zondagavond de zorgseenheid verlaten. Vanaf het vierde weekend kan u van vrijdagavond tot zondagavond vertrekken. Uiteraard steeds mits toestemming van de behandelend arts."

<sup>90</sup> Bv. **P\_PER\_INF\_04** "We vragen u wel om de verpleging op de hoogte te brengen of uw afwezigheid te noteren in het register."; **P\_PSY\_INF\_02** "Dit is een open zorgseenheid en u mag dus de zorgseenheid verlaten. We verwachten wel dat u de begeleiding op de hoogte brengt als u de zorgseenheid verlaat. Laat ons tevens weten wanneer we u terug kunnen verwachten."

gaan wandelen, boodschappen te doen in de stad of zijn vertrouwde vrijetijdsactiviteiten opnieuw op te nemen.<sup>91</sup>

Ook in forensische afdelingen zijn uitgangen soms mogelijk.<sup>92</sup> Afhankelijk van het statuut van de patiënt is hiervoor niet (enkel) de toestemming van de arts of het behandelteam nodig, maar ook van de Kamer voor de Bescherming van de Maatschappij (hierna KBM).<sup>93</sup> Bij ontvluchting vermeldt een van de huisregels dat politie en justitie verwittigd worden.<sup>94</sup> Een andere afdeling deelt patiënten in naar gelang de vrijheidsstatuten. Het statuut bepaalt vervolgens de omvang van de uitgangrechten.<sup>95</sup>

## 1.5. Vrijheidsbeperkende maatregelen

17. Opvallend is dat slechts een beperkt aantal voorzieningen ‘vrijheidsbeperkende maatregelen’ in de huisregels bespreekt. Wat ze hiermee bedoelen, is meestal niet duidelijk. Slechts uitzonderlijk wordt een opsomming gemaakt van mogelijke maatregelen.<sup>96</sup> Zo noemt het reglement van een forensische afdeling een totaal gesloten regime, het intrekken van verlofaanvragen, campusvrij, time-out en afzondering. De bedoeling en inhoud van deze maatregelen wordt niet gespecificeerd. Enkel voor afzondering wordt aangegeven dat het bedoeld is om de patiënt en/of de anderen te beschermen en om een prikkelarme omgeving aan te bieden.<sup>97</sup> Een andere forensische afdeling benoemt enkele vrijheidsbeperkende maatregelen die het antwoord vormen op fysieke en verbale agressie. Het gaat met name om een gesprek, een time-out in de kamer van de patiënt of in een isoleercel, het inkrimpen van

---

<sup>91</sup> P\_OUD\_INF\_08\_1 “Buiten de therapie-uren en andere afspraken is er vrije tijd. Mits voorafgaande toestemming van je behandelende arts en in afspraak met de verpleegkundigen kan je dan het ziekenhuis verlaten om te gaan wandelen, boodschappen te doen in de stad of je vertrouwde vrijetijdsactiviteiten her op te nemen.”

<sup>92</sup> Bv. P\_FOR\_INF\_03\_2 “Omwille van uw juridisch statuut van internering is de deur van de afdeling gesloten. In het begin van de opname mag u de afdeling ook niet verlaten. Naarmate het team u beter leert kennen krijgt u stapsgewijs meer vrijheden én meer verantwoordelijkheden.”

<sup>93</sup> P\_FOR\_INF\_01\_3 “Binnen het statuut van plaatsing is het niet mogelijk het domein van de afdeling zomaar te verlaten. Je kan uiteraard gebruik maken van de binnentuin. Voor de noodzakelijke consulten buiten het domein zal je steeds begeleid worden door minimum 1 medewerker. Eventuele uitgangen onder begeleiding van een teamlid kunnen enkel in zeer uitzonderlijke omstandigheden aangevraagd worden.”; P\_FOR\_REG\_01\_2 “Externe uitgangen of uitbreiding van uitgangen, dienen steeds via een variabelaad aangevraagd te worden. Deze worden tweewekelijks besproken tijdens de bewonersbespreking. In bepaalde situaties dient men rekening te houden met het feit dat deze uitgangen nog aangevraagd moeten worden aan de CBM [sic]. In deze gevallen moeten we alvorens de uitgang toe te kennen, wachten op een beslissing van de CBM [sic]. Als de varia is goedgekeurd, dient men wekelijks zijn externe uitgang aan te vragen door middel van de uitgangslijst in te vullen die in de eerste living op het prikbord hangt. Op zaterdag wordt deze lijst uitgetypt en op maandag wordt deze ter ondertekening van de arts voorgelegd. Geen handtekening is geen uitgang.”

<sup>94</sup> P\_FOR\_INF\_02\_4 “Je mag de zorgeenheid en campus (het domein) niet verlaten zonder toestemming van het team. Deze toestemming moet je op voorhand krijgen. Indien je toch de campus verlaat zonder toelating, wordt de ontvluchtingprocedure toegepast. Dit wil zeggen dat je ontvlucht bent en dit kan niet. We kunnen hierbij de politie en justitie inlichten.”

<sup>95</sup> P\_FOR\_REG\_03\_3 “Het verkrijgen van méér vrijheid en verantwoordelijkheden gebeurt stap voor stap. Om één en ander duidelijk te maken, spreken wij van “statuten”. 1A U mag de afdeling niet verlaten. / 1B U mag de afdeling verlaten onder begeleiding van personeel. Bijvoorbeeld: een wandeling, bezoek aan de kantine, therapie buiten de afdeling. / 2A U mag de afdeling verlaten om naar de therapieën te gaan (op het domein). / 2B U mag – buiten de therapie momenten - alleen de afdeling een half uur verlaten (niet van het domein!). Na een evaluatie door het zorgteam kan u een verlenging van een bijkomend half uur krijgen. / 2C U mag – buiten de therapie momenten - alleen de afdeling een uur verlaten (niet het domein!). Na een evaluatie door het zorgteam kan dit verlengd worden. / 2DU mag buiten de therapie-uren de afdeling (niet het domein!) verlaten.”

<sup>96</sup> Bv. P\_ALG\_INF\_08 “Hieronder volgt een opsomming van de gebruikte VBM in het (...): Time-out op kamer (= met open deur) ☐ tijdelijk onderbrengen in de eigen kamer met als doel het voorkomen van verdere gedragescalatie. / Separeren in kamer (= met gesloten deur, al dan niet onder cameratoezicht): tijdelijk onderbrengen in een kamer op de afdeling, met als doel het voorkomen van verdere gedragescalatie, maar waarbij het team inschat dat een gesloten deur, en in sommige gevallen cameratoezicht, meer garanties biedt voor de veiligheid van de patiënt en/of die van anderen. / Separeren op de gesloten kant van de afdeling (...): tijdelijk onderbrengen op de gesloten leefeenheid van (...), met als doel te voorkomen dat de patiënt zichzelf of anderen lichamelijk letsel zou toebrengen en/of om tot rust te komen, als dit niet lukt op de open afdeling. / Afzonderen: Een beschermingsmaatregel t.o.v. de patiënt en/of de omgeving door de patiënt tijdelijk onderbrengen in een gesloten afzonderingskamer met als doel het voorkomen dat hij zichzelf of anderen lichamelijk letsel zou toebrengen. / Fixeren: beperkt de mobiliteit en het handelen door het vastbinden in een bed met als doel het voorkomen dat de patiënt zichzelf of anderen lichamelijk letsel zou toebrengen en/of om levensnoodzakelijke behandeling mogelijk te maken. / Andere maatregelen: zoals beperking in uitgangen, nicotinegebruik, kamer- en bagagecontrole, etc.”

<sup>97</sup> P\_FOR\_REG\_01\_4 “Afzondering: hieronder verstaan we het overbrengen van de patiënt naar een gesloten, beveiligde afzonderingskamer. Het doel van het afzonderen is enerzijds het beschermen van de patiënt en / of de anderen, en anderzijds het bieden van een omgeving met weinig prikkels. Ondanks de soms noodzakelijke beveiligingsmaatregelen streven we ernaar om een zo aangenaam mogelijk klimaat te scheppen.”

verworven vrijheden of het eindigen van het verblijf van de patiënt op de afdeling.<sup>98</sup> In een algemeen reglement wordt afzondering in een prikkelarme omgeving als vrijheidsbeperkende maatregel benoemd.<sup>99</sup>

Ook de indicatie voor vrijheidsbeperkende maatregelen wordt zelden weergegeven. Eén algemeen reglement noemt ongewenst, gevaarlijk, of storend gedrag als indicerende elementen. Er wordt steeds gezocht naar een evenwicht tussen de autonomie van elke patiënt en de veiligheid voor hemzelf en voor anderen. Van zodra de gezondheid van de patiënt het toelaat, brengen de hulpverleners hem op de hoogte van de motivatie, duur en inhoud van de maatregel.<sup>100</sup>

## 2. De huisregels vanuit het recht bekeken

### 2.1. Ten geleide

**18.** Huisregels vormen beperkingen op de uitoefening van door de mensenrechten beschermde rechten en vrijheden. Ze moeten dus gerechtvaardigd zijn. In wat volgt beschouwen we het door artikel 8 EVRM beschermde recht op privéleven hierbij als het normatief uitgangspunt. Het recht op privéleven (in de ruime zin) beschermt de (autonomie in de<sup>101</sup>) persoonlijke levenssfeer, het gezinsleven, de woning en de communicatie.<sup>102</sup> Klassiek volgt de rechtvaardiging van een beperking op het privéleven uit de legaliteit, de legitimiteit en de noodzakelijkheid ervan.<sup>103</sup> Voor zover inmengingen in het privéleven aan de overheid toerekenbaar zijn, zijn ze slechts gerechtvaardigd indien ze plaatsvinden op grond van een wettelijke regeling die duidelijk, voorzienbaar en voldoende toegankelijk is (legaliteit), die bovendien een legitiem doel nastreeft (legitimiteit) en daarenboven noodzakelijk is in een democratische samenleving (noodzakelijkheid).

**19.** De centrale rol van het privéleven is ingegeven door de recente tendens in de rechtsleer om persoonlijkheidsrechten te bestempelen als private grondrechten die samengenomen een grote gelijkenis vertonen met het recht op privéleven.<sup>104</sup> Deze benadering komt ook overeen met de wijze waarop het Europees Hof van voor de Rechten van de Mens (hierna EHRM) vrijheidsbeperkingen in de

---

<sup>98</sup> **P\_FOR\_INF\_03\_2** “Verbale agressie (dreigen, schelden, roddelen, ...) is eveneens een vorm van geweld en wordt bijgevolg niet aanvaard. In de behandeling is het belangrijk om dergelijk gedrag te vermijden en er ander, minder schadelijk gedrag voor in de plaats te stellen. Zowel op verbale als op fysieke agressie volgen er altijd gepaste maatregelen, gaande van een gesprek, time-out in je kamer, time-out in een isoleercel, over het inkrimpen van verworven vrijheden tot het beëindigen van je verblijf op deze afdeling.”

<sup>99</sup> **P\_ALG\_INF\_09** “Gedrag dat een ernstig risico vormt voor uw eigen veiligheid of veiligheid van de omgeving kan aanleiding geven tot meer ingrijpende maatregelen. Bijvoorbeeld het overgaan naar intensieve zorg op maat in een prikkelarme omgeving. Deze maatregel wordt steeds genomen in overleg met de arts, en is nooit bedoeld als strafmaatregel. In deze prikkelarme omgeving (afzonderingskamer) wordt u door de verpleging zeer strikt opgevolgd in opdracht van uw behandelende arts. Het streefdoel blijft het verblijf in de afzonderingskamer zo kort mogelijk te houden, dit met het grootst mogelijk respect voor uw persoonlijke waardigheid. In de afzonderingskamer bevindt zich een bed, een toilet en een camera. De camera laat toe aan de hulpverlening om u continu op te volgen en zo uw veiligheid en waardigheid te waarborgen.”

<sup>100</sup> **P\_ALG\_REG\_06** “Bij ongewenst, gevaarlijk of aanhoudend storend gedrag, kunnen vrijheidsbeperkende maatregelen noodzakelijk zijn. Soms is het nodig dat hulpverleners preventief ingrijpen. Bij beslissingen in verband met vrijheidsbeperkende maatregelen wordt gezocht naar een evenwicht tussen de autonomie van elke patiënt en de veiligheid voor hemzelf en anderen. Ook wordt bekeken of er op dat moment haalbare alternatieven zijn. Zodra zijn toestand dit toelaat, brengen de hulpverleners de patiënt op de hoogte van de motivatie, inhoud en duur van deze maatregel.”

