



Rapport

Datum: 3 april 2000

Rapportnummer: 2000/105

Klacht

Op 6 november 1998 ontving de Nationale ombudsman een verzoekschrift van de Werkgroep Fictieve Herinneringen met een klacht over een gedraging van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

Nadat verzoekster haar klacht nader had toegelicht, werd naar deze gedraging, die wordt aangemerkt als een gedraging van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, een onderzoek ingesteld.

Op grond van de door verzoekster verstrekte gegevens werd de klacht als volgt geformuleerd:

Verzoekster klaagt erover dat het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport niet adequaat heeft gereageerd op haar herhaalde verzoek om initiatieven te nemen bij de aanpak van de problematiek inzake de zogenoemde verdrongen of hervonden incestherinneringen.

Beoordeling

I. Inleiding

1. Verzoekster is een werkgroep die in 1994 is opgericht door een aantal ouders die stellen dat zij door hun kind ten onrechte van incest zijn beschuldigd. Gemeenschappelijke elementen in deze beschuldigingen zijn vooral gelegen in het feit dat die steeds werden geuit nadat de betrokken - inmiddels volwassen - kinderen een vorm van (psycho)therapie hadden ondergaan, en in het feit dat het ging om incest waarvan de betrokken kinderen beweerden dat die vele jaren geleden had plaatsgevonden. Verzoekster streeft er onder meer naar een informatie-platform te zijn voor beschuldigten en om getroffen gezinnen te steunen. Sinds haar oprichting zijn meer dan 225 'gevallen' bij haar aangemeld.

Verzoekster heeft er bij de Nationale ombudsman in algemene zin over geklaagd dat het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport niet adequaat heeft gereageerd op haar herhaalde verzoek om initiatieven te nemen bij de aanpak van de problematiek inzake de zogenoemde verdrongen of hervonden incestherinneringen.

2. De door verzoekster aan de orde gestelde kwestie is bijzonder gecompliceerd, en ligt bovendien erg gevoelig. Feit is dat incest voorkomt. De slachtoffers van incest verdienen alle mogelijke steun en begeleiding. Aan de andere kant moet worden onderkend dat niet alle beschuldigingen van incest zijn gebaseerd op feiten. Indien patiënten, onder invloed van een vorm van psychotherapie, komen tot beschuldigingen van incest die niet terecht zijn omdat er geen sprake is geweest van incest, zijn in de eerste plaats deze patiënten zelf slachtoffer van de door hen ondergane therapie. De kring van slachtoffers is echter

aanmerkelijk groter dan die van de betrokken patiënten. Het ligt immers voor de hand dat een beschuldiging van incest een enorme impact heeft op de beschuldigde en op diens directe omgeving. Daarom zijn in het geval van onterechte incestbeschuldigingen die voortkomen uit een bepaalde vorm van psychotherapie ook de beschuldigten en de personen in hun directe omgeving aan te merken als slachtoffers van zo'n therapie. Dit geldt ook in de gevallen waarin de betrokkene geen aangifte doet bij justitie, en de waarheidsvraag in verband daarmee niet in een strafzaak aan de orde komt. Ook in die gevallen is de kans op ernstige schade enorm.

3. Een bijzondere omstandigheid met betrekking tot de door verzoekster aan de orde gestelde kwestie is dat het klachtrecht, en ook het tuchtrecht, vaak geen uitkomst kan bieden. Ervan uitgaande dat de betrokken patiënten in hun incestbeschuldigingen volharden, zal er voor henzelf geen aanleiding bestaan een klacht in te dienen tegen hun therapeut. Omdat aan derden op grond van de bepalingen van de Wet klachtrecht cliënten zorgsector niet een zelfstandig klachtrecht toekomt, staan de beschuldigten van incest in dit opzicht met lege handen. Wat betreft psychotherapeuten is het pas sinds 1 april 1998 mogelijk om de betrokken therapeut via het tuchtrecht aan te klagen. Het moet dan wel gaan om een psychotherapeut die als zodanig in het desbetreffende BIG-register staat ingeschreven. Is dit niet geval, dan resteren slechts de meer omslachtige wegen van het strafrecht en van het civiele recht. Een extra probleem daarbij is nog eens dat de omgeving van de betrokken patiënt er dikwijls niet van op de hoogte is om welke behandelaar het gaat.