<sup>101</sup> EHRM 17 juli 2012, nr. 2913/06, Munjaz/Verenigd Koninkrijk, § 78.

<sup>102</sup> Zie in dit kader ook EHRM 14 februari 2012, 13469/06, D.D./Litouwen, § 181; EHRM 24 september 1992, nr. 10533/83, Herczegfalvy/Oostenrijk, § 89-91.

<sup>103</sup> EHRM 25 maart 1983, nr. 5947/72, Silver e.a./ Verenigd Koninkrijk, § 87.

<sup>104</sup> F. SWENNEN, “Privéleven is personenrecht is familierecht”, *RW* 2011-12, 46-47; zie ook T. OPGENHAFFEN, *Vrijheidsbeperkingen in de residentiële zorg : een rechtspositionele en mensenrechtelijke evaluatie*, onuitg. doctoraatssthesi KU Leuven, 2019, 34-35

zorg beoordeelt. Het recht op privéleven vormt de *lex generalis*<sup>105</sup> waarin andere grondrechten – bijvoorbeeld het recht op vrijheid<sup>106</sup> en het verbod op een mensonwaardige of vernederende behandeling – ingesloten liggen.<sup>107</sup> De centrale rol van het privéleven betekent niet dat andere rechten geen rol spelen, maar wel dat andere rechten een beoordelings-laag toevoegen aan het beoordelingsstra-  
men van het recht op privéleven.

Het recht op vrijheid (artikel 5 EVRM) is hiervan een voorbeeld. Het **recht op vrijheid** beschermt personen tegen een arbitraire vrijheidsberoving.<sup>108</sup> Voor vrijheidsbeperkingen tijdens een verblijf heeft dit recht een aanvullende rol ten aanzien van het recht op privéleven. Deze rol komt op twee wijzen tot uiting. [1] Ten eerste erkent het EHRM dat bepaalde vrijheidsbeperkingen tijdens een verblijf inherent zijn aan een gerechtvaardigde vrijheidsberoving (bijvoorbeeld een gedwongen opname of een forensisch verblijf).<sup>109</sup> Een goed voorbeeld hiervan is het verbod om de voorziening te verlaten.<sup>110</sup> Een rechtmatige vrijheidsberoving kan bijgevolg verdere beperkingen tijdens het verblijf rechtvaardigen. [2] Ten tweede kunnen bepaalde onder het recht op privéleven beoordeelde vrijheidsbeperkingen zo verregaand zijn dat ze *de facto* vrijheidsberovend zijn en een beoordeling onder artikel 5 EVRM zich aandient.<sup>111</sup> Dit is zo wanneer de patiënt ongewild de controle over zijn behandeling, zorg, woonplaats en bewegingsvrijheid moet afstaan aan de voorziening.<sup>112</sup> Opdat een vrijheidsbeperking vrijheidsberovend wordt, moet ze verregaand zijn. Om een vrijheidsberoving te rechtvaardigen gelden strenge eisen.<sup>113</sup> Hoewel huisregels in theorie zo streng kunnen zijn dat ze een vrijheidsberoving uitmaken of tot een vrijheidsberoving bijdragen, gaan we er voor wat volgt van uit dat de huisregels op zichzelf niet tot een (al dan niet te rechtvaardigen) vrijheidsberoving mogen leiden.

**20.** Voor patiënten die vrijwillig in een privaat ziekenhuis verblijven zijn er uitgebreide theoretische discussies mogelijk over de wijze waarop het door artikel 8 EVRM beschermde recht op privéleven in de residentiële zorg van toepassing is. Hierop gaan we niet in. Belangrijk voor deze bijdrage zijn de op artikel 8 EVRM gebaseerde beginselen zelf en de toepassing ervan op de huisregels, eerder dan of voorzieningen direct of indirect aan artikel 8 EVRM gebonden zijn. Terzijde kan worden opgemerkt dat er een tendens bestaat om het onderscheid te relativeren, dat psychiatrische ziekenhuizen zich als

---

<sup>105</sup> EHRM 16 juni 2005, nr. 61603/00, Storck/Germany, § 142; BURBERGS M., 'How the right to respect for private and family life, home and correspondence became the nursery in which new rights are born', in E. BREMS en J. GERARDS (eds.), *Shaping rights in the ECHR: The rôle of the European Court of Human Rights in determining the scope of human rights*, Cambridge, Cambridge University Press, 2014, 328.

<sup>106</sup> EHRM 17 april 2014, nr. 50264/08, Anatoliy Rudenko/Oekraïne, § 121; EHRM 16 oktober 2012, nr. 45026/07, Kędzior/Polen, § 92; EHRM 17 januari 2012, nr. 36760/06, Stanev/Bulgarije, § 249-250; EHRM 15 maart 2015, nr. 25820/07, Stefan Stankov/Bulgarije, § 175; EHRM 14 oktober 2003, nr. 42472/98, Tkáčik/Slovakije, § 39; EHRM 22 maart 2016, nr. 60113/12, Ulisei Grosu/Roemenië, § 59.

<sup>107</sup> EHRM 3 juli 2012, nr. 34806/04, X/Finland, § 202; EHRM 19 februari 2013, nr. 1285/03, B./Roemenië, § 74; T. OPGENHAFFEN, *Vrijheidsbeperkingen in de residentiële zorg: een rechtspositionele en mensenrechtelijke evaluatie*, onuitg. doctoraatsthesis KU Leuven, 2019, 35-37.

<sup>108</sup> EHRM 8 juni 1976, nrs. 5100/71 & 5101/71 & 5102/71 & 5354/72 & 5370/72, Engel e.a./ Oostenrijk, § 57-58; F. DHONDT, "Recht op persoonlijke vrijheid en veiligheid", in J. VANDE LANOTTE & Y. HAECK (eds.), *Handboek EVRM Deel II, Vol. 1*, Antwerpen, Intersentia, 2004, 275; R.C. WHITE & C. OVEY, *The European Convention of Human Rights*, Oxford, Oxford University Press, 2010, 207; General Comment No. 8 of the Human Rights Committee on Article 9 (Right to Liberty and Security of Persons) (30 juni 1982), § 1.

<sup>109</sup> EHRM 17 juli 2012, nr. 2913/06, Munjaz/Verenigd Koninkrijk, § 82; T. OPGENHAFFEN, *Vrijheidsbeperkingen in de residentiële zorg: een rechtspositionele en mensenrechtelijke evaluatie*, onuitg. doctoraatsthesis KU Leuven, 2019, 243.

<sup>110</sup> EHRM 22 november 2016, nr. 1967/14, Hiller/Oostenrijk, § 49-52.

<sup>111</sup> Report by Alvaro Gil-Robles, Commissioner for Human Rights on the Effective Respect for Human Rights in France (15 februari 2006), CommDH(2006)2, § 369; Report of the CPT on the visit to Estonia from 15 to 21 December 1999 (30 October 2002), CPT/Inf(2002)28, § 18; Report of the CPT on the visit to Lithuania from 21 to 30 April 2008 (25 juni 2009), CPT/Inf(2009)22, § 125; Report of the CPT on the visit to Ireland from 25 January to 5 February 2010 (10 februari 2011), CPT/Inf(2011)3, § 151; EHRM 17 januari 2012, nr. 36760/06, Stanev/Bulgarije, § 116.

<sup>112</sup> EHRM 16 september 2014, nr. 50131/08, Atudorei/Roemenië, § 129; zie ook EHRM 22 januari 2013, nr. 35939/10, Mihailovs/Letland, § 132; EHRM 16 oktober 2012, nr. 45026/07, Kędzior/Polen, § 56; EHRM 14 februari 2012, 13469/06, D.D./Litouwen, § 145; EHRM 6 november 1980, nr. 7367/76, Guzzardi/Italië, § 91.

<sup>113</sup> J. VELU en R. ERGEC, *Convention Européenne des Droits de l'Homme*, Brussel, Bruylant, 2014, 317-319; R.C. WHITE en C. OVEY, *The European Convention of Human Rights*, Oxford, Oxford University Press, 2010, 215-216; EHRM 24 oktober 1979, nr. 6301/73, Winterwerp/Nederland, § 39.

vanzelf op de wip tussen publiek en privaat bevinden, en dat de overheid de plicht heeft patiënten te beschermen ook als ze in een private voorziening verblijven.<sup>114</sup>

Alvorens de toetsingscriteria te ontwikkelen, worden de huisregels geduid binnen het Belgische recht.

## 2.2. Huisregels binnen het Belgische rechtskader

21. Wanneer het legaliteitsbeginsel wordt toegepast op huisregels, is het niet enkel belangrijk dat ze een instrument zijn om vrijheidsbeperkingen binnen de voorziening een voorzienbare grondslag te geven (*infra* 2.3.3), maar ook dat ze passen binnen de normenhiërarchie. Een huisregel (en de toepassing ervan) moet in de lijn moeten liggen van hogere rechtsbronnen en mag er zeker niet met in strijd zijn. Wat een huisregel kan regelen, wordt bijgevolg begrensd door de wetgeving die erop van toepassing is.

22. Huisregels worden in de wetgeving zelden benoemd. Enkel de ziekenhuiswetgeving en de Wet bescherming persoon geesteszieke verwijzen naar het bestaan ervan.<sup>115</sup> De inhoud en de grenzen ervan zijn nauwelijks (gedwongen opname) tot niet (overige opnames) expliciet geregeld. Door huisregels te kaderen binnen de ruimere maar evenmin integraal geregelde interne rechtspositie van de patiënt in de residentiële geestelijke gezondheidszorg ontstaan wel een aantal aanknopingspunten. De bouwstenen van deze interne rechtspositie bestaan uit de Wet patiëntenrechten, de ziekenhuiswetgeving, de Wet bescherming persoon geesteszieke, de Interneringswet en de noodtoestand.<sup>116</sup>

1. **De Wet patiëntenrechten [alle patiënten]** is van toepassing op alle diensten met het oog op het bevorderen, vaststellen, behouden, herstellen of verbeteren van de gezondheidstoestand van de patiënt.<sup>117</sup> Deze ruime omschrijving brengt met zich mee dat beperkingen op het privéleven (bijvoorbeeld een tijdelijk verbod om bezoek te ontvangen) of beperkingen op de bewegingsvrijheid (bijvoorbeeld het verbod om de afdeling te verlaten) die kaderen binnen de behandeling van de patiënt, onder het toepassingsgebied vallen. De wet geldt als *lex generalis* ten aanzien van de Wet bescherming persoon geesteszieke en de Interneringswet en is – behoudens afwijkende regelingen – ook van toepassing op de gedwongen opgenomen en de forensisch psychiatrische patiënt.<sup>118</sup>

De wet erkent het **recht om geïnformeerd, voorafgaandelijk en vrij toe te stemmen** met iedere tussenkomst.<sup>119</sup> Tussenkomst heeft een ruime betekenis die fysieke interventies overstijgt. Ook de beslissing om in de voorziening te verblijven, om een behandeling stop te zetten<sup>120</sup>, om de patiënt met een *wearable* te traceren of om in het kader van de behandeling het

<sup>114</sup> Zie hiervoor ook N. VAN LEUVEN, "Recht op privéleven in het woonzorgcentrum" in P. DE HERT en N. VAN LEUVEN, *Fundamentele rechten van ouderen*, Antwerpen, Intersentia, 2011, 169-170; S. SOMERS, *Aansprakelijkheidsrecht en mensenrechten*, Antwerpen, Intersentia, 2016, 97-107

<sup>115</sup> Bijlage A, III, 4° KB 23 oktober 1964 tot bepaling van de normen die door de ziekenhuizen en hun diensten moeten worden nageleefd, BS 7 november 1964; Art. 32, § 2, tweede lid Wet bescherming persoon geesteszieke; Art. 3, § 1 KB 18 juli 1991 ter uitvoering van artikel 36 van de wet van 26 juni 1990 betreffende de bescherming van de persoon van de geesteszieke, BS 26 juli 1990.

<sup>116</sup> Zie uitvoeriger over elk van deze bouwstenen in F. DEWALLENS en T. VANSWEEVELT (eds.), *Handboek gezondheidsrecht*, I, Antwerpen, Intersentia, 2014, deel I, hoofdstuk III, afdeling I (ziekenhuiswetgeving) en F. DEWALLENS en T. VANSWEEVELT (eds.), *Handboek gezondheidsrecht*, II, Antwerpen, Intersentia, 2014, deel II, hoofdstuk V (Wet patiëntenrechten) en deel III, hoofdstuk III (Wet bescherming persoon geesteszieke).

<sup>117</sup> Art. 2, 2° Wet patiëntenrechten.

<sup>118</sup> Zie ook BELGISCH RAADGEVEND COMITÉ VOOR BIO-ETHIEK, *Advies over de gedwongen behandeling bij de gedwongen opname*, 10 maart 2003, 8; ORDE DER ARTSEN, *Advies over de vrije keuze van de beroepsbeoefenaar en instemming met de behandeling door geïnterneerde personen met een geestesstoornis*, 17 november 2018; ORDE DER ARTSEN, *Advies over het onder dwang behandelen van een geesteszieke patiënt*, 14 september 2013.

<sup>119</sup> Art. 8, § 1 eerste lid Wet patiëntenrechten.

<sup>120</sup> Wetsontwerp betreffende de rechten van de patiënt, *Parl.St.* Kamer 2001-02, nr. 50-1642/001, 24.

bezoek aan de patiënt tijdelijk te beperken zijn voorbeelden van een tussenkomst die aan geïnformeerde toestemming onderhevig is.<sup>121</sup> Wanneer de patiënt bij aanvang over het volledige zorgtraject geïnformeerd is en ermee toestemt, is niet bij elke afzonderlijke tussenkomst zijn uitdrukkelijke toestemming vereist.<sup>122</sup> Wel is vereist dat bij elke tussenkomst wordt nagegaan of de gegeven toestemming nog steeds overeenstemt met wat de patiënt *ad hoc* wil.<sup>123</sup> Essentieel hierbij is het recht om een tussenkomst te weigeren of een gegeven toestemming in te trekken.<sup>124</sup> Deze weigering of intrekking doet het recht op kwaliteitsvolle dienstverlening niet ophouden.<sup>125</sup> Op de beroepsbeoefenaar rust de plicht om alternatieven aan te bieden en zo nodig de patiënt door te verwijzen.<sup>126</sup>

Het ruime toepassingsgebied van de Wet patiëntenrechten en de vereisten van een actuele toestemming met elke tussenkomst begrenst de omvang van de huisregels: huisregels mogen niet bedoeld zijn om de gezondheidstoestand van de patiënt te bevorderen, vast te stellen, te behouden, te herstellen of te verbeteren. Behoudens waar specifiekere regels hiervan afwijken, mogen huisregels geen behandelingsmotief nastreven.

- 2. De ziekenhuiswetgeving [alle patiënten]** kent psychiatrische ziekenhuizen impliciet de bevoegdheid toe om de orde in de voorziening te regelen. Deze bevoegdheid is slechts geëxpliciteerd voor het bezoek. De voorziening heeft het recht om bij huishoudelijk reglement het aantal bezoekers op de kamer te beperken.<sup>127</sup>

De ziekenhuiswetgeving laat huisregels met een ordemotief toe. Ze zijn erop gericht de orde-lijke gang van zaken in een ziekenhuis te regelen.<sup>128</sup> De omvang en de grenzen van het ordemotief zijn in de ziekenhuiswetgeving echter niet geregeld. Voor een afbakening kan het ordemotief afgezet worden tegen het behandelingsmotief: al wat onder de hierboven beschreven behandeling van de patiënt valt, wordt niet door het ordemotief gevat. In dat opzicht is het opvallend dat het KB dat de ziekenhuiserkenning regelt, aangeeft dat op beslissing van de arts individuele bezoekbeperkingen kunnen worden opgelegd.<sup>129</sup> Deze bepaling is o.i. slechts onder dwang toepasbaar waar het bezoek een gevaar met zich meebrengt voor derden dat kadert binnen de noodtoestand.<sup>130</sup> Een verdere toepassing in het licht van de behandeling, zou de Wet patiëntenrechten aan de kant schuiven. Het lijkt onwaarschijnlijk dat de wetgever bij de totstandkoming van de Wet patiëntenrechten de bedoeling gehad heeft om het bezoek op grond van een uit 1964 daterende bepaling als één van de enige aspecten – zo niet het enige aspect – te onttrekken aan het autonomiebeginsel dat bij de medische behandeling het uitgangspunt vormt.

---

<sup>121</sup> Wetsontwerp betreffende de rechten van de patiënt, *Parl.St.* Kamer 2001-02, nr. 50-1642/001, 24 ; ORDE DER ARTSEN, *Advies over elektronische armbanden bij psychiatrische patiënten*, 22 augustus 1998; ORDE DER ARTSEN, *Advies over de toegang tot en het gedwongen verlaten van een ziekenhuisinstelling*, 18 februari 1992.

<sup>122</sup> Wetsontwerp betreffende de rechten van de patiënt, *Parl.St.* Kamer 2001-02, nr. 50-1642/001, 25.

<sup>123</sup> Art. 8, § 1, tweede lid Wet patiëntenrechten; over een stilzwijgende wilsovereenstemming zie Antwerpen 19 december 2005, *T.Gez.* 2007-08, afl. 1, 33.

<sup>124</sup> Art. 8, § 4, eerste lid Wet patiëntenrechten.

<sup>125</sup> Art. 8, § 4, tweede lid Wet patiëntenrechten ; ORDE DER ARTSEN, *Advies over de toegang tot en het gedwongen verlaten van een ziekenhuisinstelling*, 18 februari 1992.

<sup>126</sup> Wetsontwerp betreffende de rechten van de patiënt, *Parl.St.* Kamer 2001-02, nr. 50-1642/001, 27.

<sup>127</sup> Bijlage A, III, 4° KB 23 oktober 1964 tot bepaling van de normen die door de ziekenhuizen en hun diensten moeten worden nageleefd, *BS* 7 november 1964.

<sup>128</sup> Cfr. GGZ NEDERLAND, *Modelhuisregels*, GGZ Nederland, november 2009.

<sup>129</sup> Bijlage A, III, 4° KB 23 oktober 1964 tot bepaling van de normen die door de ziekenhuizen en hun diensten moeten worden nageleefd, *BS* 7 november 1964.

<sup>130</sup> Zie ook T. OPGENHAFFEN, *Vrijheidsbeperkingen in de residentiële zorg : een rechtspositionele en mensenrechtelijke evaluatie*, onuitg. doctoraatsthesis KU Leuven, 2019, 428-429.

3. **De Wet bescherming persoon geesteszieke [gedwongen opname]** kent de ziekenhuizen de bevoegdheid toe om de interne orde te regelen. Een huishoudelijk reglement is zelfs verplicht.<sup>131</sup> Wat een reglement precies mag of moet bevatten is opnieuw niet duidelijk. Deze onduidelijkheid wordt mede ingegeven door de weinig ge-expliciteerde interne rechtspositie van de gedwongen opgenomen patiënt in het algemeen. Op vier punten brengt de wet wel duidelijkheid.

*Ten eerste* erkent de Wet bescherming persoon geesteszieke dat het recht op bezoek op grond van een ordemotief beperkt mag worden. Deze beperkingen worden opgenomen in het huishoudelijk reglement.<sup>132</sup> Hoewel de wet niet aangeeft welke beperkingen rechtvaardigbaar zijn, kan – naar analogie met de algemene ziekenhuiswetgeving<sup>133</sup> – gedacht worden aan beperkingen van de bezoektijden en het aantal gelijktijdige bezoekers. Ook het weigeren van bezoekers omdat ze een gevaar voor de orde betekenen behoort tot de mogelijkheden. De bezoektijdenregeling geldt niet ten aanzien van de arts, de advocaat en bedienaren van de eredienst en lekenraadgevers.<sup>134</sup> Algemeen geldende bezoekbeperkingen met een ordemotief, moeten onderscheiden worden van individuele bezoekbeperkingen die ingegeven zijn vanuit de behandeling van de patiënt of vanuit het gevaar dat hij betekent. Voor deze individuele beperkingen voorziet de Wet bescherming persoon geesteszieke in een specifieke regeling: de behandelende arts heeft de bevoegdheid om wanneer hiervoor geneeskundige contra-indicaties bestaan bezoekbeperkingen op te leggen die afwijken van het huishoudelijk reglement. Deze beperkingen kunnen niet worden ingeroepen ten aanzien van de vertrouwenspersoon, de advocaat en de arts van de geesteszieke.<sup>135</sup> Deze afwijking rechtvaardigt enkel bezoekbeperkingen. Ze mag o.i. niet worden uitgebreid tot andere aspecten van het verblijf, zoals het gebruik van gsm's of de briefwisseling.

*Ten tweede* mogen brieven van of aan de geesteszieke niet ingehouden, geopend of vernietigd worden.<sup>136</sup> Hetzelfde geldt voor verzoekschriften of klachten gericht aan gerechtelijke of administratieve overheden.<sup>137</sup>

*Ten derde* kent een KB psychiatrische ziekenhuizen de bevoegdheid toe om 'interne beschermingsmaatregelen' op te nemen in het huishoudelijk reglement. Deze beschermingsmaatregelen zijn bedoeld om de orde in de voorziening te handhaven.<sup>138</sup> Deze bepaling wordt door een deel van de rechtsleer betwist aangezien de wet zelf als hogere norm vooropstelt dat buiten de beschermingsmaatregelen waarin deze wet voorziet, de diagnose en behandeling van psychische stoornissen geen aanleiding mag geven tot enige vrijheidsbeperking.<sup>139</sup> Een genuanceerde interpretatie van deze regel dringt zich o.i. op. Aan de ene zijde verplicht het konink-

---

<sup>131</sup> Art. 32, § 2, tweede lid Wet bescherming persoon geesteszieke

<sup>132</sup> Art. 32, § 2, tweede lid Wet bescherming persoon geesteszieke; Art. 3, § 1 KB 18 juli 1991 ter uitvoering van artikel 36 van de wet van 26 juni 1990 betreffende de bescherming van de persoon van de geesteszieke, BS 26 juli 1990.

<sup>133</sup> Bijlage III, 4° KB 23 oktober 1964 tot bepaling van de normen die door de ziekenhuizen en hun diensten moeten worden nageleefd, BS 7 november 1964.

<sup>134</sup> Art. 32, § 2, tweede lid Wet bescherming persoon geesteszieke. Bijlage III, 5° KB 23 oktober 1964 tot bepaling van de normen die door de ziekenhuizen en hun diensten moeten worden nageleefd, BS 7 november 1964.

<sup>135</sup> Art. 32, § 2, tweede lid Wet bescherming persoon geesteszieke ; Vred. Seneffe 16 april 2012, *T.Vred.* 2014, afl. 7-8, 319. K. ROTTHIER en M. SERVAES, *Gedwongen opname van de geesteszieke. Handleiding bij de Wet Persoon Geesteszieke*, Brugge, die Keure, 2012, 260.

<sup>136</sup> Art. 32, § 2, eerste lid Wet bescherming persoon geesteszieke.

<sup>137</sup> Art. 32, § 2, eerste lid Wet bescherming persoon geesteszieke.

<sup>138</sup> Art. 3, § 2 KB 18 juli 1991 ter uitvoering van artikel 36 van de wet van 26 juni 1990 betreffende de bescherming van de persoon van de geesteszieke, BS 26 juli 1990.