4. Hierna wordt, onder II, eerst ingegaan op de rol die de overheid heeft op het terrein van de volksgezondheid. Daarna wordt de kritiek van verzoekster op de handelwijze van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport besproken.

II. De rol van de overheid op het terrein van de volksgezondheid

1. Algemeen aanvaard uitgangspunt in Nederland is dat zorgaanbieders en individuele beroepsbeoefenaren op het terrein van de gezondheidszorg verantwoordelijk zijn voor de wijze waarop zij hun patiënten/cliënten behandelen. Dit uitgangspunt blijkt ook uit verschillende wetten op het terrein van de gezondheidszorg. Zo is in relatief jonge wetten als de Kwaliteitswet zorginstellingen en de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (BIG) uitdrukkelijk bepaald dat zorgaanbieders respectievelijk individuele beroepsbeoefenaren die in een van de BIG-registers staan ingeschreven, verantwoorde zorg dienen aan te bieden. Ook voor de behandeling van individuele klachten over geboden zorg zijn de zorgaanbieders primair zelf verantwoordelijk. De Wet klachtrecht cliënten zorgsector draagt alle aanbieders van gezondheidszorg op een klachtenregeling te hebben.

2. De eigen verantwoordelijkheid van aanbieders van zorg en van individuele beroepsbeoefenaren doet er niet aan af dat ook aan de overheid nadrukkelijk een rol is

toegekend op het terrein van de gezondheidszorg. Een heel ruim geformuleerde opdracht aan de overheid is neergelegd in artikel 22, eerste lid, van de Grondwet. Op grond van dit artikellid dient de overheid maatregelen te treffen ter bevordering van de volksgezondheid. Het begrip maatregelen is in de Grondwet niet nader ingevuld. Wat betreft de mogelijkheden van de overheid om maatregelen te treffen kan onder meer worden gedacht aan instrumenten van wetgeving, van beleidsvorming, van coördinatie en afstemming, van subsidiëring, van voorlichting, en van het (doen) verrichten van onderzoek. Het antwoord op de vraag of van de overheid mag worden verwacht dat zij op enig moment, ter bevordering van de gezondheidszorg in algemene zin, daadwerkelijk in actie komt, is afhankelijk van een aantal factoren. Hiervoor is al aangegeven dat de betrokken zorgaanbieders en individuele beroepsbeoefenaren zelf verantwoordelijk zijn voor de zorg die zij aanbieden. Met de individuele behandeling heeft de overheid in beginsel dan ook geen bemoeienis. De overheid kan zich er wat dat betreft in de regel dan ook toe beperken de behandelpraktijk van een afstand te volgen. Wanneer echter blijkt van problemen waarop het 'veld' (nog) geen passend antwoord heeft, kan een situatie ontstaan waarin van de overheid mag worden verwacht dat zij, gezien de in de Grondwet neergelegde opdracht, actief optreedt, ter daadwerkelijke bevordering van de volksgezondheid. Zowel het antwoord op de vraag of overheidsoptreden nodig is als het antwoord op de vraag waaruit eventueel overheidsoptreden dient te bestaan, zal met name afhangen van de ernst en de aard van de problemen, en van de ontwikkelingen in en de structuur van het 'veld'.

3. Afgezien van de ruim geformuleerde opdracht van genoemd Grondwetsartikel, is in verschillende bijzondere wetten, zoals de Gezondheidswet en de reeds genoemde Kwaliteitswet zorginstellingen, een aantal min of meer specifieke opdrachten aan de overheid neergelegd op het terrein van de gezondheidszorg. Een deel van deze bepalingen ziet met name op repressief overheidsoptreden; van de overheid wordt (pas) actie verwacht wanneer haar blijkt dat zorgaanbieders of individuele beroepsbeoefenaren de terzake gestelde wettelijke bepalingen niet naleven. Zo kan de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op grond van artikel 7 van de Kwaliteitswet zorginstellingen een schriftelijke aanwijzing geven aan een zorgaanbieder indien de Minister van oordeel is dat de aangeboden zorg niet doeltreffend, niet doelmatig of niet patiëntgericht wordt verleend, of niet is afgestemd op de reële behoefte van de patiënt.