<sup>139</sup> Art. 1, § 1 Wet bescherming persoon geesteszieke ; zie o.m. C. LEMMENS, "De dwangopneming van geesteszieken" in T. VANSWEEVELT en F. DEWALLENS (eds.), *Handboek Gezondheidsrecht*, II, Antwerpen, Intersentia, 2014, 1037-1038; M. VEYS, *De Wet Patiëntenrechten in de psychiatrie*, Brussels, Larcier, 2008, 144; zie evenwel *contra* o.m. S. WILSON, J. DE MEULENAERE, D. VAN WEST, en D. DEBOUTTE, "Dwangopname en -behandeling van Minderjarigen" in G. BENOIT e.a., *De bescherming van de persoon van de geesteszieke: ethische, medische en juridische perspectieve*, Brugge, Die Keure, 2010, 184.



lijk besluit de voorzieningen op rechtmatige wijze om een huishoudelijk reglement op te stellen. Hierbij wordt de bevoegdheid gedelegeerd om binnen de muren van de voorziening de interne orde te regelen en te bewaren.<sup>140</sup> Indien het verbod op vrijheidsbeperkingen absoluut geïnterpreteerd wordt, is deze delegatie een lege doos die ertoe zou leiden dat elke bestaande afdelingsregel onwettig is. Aan de andere zijde betekent deze delegatie geen vrijgeleide om de interne orde buiten het recht om te regelen. Een tussenpositie dient zich aan waarbij de voorzieningen verplicht zijn om een reglement op te stellen en hierin de toepassing van “interne beschermingsmaatregelen” op te nemen, maar waarbij ze *niet* het recht hebben om voorbij te gaan aan het gemeen recht, *i.h.b.* de Wet patiëntenrechten. Dat de huisregels de behandeling van de patiënt niet mogen regelen houdt bijgevolg stand. De Wet bescherming persoon geesteszieke voorziet immers niet in een rechtsgrond die – bij wijze van afwijking op de Wet patiëntenrechten – een dwangbehandeling toelaat.<sup>141</sup> In dat opzicht mogen beperkingen die erop gericht zijn om het verloop van de behandeling te bevorderen – bv. telefoonbeperkingen of een relatieverbod – of die erop gericht zijn om de therapietrouw te controleren – bv. bepaalde kamercontroles – niet in de huisregels worden opgenomen. Dit sluit niet uit dat ze individueel met de patiënt kunnen worden afgesproken. Zo’n afspraak valt echter onder de Wet patiëntenrechten zodat de toepassing ervan actueel geweigerd kan worden.

*Ten vierde* geldt wat uitgangen betreft een ander uitgangspunt dan in de vrijwillige zorg. De patiënt mag het ziekenhuis in beginsel niet verlaten.<sup>142</sup> Hoewel de wetgever dit niet expliciteert, volgt deze beperking uit de beschermings- en bewakingsplicht die inherent is aan de Wet bescherming persoon geesteszieke.<sup>143</sup> De arts van de dienst beslist onder zijn gezag en op zijn verantwoordelijkheid over eventuele uitzonderingen. Tijdens een verblijf ter observatie kan hij toelaten dat de patiënt voor beperkte tijd, alleen of onder begeleiding, de afdeling kan verlaten of deeltijds in de voorziening kan verblijven.<sup>144</sup> Ook tijdens een verder verblijf kan de arts-diensthoud de toelating verlenen om de voorziening tijdelijk te verlaten, of te verlaten om beroepsarbeid te verrichten of een studie te volgen.<sup>145</sup>

- 4. De interneringswet [geïnterneerden]** besteedt geen aandacht aan huisregels en regelt de interne rechtspositie van forensisch psychiatrische patiënten die buiten de gevangenis verblijven niet.<sup>146</sup> Opnieuw geldt bij gebrek aan specifiekere regels het (op autonomie gebaseerde) gemeen recht. Om deze toepassing ten volle te vatten is een onderscheid tussen geplaatste geïnterneerden en geïnterneerden vrij op proef noodzakelijk.

*Ten eerste* kan de KBM geïnterneerden plaatsen in een psychiatrisch ziekenhuis waarmee een overeenkomst betreffende de plaatsing is aangegaan.<sup>147</sup> Nog lopende plaatsingen onder de oude regeling worden hiermee gelijkgesteld.<sup>148</sup> Ten aanzien van geplaatsten geldt – net als ten aanzien van patiënten die gedwongen opgenomen zijn – dat ze de voorziening niet mogen

<sup>140</sup> Voorbeeld art. 32, § 2 Wet bescherming persoon geesteszieke.

<sup>141</sup> *Gedwongen behandeling bij de gedwongen opname* (advies nr. 21 van 10 maart 2003), Belgisch Raadgevend Comité voor Bio-ethiek, 8 ; C. LEMMENS, “De dwangopneming van Geesteszieken” in F. DEWALLENS en T. VANSWEEVELT (eds.), *Handboek gezondheidsrecht*, II, Antwerpen, Intersentia, 2014, 1039-1040; H. NYS en J. HANTSON, “Art. 1 Wet Geesteszieke” in P. SENAËVE, F. SWENNEN en G. VERSCHULDEN (eds.), *Personen- en familierecht. Artikelsgewijze commentaar met overzicht van rechtspraak en rechtsleer*, III, *Bijzondere wetgevingen*, Mechelen, Kluwer, losbl., 93.

<sup>142</sup> Vred. J. 18 juni 1999, *JT* 1999, 665; K. ROTTHIER en M. SERVAES, *Gedwongen opname van de geesteszieke. Handleiding bij de Wet Persoon Geesteszieke*, Brugge, Die Keure, 2012, 55.

<sup>143</sup> Vred. J. 18 juni 1999, *JT* 1999, 665; K. ROTTHIER en M. SERVAES, *Gedwongen opname van de geesteszieke. Handleiding bij de Wet Persoon Geesteszieke*, Brugge, die Keure, 2012, 55.

<sup>144</sup> Art. 11, tweede lid Wet bescherming persoon geesteszieke ; Rb. Dendermonde 29 februari 1996, *TGR* 1996, 74.

<sup>145</sup> Art. 15 Wet bescherming persoon geesteszieke ; dit betreft een medisch oordeel waarvoor geen rechterlijke tussenkomst vereist is. Zie in het kader van minderjarigen, GwH 29 april 2010, *Arr. GwH* 2010, 591, B6.1-2; Vred. Wolvtem 10 januari 1992, *T.Vred.* 1994, 104.

<sup>146</sup> Voor een kritiek zie T. VANDER BEKEN & F. VANDER LAENEN, “Bezorgd om zorg”, *Panopticon* 2017, 78.

<sup>147</sup> Art. 3, 4° d j° 5° Interneringswet.

<sup>148</sup> Art. 135, §5 Interneringswet.

verlaten. Opnieuw is de plicht om ter plekke te blijven niet absoluut. Anders dan bij de gedwongen opname – waar artsen over de uitzonderingen beslissen – wordt de mogelijkheid om de voorziening te verlaten beoordeeld door de KBM die in het kader van de uitvoeringsmodaliteiten van de internering in de tijd beperkte uitgangsvergunningen en verlof kan toekennen.<sup>149</sup> Overige vrijheidsbeperkingen zijn voor geplaatste niet geregeld.<sup>150</sup> Ook voorziet de Interneringswet geen uitzonderingen op de Wet patiëntenrechten. Dit brengt met zich mee dat – buiten voor de bewegingsvrijheid – de geplaatste geïnterneerde rechtspositieel gelijk is met vrijwillige patiënten.

Ten tweede kan de KBM beslissen om de geïnterneerde in vrijheid te stellen op proef en hem een residentieel zorgtraject te laten volgen.<sup>151</sup> Het verblijf gaat gepaard met algemene voorwaarden – geen strafbare feiten plegen, een vaste verblijfplaats hebben en gevolg geven aan oproepingen – en eventueel geïndividualiseerde voorwaarden.<sup>152</sup> Ook bij een invrijheidstelling op proef is de interne rechtspositie niet geregeld. Hoewel aan de geïnterneerde individuele voorwaarden kunnen worden opgelegd bijvoorbeeld inzake de behandeling en de bewegingsvrijheid en het niet naleven ervan kan leiden tot een intrekking van de invrijheidstelling op proef, valt zijn rechtspositie samen met die van de vrijwillig opgenomen patiënt. Zeker wat de ruimte voor huisregels betreft, treedt er geen verruiming op.

5. **De noodtoestand [alle patiënten]** is in de praktijk een belangrijke *escape clause*. Doordat vrijheidsbeperkingen en dwang t.a.v. individuele patiënten amper geregeld zijn, maar dwang vanuit een beschermings-, behandelings-, of gevaarsmotief toch soms nodig geacht wordt, is een beroep op de noodtoestand gangbaar. Van noodtoestand is sprake wanneer een belangenconflict bestaat, waarbij iemand om een hoger of gelijkwaardig rechtsgoed te vrijwaren redelijkerwijze niet anders kan dan een gedraging te stellen die delictstypisch is.<sup>153</sup> Opdat er sprake is van een noodtoestand is ten eerste vereist dat het beschermde rechtsgoed hoger of minstens evenwaardig gewaardeerd wordt.<sup>154</sup> Dit is het geval voor de fysieke, morele, psychische en seksuele integriteit van een persoon.<sup>155</sup> Ten tweede moet het gevaar ernstig, dreigend en nabij zijn.<sup>156</sup> Tot slot moet het ingrijpen subsidiair en proportioneel zijn.<sup>157</sup> Gezien de strenge toepassingsvoorwaarden kan de noodtoestand enkel kortdurende vrijheidsbeperkingen verantwoorden. Huisregels kunnen niet met de noodtoestand gerechtvaardigd worden.

23. Samengevat volgt uit het bestaande rechtskader dat huisregels zich moeten beperken tot de orde in de voorziening. Van een ordemotief is sprake wanneer de regel de bedoeling heeft om de orde binnen de voorziening te regelen, de vlotte zorgverlening te garanderen en de belangen van derden te vrijwaren. Voorbeelden zijn de etenstijden, het praktische verloop van het bezoek, de wijze waarop de rust en het privéleven van derden beschermd worden, en de omgang met verboden middelen. Het

<sup>149</sup> Art 20-22 Interneringswet; P. VERPOORTEN, “De wet van 5 mei 2014 betreffende de internering van personen”, *T. Strafr.* 2015-16, 301-303.

<sup>150</sup> DEPARTEMENT WELZIJN, VOLKSGEZONDHEID EN GEZIN, *Referentiekader voor kwaliteitsvolle geestelijke gezondheidszorg voor forensische cliënten*, Brussel, Agentschap zorg en gezondheid, 2019, <https://www.zorg-en-gezondheid.be/referentiekader-voor-kwaliteitsvolle-geestelijke-gezondheidszorg-voor-forensische-cli%C3%ABnten> (consultatie 31 mei 2019).

<sup>151</sup> Art. 26 Interneringswet.

<sup>152</sup> Art. 34, 37, 40 en 42, §1 Interneringswet.

<sup>153</sup> A. DIERICKX, “Over de putatieve noodtoestand”, *NC* 2007, 395; *Cass.* 4 maart 2014, *Arr.Cass.* 2014, 594.

<sup>154</sup> A. DIERICKX, “Over de putatieve noodtoestand”, *NC* 2007, 396-397.

<sup>155</sup> *Cass.* 13 mei 1987, *Arr.Cass.* 1986-87, 1203; *KI Luik* 22 januari 1987, *JL* 1987, 217; *KI Bergen* 22 november 1996, *Rev.dr.pén.* 1997, 575; *KI Antwerpen* 26 maart 2012, *NC* 2012, 487, noot L. HUYBRECHTS; A. DE NAUW, “La consécration jurisprudentielle de l'état de nécessité” (noot onder *Cass.* 13 mei 1987), *RCJB* 1989, 602; Zie echter *contra* voor wettige verdediging: J. DE HERDT, *Fysiek interpersoonlijk geweld*, Antwerpen, Intersentia, 2014, 692-693.

<sup>156</sup> A. DIERICKX, “Over de putatieve noodtoestand”, *NC* 2007, 396-397; Zie bv. *Luik* 25 mei 2009, *T.Gez.* 2009-10, 44, noot N.C.B.

<sup>157</sup> A. DIERICKX, “Over de putatieve noodtoestand”, *NC* 2007, 396.

ordemotief onderscheidt zich van het behandelingsmotief, waarover op grond van de Wet patiëntenrechten huisregels verboden zijn. Dat huisregels behoudens andersluidende wettelijke regeling geen behandelingsmotief mogen bevatten, betekent niet dat er in het kader van de behandeling geen beperkingen aan de patiënt mogen worden opgelegd. Beperkingen in het kader van de behandeling kunnen deel uitmaken van het individuele behandelingsplan.

### **2.3. De toetsingscriteria voor en toets van huisregels**

**24.** Vertrekkende van de beginselen van legaliteit, legitimiteit en noodzakelijkheid en aangevuld met de plaats van de huisregels binnen het Belgische recht worden hierna vier criteria geformuleerd waaraan de huisregels moeten voldoen: huisregels zijn [1] orderegels [2] waarvan het overtreden niet sanctioneerbaar mag zijn, die bovendien [3] duidelijk en voorzienbaar zijn en [4] noodzakelijk (d.w.z. subsidiair, proportioneel en pertinent) zijn. In wat volgt wordt elk van deze criteria verder uitgewerkt en wordt de toepassing ervan aan de hand van voorbeelden geïllustreerd.

#### *2.3.1. Huisregels zijn orderegels*

**25.** Dat huisregels geen behandelingsmotief mogen hebben, is verregaand maar niet onlogisch. Het uitgangspunt voor de behandeling is immers de Wet patiëntenrechten. Net zoals de behandeling in de geestelijke gezondheidszorg geen pakket is dat te nemen of te laten is, zijn ook beperkingen die nodig kunnen zijn om de behandeling te doen slagen, individueel af te spreken. Doordat het aanvaarden van huisregels noodzakelijk volgt uit de opname, geldt het verbod op regels met een behandelingsmotief het duidelijkst bij personen die gedwongen opgenomen zijn op grond van de WBPZ of geplaatst zijn op grond van de Interneringswet. Zij hebben bij opname niet voor een behandeling gekozen. Het opleggen van behandelingsregels bij opname zou bij hen tot een ongerechtvaardigde dwangbehandeling leiden. Voor wie vrijwillig in een voorziening verblijft of wie vrij is op proef in de zin van de Interneringswet is de situatie ten dele anders: de patiënt heeft immers voor een verblijf gekozen en drukt zo een engagement uit over zijn behandeling. Hoewel het verantwoordbaar lijkt te stellen dat de patiënt die vooraf weet welke behandelingsregels hij moet naleven, en die er ten allen tijde voor kan kiezen om deze regels te schenden en zijn engagement te herroepen wel behandelingsregels kan aanvaarden, zijn hiertegen drie bezwaren: ten eerste zijn patiënten in de geestelijke gezondheidszorg een zwakkere contractspartij; ten tweede beschouwt de Wet patiëntenrechten een medische behandeling als maatwerk; ten derde is het paradoxaal om huisregels met een behandelingsdoel toe te laten bij vrijwillige patiënten en te verbieden bij gedwongen en geplaatste patiënten. Deze laatste reden is o.i. doorslaggevend. Een andere behandeling zou ertoe leiden dat wie vrijwillig in een voorziening verblijft zich aan meer regels te houden heeft en minder inspraak heeft dan wie er gedwongen verblijft. Dat de vrijwillige patiënt bij een schending van de regels bovendien het risico loopt ontslagen te worden en – bij een invrijheidstelling op proef – opnieuw geïnterneerd of geplaatst kan worden, plaatst hem in een juridisch zwakkere positie.

Het verbod op huisregels met een behandelingsmotief is een conclusie die ook in Nederland gemaakt wordt.<sup>158</sup> Het ordekaracter van huisregels volgt er o.m. impliciet uit de Wet bijzondere opnemingen psychiatrische ziekenhuizen (hierna BOPZ)<sup>159</sup> en wordt vanaf 1 januari 2020 verder geëxpliciteerd in de Wet verplichte GGZ, die de BOPZ vervangt. Volgens deze wet regelen huisregels de ordelijke gang van

---

<sup>158</sup> GGZ NEDERLAND, *Modelhuisregels*, GGZ Nederland, november 2009; J. LEGEMAATE, *De rechtspositie van de vrijwillig opgenomen psychiatrische patiënten*, Arnhem – Gouda, Quint, 1991, 273.

<sup>159</sup> O.m. Art 40 Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen, *Stb.* 1992.

zaken en de veiligheid, passend bij de doelgroep.<sup>160</sup> In tegenstelling tot Vlaanderen, voorziet Nederland in een richtlijn over modelhuisregels in de geestelijke gezondheidszorg.<sup>161</sup> Deze richtlijn bant overigens niet enkel huisregels met een behandelingsmotief, maar ook huisregels die het gedrag van de patiënt regelen. Dergelijke gedragsregels die regelen hoe de patiënt bijvoorbeeld zijn kamer netjes houdt, zich gedraagt aan tafel of zich kleedt, horen volgens de richtlijn niet in de huisregels thuis. Deze houding is o.i. te transponeren naar de Vlaamse geestelijke gezondheidszorg, althans voor zover de gedragsregels *geen* duidelijk ordemotief nastreven, maar eerder bedoeld zijn om de patiënt te wijzen op hoe hij zich in een voorziening (en ruimer in de samenleving) hoort te gedragen. Gedragsregels streven o.i. een ordemotief na wanneer ze de patiënt erop wijzen dat hij bepaalde grensregels niet mag overschrijden en dat hij de fysieke, psychische integriteit en de persoonlijke levenssfeer van zorgverleners en andere patiënten moet respecteren.<sup>162</sup> Gedragsregels die niet aan dit strenge criterium voldoen, sluiten o.i. aan bij de behandeling van de patiënt in de ruime zin. Een voorbeeld is de verplichting voor de patiënt om zijn kamer ordelijk te houden en de dagelijkse controles erop<sup>163</sup> of het ontraden om intieme relaties aan te gaan tijdens de behandeling.<sup>164</sup> Dergelijke gedragsregels worden immers ingevoerd omdat de voorziening aanneemt dat de patiënt er beter van wordt. Verdere specificering van algemene samenlevingsnormen is dan ook bevragebaar. Het omzetten van deze algemene samenlevingsnormen in concrete regels leidt al snel tot bevoogding. Wanneer het gedrag van een patiënt voor problemen zorgt is het beter hem hierop individueel aan te spreken en hierover afspraken te maken.

**26.** Verschillende van de geanalyseerde huisregels hebben een onmiskenbaar behandelingsmotief en zijn daarom ontoelaatbaar. Dit geldt bijvoorbeeld voor regels die alcoholgebruik verbieden tijdens de uitgangen<sup>165</sup> of die enkel bezoek familie toelaten.<sup>166</sup> Van andere regels, zoals het verbod op het bezit van aanstekers, lucifers<sup>167</sup> of gevaarlijke voorwerpen en de (kamer)controles hierop,<sup>168</sup> is het dan weer onmiddellijk duidelijk dat ze wel een ordemotief nastreven.

Tussen deze duidelijke voorbeelden in bevindt zich een grijze zone waarin orde- en behandelingsregels moeilijk van elkaar te scheiden zijn. Veel regels kunnen immers beide motieven nastreven en zowel een invloed hebben op de orde in de voorziening als op de behandeling van de patiënt. Zo is een verbod op alcohol soms noodzakelijk voor het leefklimaat in de voorziening, maar heeft het tegelijk een positief effect op de behandeling van een verslaafde patiënt. Hetzelfde geldt voor beperkingen op bezoek en communicatie: ze kunnen nodig zijn om de orde in de voorziening te regelen, maar de rust die dit schept kan therapeutisch zinvol zijn. Deze dubbele rol is o.i. niet problematisch voor zover in de huisregel noodzakelijk is vanuit het perspectief van de orde, en slechts bijkomend een effect heeft op de

---

<sup>160</sup> Art 8:15, § 1 Wet 24 januari 2018 houdende regels voor het kunnen verlenen van verplichte zorg aan een persoon met een psychische stoornis, *Stb.* 2018, nr. 37.

<sup>161</sup> GGZ NEDERLAND, *Modelhuisregels*, GGZ Nederland, november 2009; zie ook Art 8:15, § 5 Wet 24 januari 2018 houdende regels voor het kunnen verlenen van verplichte zorg aan een persoon met een psychische stoornis, *Stb.* 2018, nr. 37.

<sup>162</sup> Zie ook KONINKLIJKE ACADEMIE VOOR GENEESKUNDE VAN BELGIË, *Charter over goed patiëntschap*, Brussel, Koninklijke Academie voor Geneeskunde van België, September 2015, § 4; BEGELEIDINGSKOMMISSIE ETHIEK GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG VAN DE BROEDERS VAN LIEFDE, *Vrijheidsbeperking in de geestelijke gezondheidszorg. Over regels, macht en dwang*, Begeleidingscommissie ethiek Geestelijke Gezondheidszorg van de Broeders van Liefde, december 2018, [www.broedersvanliefde.be/sites/BVL/files/advies\\_vrijheidsbeperking.pdf](http://www.broedersvanliefde.be/sites/BVL/files/advies_vrijheidsbeperking.pdf), 5.

<sup>163</sup> P\_VER\_INF\_04 "Op dagelijkse basis wordt na het ochtendappél de kamer gecontroleerd inzake orde en netheid, door iemand van het personeel. (de aandachtspunten hangen uit op de kamers ( gele pancarte: "Netheid op de kamer"). Onregelmatigheden kunnen leiden tot een sanctie."

<sup>164</sup> P\_PER\_INF\_04 "Het team ontraadt het aangaan van intieme relaties met medepatiënten omdat dit het therapeutisch proces in het gevang kan brengen."

<sup>165</sup> P\_OUD\_INF\_06\_2 "Geen alcohol gedurende je volledige opname (ook bij uitgang is gebruik hiervan niet toegestaan !"

<sup>166</sup> P\_VER\_INF\_04 "Er is enkel bezoek van familie of belangrijke steunfiguren toegelaten".

<sup>167</sup> P\_ALG\_REG\_06 "Men mag op sommige zorgeenheden omwille van veiligheid geen aanstekers of lucifers bij zich hebben".

<sup>168</sup> P\_OUD\_INF\_10 "Kamercontrole kan gebeuren bij aanwezigheid van gevaarlijke voorwerpen, verloren middelen of bij het vermoeden van diefstal."

behandeling. Wel is het van belang dat de voorziening kan motiveren dat de regel werd ingevoerd met de bedoeling om de orde en veiligheid te garanderen. Het strekt tot aanbeveling om deze verantwoording op te nemen in de huisregels zelf.

### 2.3.2. Huisregels bevatten geen sancties

**27.** Voorzieningen zijn bevoegd om via de huisregels de ordelijke gang van zaken te regelen. Dit is enkel zinvol als ze het overtreden van orderegels ook kunnen handhaven: voorzieningen zijn daarom ook bevoegd om de orde te *herstellen*. Wanneer een patiënt de orde in de voorziening verstoort, kan de voorziening ingrijpen. Zo'n ingrijpen mag evenwel niet verder gaan dan het herstellen van de orde en mag daarom nooit de vorm aannemen van een **sanctie**. Dit zou immers in strijd zijn met het verbod op vrijheidsbeperkingen in artikel 1 WBPB en het verbod op private sancties in het verbintenissenrecht. Tot eenzelfde conclusie komt de Nederlandse richtlijn modelhuisregels: "Wanneer aan het verstoren van de orde consequenties zijn verbonden dan moeten deze erop gericht zijn aan de verstoring een eind te maken, maar ze mogen geen strafkarakter hebben."<sup>169</sup>

Een goed praktijkvoorbeeld voorbeeld van een toelaatbare handeling om de orde te herstellen is het afnemen en vernietigen van drugs.<sup>170</sup> Wat evenwel niet mag, is achteraf, wanneer de orde hersteld is nog een straf opleggen.<sup>171</sup> Ook andere regels lijken verder te gaan dan het herstellen van de orde in de voorziening. Dit is bijvoorbeeld het geval wanneer middelengebruik tot een uitgangsverbod leidt dat minimaal twee dagen duurt.<sup>172</sup> Hoewel een uitgangsverbod nodig kan zijn, heeft de minimumduur een mogelijk strafkarakter. Andere voorbeelden zijn het sanctioneren van bepaald gedrag met vrijetijdsverlies, het automatisch overbrengen van een patiënt naar een andere afdeling<sup>173</sup> en het beperken van het zakgeld en de internettijd na het gebruik van verslavende middelen.<sup>174</sup> Het is moeilijk in te zien hoe deze automatische koppeling tussen bepaald gedrag en een bepaald gevolg als vanzelfsprekend de orde in de voorziening herstelt.