Wat betreft de categorie beroepsbeoefenaren die individuele zorg aanbieden maar die niet staan ingeschreven in een van de registers van de Wet BIG, en die in verband daarmee niet onder het tuchtrecht vallen, kan de overheid op grond van artikel 96 van de Wet BIG eventueel via het strafrecht ingrijpen indien "buiten noodzaak schade of een aanmerkelijke kans op schade aan de gezondheid van een ander wordt veroorzaakt".

4. Op het niveau van de centrale overheid is het de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport die verantwoordelijk is voor de volksgezondheid. Binnen haar organisatie houden in het bijzonder de Directie Geestelijke Gezondheidszorg, Verslavingszorg en

Maatschappelijke Opvang (GVM) en de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) zich (onder meer) bezig met vraagstukken op het terrein van de geestelijke gezondheidszorg. De Directie GVM heeft vooral een beleidvormende taak. Daarbij kan worden gedacht aan beleid op het punt van kwaliteit en doelmatigheid van de zorgverlening, en op het punt van samenhang in het zorgaanbod. Het (doen) verrichten van wetenschappelijk onderzoek behoort eveneens tot de taken van deze directie. De taak van de IGZ bestaat met name uit het houden van toezicht op (de kwaliteit van) de gezondheidszorg en het handhaven van wettelijke voorschriften op het terrein van de volksgezondheid, alsmede uit het verrichten van onderzoek naar de staat van de volksgezondheid en het terzake verstrekken van informatie en adviezen aan de Minister. Zowel de directie als de inspectie valt onder de verantwoordelijkheid van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

5. Bij de beoordeling van de klacht van verzoekster zal met inachtneming van het voorgaande worden nagegaan of het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport naar aanleiding van de door verzoekster aan de orde gestelde problematiek datgene heeft gedaan wat, gezien de omstandigheden, van het Ministerie mocht worden verwacht. Overigens wordt in deze beoordeling, tenzij anders aangegeven, onder 'het Ministerie' ook de Inspectie voor de Gezondheidszorg begrepen. Waar in de beoordeling wordt gesproken van "de Minister" of "het Ministerie", wordt steeds de Minister respectievelijk het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport bedoeld.

III. DE klacht van verzoekster

a. Inleiding

Verzoekster heeft haar klacht over het niet adequaat reageren van het Ministerie op haar herhaalde verzoek om initiatieven te nemen bij de aanpak van de problematiek inzake de verdrongen of hervonden incestherinneringen in vijf onderdelen uitgesplitst. Deze klachtonderdelen komen er in het kort op neer dat (1) het Ministerie zijn verantwoordelijkheid op het gebied van regie en controle ten aanzien van de therapie waarbij bedoelde incestherinneringen naar boven komen, blijft ontwijken, dat (2) het Ministerie over de door verzoekster aan de orde gestelde problematiek niet of nauwelijks afstemming heeft gepleegd met c.q. invloed heeft uitgeoefend op de beroepsorganisaties van psychiaters, psychologen en psychotherapeuten, dat (3) afstemming binnen het Ministerie over deze problematiek pas in 1998 tot stand is gekomen, dat (4) er geen afstemming heeft plaatsgevonden tussen het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en het Ministerie van Justitie, en dat (5) de informatievoorziening binnen het Ministerie over de problematiek van de hervonden incestherinneringen ernstig tekort schiet.

Gezien de samenhang tussen de eerste vier klachtonderdelen zullen deze niet afzonderlijk worden besproken. Zij komen gezamenlijk aan de orde in de volgende paragraaf B., waarin de wijze waarop het Ministerie heeft gereageerd op de verzoeken van de zijde van

verzoekster om initiatieven te nemen, wordt beoordeeld.

In de daarop volgende paragraaf C. wordt kort ingegaan op het vijfde klachtonderdeel, dat betrekking heeft op de informatievoorziening binnen het Ministerie.

b. De aanpak door het Ministerie

1. Inleiding

Hieronder wordt, onder 2., eerst de feitelijke gang van zaken samengevat weergegeven. Daarna wordt, onder 3., de aanpak door het Ministerie van de door verzoekster aan de orde gestelde problematiek beoordeeld.