Ook een gedwongen ontslag kan een sanctionerend (en dus ontoelaatbaar) karakter hebben. Dit is het geval wanneer het ontslag een rechtstreeks gevolg is van het overtreden van een huisregel, bijvoorbeeld het alcohol- of drugsverbod.<sup>175</sup> Uiteraard is niet elk ontslag een sanctie. Een ontslag kan ook volgen uit een vertrouwensbreuk en de hieruit voortvloeiende onmogelijkheid voor een verdere behandeling.<sup>176</sup> Dergelijke vertrouwensbreuk – die kan voortvloeien uit het gedrag van de patiënt en het

<sup>169</sup> GGZ NEDERLAND, *Modelhuisregels*, GGZ Nederland, november 2009, p. 6.

<sup>170</sup> P\_PSY\_REG\_07 "Op de afdeling wordt het bezit van alcohol en drugs niet toegelaten. Bij vermoeden van het binnen brengen van deze middelen kan men gefouilleerd worden. In beslag genomen drugs worden naar de centrale apotheek gebracht en daar vernietigd. Indien er alcohol wordt gevonden zal dit op de afdeling in bijzijn van de patiënt worden vernietigd."; P\_VER\_REG\_08 'Extra medicatie, alcoholische drank en drugsmiddelen worden in beslag genomen en vernietigd.'

<sup>171</sup> P\_PER\_INF\_03\_1 "Gebruik van alcohol en drugs op de afdeling is niet toegestaan. Deze producten zullen afgenomen en vernietigd worden. Sancties worden in overleg met psychiater toegepast."

<sup>172</sup> P\_VER\_INF\_05a "Na gebruik moet u op het domein blijven totdat het gebruik binnen het team besproken is. Op indicatie kan er afgeweken worden van de beschermingsregel om na gebruik zeven dagen op het domein te blijven. Sowieso hanteren we een regel van minimum twee dagen na gebruik binnen blijven, dit ter bescherming en om het verslavingsgedrag te couperen."

<sup>173</sup> Bv. P\_PER\_INF\_06\_1 "Bij positieve test wordt in team de verder behandeling besproken en er wordt een advies gegeven. Dit kan leiden tot vrijetijdsverlies en mutatie naar een afdeling die je helpt bij de behandeling van je middelenmisbruik."

<sup>174</sup> Bv. P\_FOR\_REG\_03\_2 "Indien u hervallen bent in middelen, word je op drugsstatuut geplaatst. Drugsstatuut is een beschermingsmaatregel waarbij je in een middelenvrije omgeving wordt geplaatst om verder gebruik te voorkomen. Je vindt hier meer informatie over in de onthaalbrochure. Je krijgt geen vrijheden tot aan de volgende teamvergadering. Je krijgt 2euro zakgeld per dag. Op deze manier kan vermeden worden dat je nog producten aankoopt. 1u internetvrijheid per dag. Je spreekt dit uur af met de begeleiding. Het ontvangen van bezoek wordt individueel bekeken. Je bespreekt dit dus best op voorhand met de begeleiding."

<sup>175</sup> P\_ALG\_REG\_03 "Het gebruik van alcohol of drugs op het ziekenhuisdomein, of het verdelen/verkoppen van medicatie, alcohol of drugs aan medepatiënten leidt tot ontslag."; P\_VER\_INF\_06 "Het gebruik, het bezit of het dealen van drugs leidt tot onmiddellijk ontslag."

<sup>176</sup> Zie A. VERSWEYVELT en J. PUT, *De opname en begeleidingsplicht in de jeugdhulp en gehandicaptenzorg*, Leuven, Instituut voor Sociaal Recht KU Leuven, 2016, 72; H. VAN GOMPEL en W. WIJSMANS, "De buitengerechterlijke ontbinding: springlevend, ondanks een aarzelend Hof van Cassatie en een verdeelde doctrine", *Limb.Rechtsl.* 2015, 100. Voor een voorbeeld Luik 21 oktober 2015, *T.Aann.* 2017, 114 en Luik 25 januari 2016, *JT* 2016, 479.; vb. P\_ALG\_REG\_06 "Bij aanhoudend misbruik binnen de instelling, kan de behandeling stopgezet worden

niet respecteren van de huisregels – is een toelaatbare reden voor ontslag voor zover de noodzaak ervan kan worden aangetoond (*infra* 2.3.4).

### 2.3.3. Huisregels zijn duidelijk, voorzienbaar en toegankelijk

**28.** Wanneer het uitgangspunt is dat huisregels aan het legaliteitsbeginsel moeten voldoen, dan moeten ze duidelijk zijn, moeten ze de eruit voortvloeiende vrijheidsbeperkingen op een voorzienbare manier beschrijven en moeten ze voor de patiënt toegankelijk zijn.<sup>177</sup>

1. Ten eerste moeten huisregels **duidelijk** zijn. Dit is het geval indien de patiënt op basis van de huisregels kan inschatten onder welke voorwaarden en in welke omstandigheden zijn vrijheid beperkt kan worden.<sup>178</sup> Dit vereist aandacht voor de context van de geestelijke gezondheidszorg en de kwetsbaarheid van de psychiatrische patiënt.<sup>179</sup> Verder moet de individuele patiënt ook toelichting ontvangen die het voor hem mogelijk maakt om de huisregels te begrijpen. In de praktijk zijn er verschillen tussen huisregels. Zo zijn er huisregels waarin elke term uitgebreid toegelicht wordt en waarin de lay-out verduidelijkend en structurend is. Andere huisregels gebruiken dan weer niet vanzelfsprekende begrippen, zonder ze toe te lichten. Zo zullen voor heel wat patiënten de begrippen ‘campusvrij’, ‘totaal gesloten regime’ of ‘time-out’,<sup>180</sup> toelichting vereisen. Hetzelfde geldt voor afkortingen. Dergelijke begrippen en afkortingen worden dan ook beter toegelicht in de huisregels zelf.
2. Ten tweede moeten huisregels **voorzienbaar** zijn. De huisregels moeten zo geformuleerd zijn dat de patiënt de gevolgen van de beperking van zijn rechten kan inschatten, zodat hij eventueel zijn gedrag hieraan kan aanpassen.<sup>181</sup> De huisregel moet bovendien op een adequate manier de bevoegdheid van de voorziening expliciteren, zodat de patiënt voldoende beschermd wordt tegen arbitraire inmenging in zijn rechten. Dit vereist een precieze huisregel, op basis waarvan de patiënt begrijpt op welke wijze zijn rechten kunnen worden ingeperkt. Zo is het bijvoorbeeld aan te bevelen om de indicaties voor een kamerzoeking in de huisregels op te nemen.<sup>182</sup> Tegelijk staat voorzienbaarheid niet gelijk aan absolute zekerheid.<sup>183</sup> Het is niet mogelijk om elk toepassingsgeval in detail te regelen, maar wel noodzakelijk om een minimaal niveau van bescherming te bieden.<sup>184</sup> Dit niveau kan ook via procedurele waarborgen bereikt worden.
3. Ten derde moeten huisregels **toegankelijk** zijn. Dit is het geval wanneer de patiënt toegang heeft tot en kennis heeft van de huisregels.<sup>185</sup> In de meeste voorzieningen worden de huisregels bij opname op papier bezorgd. Het is van belang dat de patiënt ook tijdens de opname

---

en de patiënt ontslagen.”; **P\_VER\_INF\_06** “De verpleegkundigen kunnen op ieder moment een kamercontrole uitvoeren, evenwel steeds in jouw aanwezigheid. Bij het aantreffen of bij het in bezit zijn van verslavende middelen zal het team verdere afspraken maken met jou. Dit kan leiden tot ontslag.”.

<sup>177</sup> EHRM 12 juni 2014, nr. 56030/07, Fernandez Martinez/Spanje, § 117.

<sup>178</sup> L. LAVRIJSEN, ‘System of restrictions’, in VAN DIJK P., VAN HOOF F. VAN RIJN A. en ZWAAK L. (eds), *Theory and Practice of the European Convention on Human Rights*, Cambridge, Intersentia, 2018, 312.

<sup>179</sup> EHRM 24 juni 2014, nr. 33011/08, A.K./Letland; EHRM 2 juni 2009, nr. 31675/04, Codarcea/Roemenië.

<sup>180</sup> **P\_FOR\_REG\_01\_4** “Vrijheidsbeperkende maatregelen: Totaal gesloten regime (TG) /Campusvrij /Intrekken van verlofaanvragen/ Time-out/ Afzondering: hieronder verstaan we het overbrengen van de patiënt naar een gesloten, beveiligde afzonderingskamer. Het doel van het afzonderen is enerzijds het beschermen van de patiënt en / of de anderen, en anderzijds het bieden van een omgeving met weinig prikkels.”.

<sup>181</sup> W. SCHABAS, *The European Convention on Human Rights, a commentary*, Oxford University Press, Oxford, 2017, 403; EHRM 18 juni 2003, nr. 38812/97, Poltoratskiy/Oekraïne, §§ 158-160; EHRM 12 juni 2014, nr. 32860/05, L.M./Slovenië, § 181.

<sup>182</sup> **P\_OUD\_INF\_10** “Kamercontrole kan bij vermoeden van aanwezigheid van gevaarlijke voorwerpen, verboden middelen of bij het vermoeden van diefstal. Zo’n controle gebeurt door twee hulpverleners en bij voorkeur in jouw bijzijn of in het bijzijn van een vertegenwoordiger of bewindvoerder. In geval van onrustwekkende verdwijning kan op indicatie van de politie ook tot kamercontrole worden overgegaan.”.

<sup>183</sup> EHRM 17 juli 2012, nr. 2913/06, Munjaz/Verenigd Koninkrijk, § 88.

<sup>184</sup> Zie wat dat betreft idem in *Guide on Article 8 of the European Convention on Human Rights*, Council of Europe, augustus 2018, 10.

<sup>185</sup> W. SCHABAS, *The European Convention on Human Rights, a commentary*, Oxford University Press, Oxford, 2017, 403.

opnieuw inzage kan krijgen in de huisregels, bijvoorbeeld door er een nieuw afschrift van te ontvangen.

#### 2.3.4. *Huisregels zijn noodzakelijk (subsidiariteit, proportionaliteit en pertinentie)*

**29.** Tot slot moet de huisregel noodzakelijk zijn, *i.e.* voldoen aan de beginselen van subsidiariteit, proportionaliteit en pertinentie. Het is belangrijk om hierbij rekening te houden met de concrete omstandigheden waarin de patiënt zich bevindt. Vooral bij internering en (gedwongen) opname zijn patiënten kwetsbaar.<sup>186</sup> Hoewel de noodzaak van een huisregel en de toepassing ervan daardoor veelal een feitenkwesie is en de voorziening een zekere beoordelingsmarge heeft<sup>187</sup>, geven de onderzochte documenten een indicatie van hoe een beperking in de praktijk vorm krijgt.

1. Een huisregel is **subsidiar** wanneer hij om de orde en veiligheid in de voorziening te garanderen, uit de verschillende manieren om dit te doen, de (pertinente) methode kiest die het minst een inmenging uitmaakt in de rechten van de patiënt.<sup>188</sup> Zo geniet een kamercontrole met toestemming van de patiënt steeds de voorkeur. Ook is het aangewezen om zich niet te mengen in de fysieke integriteit wanneer dit niet strikt noodzakelijk is. Zo is te verregaand om een bloed- of urineonderzoek te vragen als de patiënt middelengebruik ook kan bekennen. Een ander voorbeeld zijn regels rond GSM-gebruik, zoals het niet filmen van medebewoners, het feit dat een GSM-nummer gekend moet zijn door het behandelend team en de vraag om deze uit te schakelen op bepaalde momenten.<sup>189</sup> Deze beperkingen zijn minder ingrijpend dan het totaalverbod dat momenteel in sommige voorzieningen geldt.<sup>190</sup>
2. De **proportionaliteit** van huisregels omvat een materieel en een procedureel aspect.

In de *materiële zin* is een huisregel proportioneel wanneer hij een evenwichtige afweging maakt tussen de belangen van de patiënt en de belangen van derden (de voorziening, medepatiënten en andere derden). Hoe verregaander de beperking, hoe strenger de proportionaliteit beoordeeld wordt en hoe belangrijker de motivering is.<sup>191</sup> Zo is een huisregel die te allen tijde een kamercontrole toelaat, minder snel proportioneel dan een regel die dit enkel toelaat bij bepaalde vermoedens.