2. De feitelijke gang van zaken

2.1. Bij brief van 25 november 1994 attendeerde de Werkgroep Onware Incest-Herinneringen (WOIH, in 1995 omgedoopt tot de Werkgroep Fictieve Herinneringen) de Minister op haar oprichting, en deed zij het verzoek tot een gesprek met de Minister en/of ambtenaren van het Ministerie voor een gedachtewisseling over het punt van 'waarheidsbeleving' bij onder andere hulpverleningsinstanties. In haar brief wees zij erop dat haar inmiddels ongeveer dertig 'gevallen' van "onware incestherinneringen" bekend waren, en dat dit aantal snel toenam. In een rappelbrief van 6 februari 1995 drong de WOIH bij de Minister aan op actie van de zijde van het Ministerie. In dat verband noemde zij onder meer objectief onderzoek naar de aard en de omvang van de problematiek (zie bevindingen, onder B.1. en B.2.).

2.2. De Inspectie voor de Gezondheidszorg nodigde de WOIH uit voor een gesprek op 20 maart 1995. Bij deze bijeenkomst vroeg de WOIH onder meer aandacht voor de rol van de hulpverleners bij het ontstaan van onware incestherinneringen (zie bevindingen onder B.4.).

2.3. Nadat de WOIH op 23 maart en op 24 mei 1995 bij de Minister had gerappelleerd, werd zij vervolgens door de Directeur Geestelijke Gezondheidszorg, Verslavingsaangelegenheden en Consumentenbeleid (GVC) uitgenodigd voor een overleg. Tijdens het overleg, dat plaatsvond op 18 september 1995, vroeg de WOIH met name aandacht voor de rol van de betrokken psychotherapeuten (zie bevindingen, onder B.5., B.6. en B.9.).

2.4. Blijkens de door een medewerker van de Directie GVC gemaakte aantekeningen van het gesprek van 18 september 1995 zag de directie op dat moment onvoldoende aanleiding voor het door de WOIH verlangde onderzoek op het gebied van onware incest-herinneringen, en zou de WOIH zelf met de beroepsgroepen contact moeten opnemen over kwesties als protocollering (zie bevindingen, onder B.10.).

2.5. De Directeur GVC stuurde de WOIH vervolgens op 6 oktober 1995 een bevestiging van de punten die op 18 september 1995 aan de orde waren geweest. Hij wees er in zijn brief op dat het merendeel van de suggesties van de WOIH op wettelijke gronden niet uitvoerbaar was, dan wel de beleidsverantwoordelijkheid van het Ministerie oversteeg (zie bevindingen, onder B.11.).

2.6. In de eerste helft van 1996 vonden er twee vervolgesprekken plaats tussen vertegenwoordigers van verzoekster en vertegenwoordigers van het Ministerie. Ter voorbereiding op het gesprek van 22 april 1996 met de Inspectie voor de Gezondheidszorg stuurde verzoekster de betrokken hoofdinspecteur onder meer een artikel toe van prof. dr. H.L.G.J. Merckelbach. In dit artikel, dat in maart 1996 was gepubliceerd, werd aangegeven dat de Nederlandse koepels diep waren verdeeld over verschillende aspecten van de problematiek rond de 'hervonden incest-herinneringen'. Volgens verzoekster vormde die verdeeldheid mede een verklaring voor het voortduren van onwenselijke praktijken (zie bevindingen, onder B.14.).

2.7. In april 1996 concludeerden prof. dr. Crombag en prof. dr. Merckelbach in hun boek "Hervonden herinneringen en andere misverstanden" dat empirisch bewijs voor het bestaan van 'hervonden herinneringen' ontbreekt (zie achtergrond, onder 7.)

2.8. Verzoekster zond de inspectie bij brief van 20 mei 1996 kopieën van haar brieven van dezelfde datum aan de NVAGG en aan het NIP, waarin zij aangaf dat haar inmiddels zestig 'gevallen' bekend waren. Voorts wees zij in deze brieven de NVAGG en het NIP op het aarzende optreden van de koepels. Bij brief van 29 mei 1996 stuurde zij de inspectie een artikel van de False Memory Syndrome Foundation, haar Amerikaanse zusterorganisatie, waarin was gesteld dat therapie waarbij 'hervonden incestherinneringen' naar boven worden gehaald, patiënten alleen maar zieker kan maken (zie bevindingen, onder B. 15. en B.16.).

2.9. Ter voorbereiding op een overleg met de inspectie op 14 februari 1997 wees verzoekster de inspectie er bij brief van 28 januari 1997 op dat het aantal bij haar aangemelde 'gevallen' inmiddels sterk was gestegen, tot 120 (zie bevindingen, onder B.18.).

2.10. Bij brieven van 21 maart en van 6 oktober 1997 drong verzoekster er opnieuw bij het Ministerie op aan om te bevorderen dat een betere aanpak werd gerealiseerd rond de 'in therapie hervonden incestwanen'. Zij wees in haar brief van 6 oktober 1997 in dat verband op de derde aanbeveling in het zogenoemde rapport Van Koppen van oktober 1997, waarin de Minister van Justitie werd aanbevolen "de relevante beroepsgroepen uit te nodigen zich uit te spreken over vormen van therapie die bevorderlijk zijn voor hervonden herinneringen" (zie achtergrond, onder 9.). Bij brief van 27 oktober 1997 stuurde verzoekster vervolgens aan onder anderen de Minister en de inspectie een exemplaar van haar rapport "Een kleine fout? Over trauma-wanen bij volwassen kinderen". In dit rapport

ging zij uitvoerig in op een aantal aspecten van de problematiek rond de 'hervonden incestherinneringen' en op de resultaten van haar inspanningen om verbeteringen te bewerkstelligen (zie achtergrond, onder 8.).

2.11. De Minister liet vervolgens op 13 november 1997 aan verzoekster weten dat haar geen mogelijkheden ter beschikking stonden om te voldoen aan het verzoek van verzoekster om via richtlijnen, protocollen en scholing de aanpak van bepaalde therapieën te verbeteren. In dat verband wees de Minister erop dat al meerdere jaren een internationale wetenschappelijke discussie gaande was over de mogelijkheid van het optreden van hervonden herinneringen bij bepaalde therapieën. Voorts benadrukte zij in haar brief aan verzoekster dat zij niet kon en niet wilde treden in de eigen verantwoordelijkheid van de beroepsgroepen. Daarnaast deelde de Minister mee dat zij de inspectie zou verzoeken om het onderwerp nogmaals met nadruk onder de aandacht van de beroepsgroepen te brengen (zie bevindingen, onder B.24.).

2.12. Verzoekster informeerde de hoofdinspecteur op 26 november 1997 over aanbevelingen van het Britse Royal College of Psychiatrists op het punt van 'hervonden incestherinneringen'. Volgens haar konden deze richtlijnen wellicht dienen als voorbeeld voor in Nederland tot stand te komen protocollen (zie bevindingen, onder B.25.).

2.13. In reactie op de brief van de Minister van 13 november 1997 pleitte verzoekster bij brief van 10 december 1997 voor het verrichten van onderzoek naar therapeutische praktijken en de effecten daarvan. Daarbij wees zij erop dat de koepels, waaronder het Nederlands Instituut van Psychologen, geen verbeteracties ondernamen omdat er geen onderlinge overeenstemming bestond over de benodigde protocollen (zie bevindingen, onder B.26.).

2.14. Bij brief van 17 april 1998 informeerde verzoekster de inspectie over enkele Engelstalige artikelen over hervonden incestherinneringen. In een van deze artikelen, uit de British Journal of Psychiatry, werd onder meer nadrukkelijk gesteld dat er geen bewijs bestaat voor de mogelijkheid van het onderdrukken en hervinden van traumatische ervaringen, en werd gewaarschuwd voor de schade die bij de betrokken patiënten en bij hun families wordt aangericht in het geval van een verkeerde diagnose en een daarop volgende onterechte beschuldiging van incest (zie bevindingen, onder B.28.).

2.15. Verzoekster wees de Minister er bij brief van 10 augustus 1998 op dat er nog steeds nieuwe 'gevallen' bij haar werden aangemeld, en dat geen van de betrokken partijen het probleem werkelijk wilde aanpakken (zie bevindingen, onder B.30.).