In de *procedurele zin* is een huisregel proportioneel wanneer de beperking gepaard gaat met waarborgen die de patiënt beschermen tegen misbruik ervan.<sup>192</sup> Hoe verregaander de beperking en hoe groter de handelingsruimte van wie de beperking uitvoert, hoe meer waarborgen

<sup>186</sup> EHRM 24 juni 2014, A.K. v. Latvia, nr. 33011/08; EHRM 2 juni 2009, Codarcea v. Romania, nr. 31675/04, EHRM 31 mei 2016, nr. 17280/08, A.N./Litouwen, § 125.

<sup>187</sup> N. VAN LEUVEN, *Contracten en mensenrechten: een mensenrechtelijke lezing van het contractenrecht*, Antwerpen, Intersentia, 2009, 178.

<sup>188</sup> L. LAVRIJSEN, 'System of restrictions', in VAN DIJK P., VAN HOOFF F. VAN RIJN A. en ZWAAK L. (eds), *Theory and Practice of the European Convention on Human Rights*, Cambridge, Intersentia, 2018, 320.

<sup>189</sup> **P\_FOR\_REG\_01\_2** "Tijdens therapieën en groepsmomenten (bv. maaltijden, overlegmomenten, ind. gesprekken,...) wordt de GSM afgezet. Het eigen GSM nummer moet gekend zijn door de begeleiding. De privacy en integriteit van derden/medebewoners dient gerespecteerd te worden (geen foto's of filmpjes maken). Er wordt niet getelefoneerd in de gemeenschappelijke ruimtes en indien men telefoon krijgt, dient men zich te verwijderen uit de groep. GSM's worden niet uitgeleend of gebruikt door andere bewoners. In geval van overmatig GSM gebruik of het financieel niet kunnen dragen kunnen er beperkingen opgelegd worden. Zowel met de GSM als met de gewone telefoon kan gebeld worden van 08.00 uur tot 21.45 uur. Buiten deze uren dient de GSM uitgeschakeld te worden. In het weekend of op een dag voor een feestdag mag de GSM gebruikt worden tot 24.00 uur."

<sup>190</sup> **P\_VER\_INF\_04** "GSM's (ook niet als geluidsdrager, bvb. bij smartphones) zijn niet toegelaten en worden in bewaring gegeven bij de verpleging of terug meegegeven aan familie."

<sup>191</sup> J. CHRISTOFFERSEN, *Fair balance, Proportionality, Subsidiarity and Primarity in the European Convention on Human Rights*, Leiden, Martinus Nijhoff Publishers, 2009, 208; EHRM 19 februari 2013, nr. 1285/03, B./Roemenië, § 88; O. DE SCHUTTER, "Human Rights in Employment Relationships. Contracts as Power" in F. DROSSEMENT, K. LÖRCHER en I. SCHÖMANN (eds.), *The European Convention on Human Rights and the Employment Relation*, Oxford – Portland, Hart, 2013, 137.

<sup>192</sup> S. BESSON, 'Subsidiarity in International Human Rights Law – What is subsidiarity about Human Rights?', *Am. J. Juris.*, vol. 61, 2016, 79; EHRM 12 juni 2014, nr. 32860/05, L.M./Slovenië, § 183-186.

nodig zijn.<sup>193</sup> Zo is het gepast dat bepaalde beperkingen enkel mogelijk zijn mits naleving van procedurele maatregelen, zoals bijvoorbeeld dat een kamercontrole volgens de huisregels enkel kan worden uitgevoerd door twee personeelsleden tezamen. Een andere waarborg is bijvoorbeeld dat een kamercontrole enkel mogelijk is in het bijzijn van de patiënt.<sup>194</sup> Ook de aanwezigheid van een onafhankelijke ombudsfunctie is een hefboom voor de proportionaliteit, althans in de mate dat patiënten er terecht kunnen om bepaalde beperkingen aan te kaarten en ongerechtvaardigde beperkingen ongedaan te maken.<sup>195</sup>

3. Een huisregel is **pertinent** wanneer de beperking die hij oplegt relevant is om het beoogde doel te bereiken.<sup>196</sup> Dit houdt in dat de maatregel bijdraagt tot het garanderen van de orde en veiligheid in de voorziening.<sup>197</sup> Om de pertinentie van een huisregel te beoordelen, zal het steeds noodzakelijk zijn om de werking ervan in de praktijk te evalueren. Niettemin zal een rookverbod hoogstwaarschijnlijk de brandveiligheid ten goede komen.<sup>198</sup> Of een verplicht 'bonafidegesprek'<sup>199</sup> de veiligheid en orde in de voorziening ten goede komt, moet beoordeeld worden op basis van de concrete omstandigheden en de specifieke afdeling.

**30.** In heel wat huisregels wordt gewag gemaakt van **ontslag** bij de niet naleving ervan. Een voor de praktijk belangrijke vraag is wanneer dit subsidiair en proportioneel is. Eerder kwam reeds aan bod dat het ontslag geen sanctie mag zijn, maar wel volgt uit een vertrouwensbreuk. Aangezien de tekortkoming die aanleiding geeft tot de ontbinding voldoende zwaarwichtig moet zijn en uitgaande van uitvoering te goeder trouw en het verbod op rechtsmisbruik,<sup>200</sup> is ontslag een verregaande maatregel die restrictief moet worden toegepast. De mate waarin een ontslag aanvaardbaar is, hangt af van de ernst, de frequentie en gevolgen van het gedrag. Vanuit het uitgangspunt dat de tekortkoming voldoende ernstig is en dat de voorziening te goeder trouw moet handelen, zal bijvoorbeeld geluidsoverlast anders behandeld moeten worden dan seksueel grensoverschrijdend gedrag. Om de subsidiariteit en proportionaliteit van een ontslag af te wegen stelt J. LEGEMAATE drie criteria voor.<sup>201</sup> Ten eerste mogen er geen minder ingrijpende alternatieven bestaan. Ten tweede mag er in beginsel geen verband bestaan tussen het gedrag de patiënt en de reden van zijn opname. Ten derde is de mate waarin de patiënt van de voorziening afhankelijk is een essentieel element. Hoe groter de afhankelijkheid, hoe strenger het oordeel over de ontbinding. Wanneer het ontslag ertoe zou leiden dat de zorgvoorziening

<sup>193</sup> T. KLEINLEIN, "The procedural approach of the European Court of Human Rights: between subsidiarity and dynamic evolution", *ILCO*, vol. 68, 2019, 96; Recommendation Rec(2006)5 of the Committee of Ministers of the Council of Europe on the Council of Europe Action Plan to promote the rights and full participation of people with disabilities in society: improving the quality of life of people with disabilities in Europe 2006-2015 (5 april 2006), CM/Rec(2006)5; Recommendation Rec(2009)3 of the Committee of Ministers of the Council of Europe on Monitoring the Protection of Human Rights and Dignity of Persons with Mental Disorder (20 mei 2009), CM/Rec(2009)3, principle 4; Report of the CPT on the visit to Spain from 22 November to 4 December 1998 (13 april 2000), CPT/Inf(2000)5, § 115; zie in het kader van gevangenis ook S. EASTON, *Prisoner's Rights. Principles and Practice*, London – New York, Routledge, 2011, 125; P. DE HERT, "Gedetineerden en de grondrechten vervat in artikel 8 EVRM" in E. BREMS, S. SOTTIAUX, P. VANDEN HEEDE en W. VANDENHOLE (eds.), *Vrijheden en vrijheidsbeneming*, Antwerpen, Intersentia, 2005, 160.

<sup>194</sup> EHRM 14 januari 2016, , nr. 52028/13, Maslak en Michalkova/Tsjechische Republiek.

<sup>195</sup> Zie vb. Report of the Independent Expert on the enjoyment of all human rights by older persons, Rosa Kornfeld-Matte (13 augustus 2015), *UN Doc. A/HRC/30/43*, § 84; Concluding Observations of the Human Rights Committee on the Third initial reports of Ghana (9 augustus 2016), *UN Doc. CCPR/C/GHA/CO/1* (2016), § 28.

<sup>196</sup> EHRM 7 december 1976, nr. 5493/72, Handyside/Verenigd Koninkrijk, §§ 48-50.

<sup>197</sup> S. BESSON, "Subsidiarity in International Human Rights Law – What is subsidiarity about Human Rights?", *Am. J. Juris.*, vol. 61, 2016, 99.

<sup>198</sup> **P\_ALG\_INF\_07** "Ons ziekenhuis is een rookvrij ziekenhuis. Vanwege het brandgevaar en de mogelijke hinder voor je medepatiënten is roken op de kamer, in de gangen en in de gemeenschappelijke ruimtes verboden. Dit rookverbod geldt voor medewerkers, cliënten en bezoekers."

<sup>199</sup> **P\_FOR\_INF\_01\_3** "Jouw bezoek heeft, voor jullie elkaar ontmoeten, een gesprek met de maatschappelijk werker. We noemen dat een 'bonafidegesprek'. Wij doen dit om na te gaan wie je bezoek is, waarom deze mensen op bezoek komen en wat onze indruk is van het bezoek (zijn deze mensen ondersteunend, willen ze zich aan onze afspraken houden?)."

<sup>200</sup> S. STIJNS, *De gerechtelijke en buitengerechtelijke ontbinding van overeenkomsten*, Antwerpen-Apeldoorn, Maklu, 1994, 226-228; W. VAN GERVEN en A. VAN OEVELEN, *Verbintenissenrecht*, Leuven, Acco, 2015, 197; N. VAN LEUVEN, *Contracten en mensenrechten: een mensenrechtelijke lezing van het contractenrecht*, Antwerpen, Intersentia, 2009, 506.

<sup>201</sup> J. LEGEMAATE, *De rechtspositie van de vrijwillig opgenomen psychiatrische patiënten*, Arnhem – Gouda, Quint, 1991, 297.



verzuimt om hulp te verlenen of te verschaffen aan een patiënt die in groot gevaar verkeert, dan is het ontslag (tijdelijk) onmogelijk.<sup>202</sup>

### 3. Tot besluit

**31.** In deze bijdrage werden huisregels in de langdurige residentiële geestelijke gezondheidszorg beschreven en getoetst aan criteria die ontwikkeld zijn vanuit de beginselen van legaliteit, legitimiteit en noodzakelijkheid enerzijds en vanuit de Belgische regelgeving anderzijds. Op grond van dit toetsingskader zijn huisregels orderegels, die geen sancties bevatten. Ze moeten bovendien duidelijk, voorzienbaar en toegankelijk zijn en moeten voldoen aan een noodzakelijkheidseis. Uit deze noodzakelijkheidseis volgt dat huisregels subsidiair, proportioneel en effectief moeten zijn.

**32.** Deze bijdrage leidt tot vaststellingen aan de empirische en de juridische zijde.

1. Aan de empirische zijde blijkt de diversiteit aan huisregels. Drie groepen patiënten binnen de geestelijke gezondheidszorg kwamen aan bod: vrijwillig opgenomen, gedwongen opgenomen en forensisch psychiatrische patiënten. De verschillen situeren zich niet zozeer tussen de statuten, maar eerder tussen de voorzieningen en de afdelingen. Enkel bij internering zijn er meer en strengere huisregels, ook voor geïnterneerden die vrij zijn op proef.
2. Aan de juridische zijde zijn huisregels niet integraal geregeld. Deze vaststelling kadert binnen het ruimere ontbreken een interne rechtspositie, wat er – behoudens enkele fragmentair gereguleerde uitzonderingen (vb. de beperkte bewegingsvrijheid bij een gedwongen opname of een plaatsing en de bezoeksbeperkingen bij een gedwongen opname) – toe leidt dat de op autonomie gebaseerde patiëntenrechten en ziekenhuiswetgeving het uitgangspunt vormen. Dit geldt ook in zorgcontexten waarin het verblijf van de patiënt gedwongen is (gedwongen opname, internering) of kadert binnen de invrijheidstelling op proef van een geïnterneerde.

Dit leidt tot aanbevelingen, zowel ten aanzien van de voorzieningen als ten aanzien van de wetgever.

#### 3.1. Aanbevelingen ten aanzien van de voorzieningen

**33.** Uit de toets blijkt dat veel huisregels niet voldoen aan de legaliteitseis, bijvoorbeeld omdat ze geen ordemotief bevatten of omdat ze sanctionerend zijn. Door het gebrek aan specifieke regels en door de toepassing van het gemeen recht – waarbinnen de Wet patiëntenrechten een ruim toepassingsgebied heeft – is de handelingsruimte voor huisregels die aan de legaliteitseis voldoen, beperkt. Ook de eis van duidelijkheid en voorzienbaarheid en de eis van noodzakelijkheid worden regelmatig met de voeten getreden. Het verdient dan ook de aanbeveling om de bestaande huisregels te herevalueren en aan te passen.

**34.** Hoe zo'n herevaluatie eruit kan zien illustreren we aan de hand van een concrete huisregel over verboden middelen.

Het gebruik van alcohol, drugs en medicatie die niet door de arts zijn voorgeschreven, wordt NIET toegestaan. De handel hierin of het bezit ervan wordt beschouwd als een ernstig vergrijp en kan aanleiding geven tot het nemen van bepaalde therapeutische maatregelen en aangifte bij de politie (drugs). Eventueel, en zeker als bij herhaling dezelfde overtreding wordt vastgesteld, kan verdere behandeling in ons ziekenhuis door het team in vraag gesteld worden. Behandeling kan worden stopgezet en er kan gevraagd worden een andere oplossing voor verblijf en/of

---

<sup>202</sup> 422bis Sw. Zie ook A. VERSWEYVELT en J. PUT, *De opname en begeleidingsplicht in de jeugdhulp en gehandicaptenzorg*, Leuven, Instituut voor Sociaal Recht KU Leuven, 2016, 109-110; H. NYS, *Geneeskunde. Recht en medisch handelen*, Mechelen, Kluwer, 2015, 193-201.

behandeling te zoeken. Alcohol- en drugtests kunnen uitgevoerd worden. Indien u een controle weigert, kan dit als een bewijs van bezit of gebruik geïnterpreteerd worden.<sup>203</sup>

Een regel als deze komt in de voorzieningsdocumenten vaak aan bod. Hij geeft aan wat door de voorziening als een **gevaar** gezien wordt (het bezit, gebruik of verhandelen van alcohol, drugs en niet-voorgeschreven medicatie), hoe dit gevaar **vermeden** wordt (door preventieve fysieke controles) en wat er gedaan wordt om de orde te **herstellen** wanneer het gevaar zich alsnog voordoet (therapeutische maatregelen, aangifte bij politie, overwegen van ontslag). Hoewel deze regel dat niet doet, verdient het de aanbeveling om in de huisregel deze logische volgorde te respecteren.

1. Ten eerste is het niet duidelijk of deze regel enkel de **orde** handhaaft. Een verbod op het bezit en gebruik van bepaalde middelen en de controle op dergelijk verbod kunnen immers kaderen in een beleid om de orde en veiligheid op de afdeling te garanderen, maar kunnen ook deel uitmaken van een individueel behandelingstraject. Voor zover het middelen betreft die in de samenleving verboden zijn – bijvoorbeeld drugs – is het ordemotief duidelijk. In de overige gevallen verdient het de aanbeveling om ten eerste na te gaan of ze vanuit de orde in een voorziening op geloofwaardige wijze verantwoordbaar zijn. Hierdoor is de eis van een ordemotief niet volledig los te koppelen van de eis van noodzakelijkheid. De aard van de afdeling en de aard van de middelen die verboden zijn, vormen hiervoor bruikbare indicatoren. Een afdeling die zich richt op middelengebruikers moet hierbij anders beoordeeld worden dan een afdeling waar de problematiek van verslaving zich niet voor alle patiënten stelt. Verslavende medicatie moet anders beoordeeld worden dan niet verslavende medicatie. Verder strekt het tot aanbeveling om huisregels die op geloofwaardige wijze verantwoordbaar zijn, ook uitdrukkelijk te verantwoorden.
2. Ten tweede lijkt de regel zich niet te beperken tot het herstellen van de orde, en hebben bepaalde gevolgen mogelijk het karakter van een **sanctie**. De wijze waarop bovenstaande huisregel het ontslag van de patiënt vernoemt als gevolg, is vanuit dat oogpunt geoorloofd. Het ontslag wordt immers niet aangegeven als een onmiddellijk gevolg van een betrapping, maar als gevolg van de vertrouwensbreuk die eruit voortvloeit. Een moeilijke kwestie is of ook de aangifte bij politie verantwoordbaar is. Indien dit niet noodzakelijk is om de ordeverstoring te beëindigen, gebeurt zo'n aangifte mogelijk in strijd met het beroepsgeheim.<sup>204</sup> Van bovengenoemde 'therapeutische maatregelen' is duidelijk dat ze niet in de huisregels thuishoren. Voor zover een medische behandeling al een gepast instrument zou zijn om aan de (wellicht acute) ordeverstoring een einde te maken, neemt ze niet de vorm aan van een 'maatregel' maar van een behandeling die de patiënt vrij kan weigeren. Andere maatregelen – bijvoorbeeld het tijdelijk verwijderen van een persoon onder invloed uit de leefgroep – zijn wel denkbaar, voor zover ze aan de overige toetsingscriteria voldoen.
3. Ten derde moet deze regel kritisch beoordeeld worden vanuit het aspect **duidelijkheid en voorzienbaarheid**. Vooral over hoe het gevaar vermeden wordt (door preventieve fysieke controles) blijft de regel op de vlakte. Niet duidelijk is bijvoorbeeld *wanneer* en *hoe* controles kunnen plaatsvinden. Een heikele kwestie is de voorzienbaarheid van de gevolgen van het overtreden van een regel, zoals therapeutische maatregelen, aangifte bij politie of overwegen van ontslag. Hier staat het verbod op sancties op gespannen voet met de eis van voorzienbaarheid. De gevolgen van een overtreding naar inhoud en duur in de huisregels opnemen – bijvoorbeeld 2 dagen bezoekverbod – mag dan wel voorzienbaar zijn, maar is niet altijd nodig om de orde te herstellen. Voor zover de noodzaak overstegen wordt, heeft de regel een sanctionerend karakter. Om een sanctie te vermijden, maar toch een zo voorzienbaar mogelijke regel te vormen, kan de huisregel de nadruk leggen op de bedoeling van het ingrijpen – het herstel van de orde – en ter illustratie een voorbeeld geven hoe binnen de voorziening dit doel bereikt wordt. Doordat de gevolgen echter nooit volledig te overzien zijn, speelt een goed voorzieningsbeleid,

<sup>203</sup> P\_ALG\_INF\_08.

<sup>204</sup> A. VERSWEYVELT, J. PUT, i.s.m. T. OPGENHAFFEN, I VAN DER STRAETE, *Beroepsgeheim en hulpverlening*, Brugge, die Keure, 2018, 253-255.

waarbij de noodzaak van de maatregel regelmatig geëvalueerd wordt, een belangrijke rol. Ge koppeld aan voorzienbaarheid, is het van belang dat de patiënt op de hoogte is van deze evaluatiemomenten en van de mogelijkheid op de noodzaak van de ordemaatregel informeel en formeel, intern en extern, in vraag te stellen.

4. Tot slot is het niet overtuigend dat de voorliggende huisregel – zelfs als hij al een ordemotief zou nastreven – ook **noodzakelijk** is. Vooral de *subsidiariteit* en de *proportionaliteit* van de fysieke controles is bevroegbaar, zeker nu het als enige mechanisme in de huisregels is opgenomen, de toepassingsmodaliteiten (wanneer, hoe...) en de weigering ervan gelijkgesteld wordt met een betrapping. Hierdoor wordt de patiënt *de facto* verplicht om een inbreuk op zijn integriteit te aanvaarden. Zo'n verregaande inmenging *kan* noodzakelijk zijn voor zover hier aanleiding toe bestaat (bijvoorbeeld een vermoeden), er geen minder verregaande controlemechanismen mogelijk zijn (bijvoorbeeld een bekentenis of een tassencontrole) en de patiënt tegen misbruik beschermd wordt (bijvoorbeeld door maximale participatie in de procedure en een hoor- en klachtrecht).

**35.** Het voorgaande in beschouwing genomen, formuleren we een alternatieve huisregel die beter aan de toetsingscriteria voldoet. Het spreekt voor zich dat deze formulering niet exclusief is en dat andere formuleringen mogelijk zijn.

Om de veiligheid en het therapeutisch klimaat in de voorziening te beschermen, spreekt het voor zich dat drugs verboden zijn. Omdat sommige van je medepatiënten hier zijn om te werken aan een verslavingsproblematiek en om hun behandeling niet te bemoeilijken, vragen we aan iedereen om binnen de voorziening geen alcohol nuttigen en om enkel medicatie te gebruiken die door onze eigen artsen wordt voorgeschreven. Individueel kunnen we hierover verdere afspraken met je maken.

Wanneer er een vermoeden bestaat dat één van deze middelen gebruikt of verspreid worden, dan voeren we controles uit. Hoewel deze controles niet noodzakelijk tegen jou gericht zijn, kan dit een impact hebben op jou of jouw bezoek (kamercontrole, tassencontrole, fouilleren, ...). We doen er alles aan om die impact zo beperkt mogelijk te houden, vragen in principe je toestemming en registreren deze controles. We heroverwegen dagelijks of deze controles nog nodig zijn. Wanneer we ernstige aanwijzingen hebben dat jij drugs, alcohol of medicijnen bezit, gebruikt of verspreidt, maar jij dit ontkent, dan kunnen we je vragen om mee te werken aan een ademtest, urineonderzoek of bloedonderzoek. We kunnen je hier niet toe dwingen, maar wanneer je dit weigert kunnen we het vertrouwen in jou verliezen. Wanneer je het niet eens bent met onze aanpak, kan je hierover met ons in gesprek gaan of je richten tot één van de verderop in het reglement genoemde klachtenorganen.

Drugs die we op de afdeling vinden, worden steeds overhandigd aan de politie. Alcohol en medicatie worden in principe vernietigd, tenzij we hierover andere afspraken met je maken. Het respecteren van deze afspraken is een kwestie van vertrouwen. Wanneer jij dit vertrouwen beschadigt, dan zullen we je hierop aanspreken en samen op zoek gaan naar oplossingen, zoals bijkomende tegen jou gerichte controles. Als blijkt dat we niet tot een vergelijk kunnen komen en je gedrag hierdoor op de veiligheid en het therapeutische klimaat weegt, dan kan dat voor ons een reden zijn om behandeling en verblijf te beëindigen.

### **3.2. Aanbevelingen ten aanzien van de wetgever**

**36.** Hoewel we met deze bijdrage voorzieningen willen aanzetten om hun huisregels te herbeoordelen, zou het te kort door de bocht zijn om de voorzieningen met de vinger te wijzen. Zij treden immers op binnen een kader zonder specifieke regels of overheidssturing. Zoals deze bijdrage heeft aangetoond, betekent de afwezigheid van specifieke regels niet dat er op huisregels geen wetgeving van toepassing zou zijn en dat voorzieningen vrij zijn om zelf een beleid uit te werken. Integendeel, net door het gebrek aan specifieke rechtsregels geldt het stevig verankerde autonomiebeginsel als uitgangspunt en is de handelingsruimte voor voorzieningen beperkt.

**37.** Hieruit volgt een dubbele aanbeveling.

1. De eerste is om als overheid te voorzieningen voldoende te sturen bij de opmaak van huisregels. Dit kan door naar Nederlands model<sup>205</sup> een uniforme richtlijn te ontwikkelen waarmee voorzieningen hun huisregels kunnen opstellen. Dit leidt tot meer uniformiteit tussen de verschillende psychiatrische ziekenhuizen.
2. De tweede is om per statuut na te gaan of voorzieningen over voldoende juridische mogelijkheden beschikken om de orde te handhaven, dan wel of het wenselijk is de handelingsruimte voor voorzieningen uit te breiden. Vooral bij forensisch psychiatrische patiënten lijkt er in de praktijk een grote nood om de vrijheid verder te begrenzen dan momenteel is toegestaan. Het is van belang om deze nood te erkennen, te bevragen en te evalueren. Wanneer een verruimde handelingsruimte nodig blijkt, is een aanpassing van de wetgeving vereist. Het regelen van wenselijke vrijheidsbeperkingen komt zowel de patiënten als de voorzieningen ten goede. Huisregels die te verregaand zijn kunnen immers maar worden bevroegd wanneer de grenzen van het toelaatbare voldoende duidelijk zijn.

---

<sup>205</sup> GGZ NEDERLAND, *Modelhuisregels*, GGZ Nederland, november 2009.