2.16. Tijdens een overleg met vertegenwoordigers van het Ministerie op 16 november 1998 wees verzoekster erop dat haar contacten met het NIP en de NVvP niets hadden opgeleverd. In verband daarmee drong zij aan op een actievere rol van het Ministerie op onder andere de terreinen van onderzoek en controle (zie bevindingen, onder B.31.).

2.17. Bij brief van 21 januari 1999 drong verzoekster andermaal bij de inspectie aan op onderzoek. Zij wees er daarbij op dat haar inmiddels ruim 200 'gevallen' bekend waren, en dat de meeste ouders hun kind dat de incestbeschuldiging had geuit al jaren niet meer hadden gezien (zie bevindingen onder B.32.).

2.18. In de desbetreffende periode heeft de Hoofdinspecteur voor de Geestelijke Gezondheidszorg, Gehandicaptenzorg en Ouderenzorg zich twee keer schriftelijk tot de beroepsgroepen gewend.

Bij brief van 29 april 1998 vroeg hij de NVvP om aandacht voor die zaken waarbij de belangen van derden rechtstreeks waren betrokkenen. Hij drong er daarbij op aan dat psychiaters voor dat soort situaties tot een expliciete gedragscode zouden komen. Als voorbeeld noemde hij de gevolgen van de 'recovered memory' therapie (zie bevindingen, onder D.1.).

2.19. Nadat verzoekster zich, in november 1998, tot de Nationale ombudsman had gewend, vroeg de hoofdinspecteur opnieuw schriftelijk bij het veld om aandacht voor de problematiek, en wel door middel van zijn brieven van 16 maart 1999 aan de NVvP en aan het NIP. De inhoud van deze brieven komt overeen met die van zijn brief van 29 april 1998 (zie bevindingen, onder D.2.).

2.20. Na een nieuw overleg met verzoekster op 19 april 1999 stemde de inspectie medio 1999 in met een onderzoek naar aspecten van de problematiek rond de 'hervonden incestherinneringen'. In december 1999 gaf de inspectie vervolgens een onderzoeksopdracht aan ZorgOnderzoek Nederland (zie bevindingen, onder B.34 en B.35.).

2.21. Voorts stelde de Inspectie voor de Gezondheidszorg de problematiek enkele keren, voor het eerst op 12 december 1995, aan de orde tijdens bestuurlijk overleg met de koepel NVAGG. Bij die gelegenheden is er vanuit de inspectie op aangedrongen dat er een protocol tot stand zou komen. Het punt is door de inspectie ook op de agenda voor het periodiek overleg met de NVvP van 20 augustus 1996 geplaatst.

3. Beoordeling door de Nationale ombudsman

3.1. In deze zaak gaat het om de beantwoording van de vraag of het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport adequaat heeft gereageerd op het herhaalde verzoek van verzoekster om initiatieven te nemen bij de aanpak van de problematiek inzake de hervonden incestherinneringen.

Volgens verzoekster luidt het antwoord op deze vraag ontkennend.

3.2. De Minister stelde in het kader van het onderzoek van de Nationale ombudsman dat zij van mening is dat de klacht van verzoekster ongegrond is. Zij gaf aan dat zij in dat

verband verschillende factoren had laten meewegen, met name haar competentie, de complexiteit van het onderwerp, alsmede het verwachtingspatroon van verzoekster.

De Minister benadrukte de eigen verantwoordelijkheid van de zorgaanbieders. Zij wees er op dat de overheid het veld c.q. de beroepsbeoefenaren geen gedragslijn in bepaalde behandelingen kan voorschrijven, alsmede dat er in het veld geen consensus bestaat ten aanzien van de vraag of herinneringen aan incest kunnen worden verdrongen en ten aanzien van de vraag in hoeverre en met welke technieken deze herinneringen kunnen worden opgehaald. Volgens de Minister kan de overheid stimuleren dat in het veld aanvaarde normen c.q. protocollen worden geïmplementeerd. Dergelijke normen c.q. protocollen vormen dan tevens voor de inspectie een maatstaf om de kwaliteit van de zorg te beoordelen. In dit geval ontbreekt volgens haar echter een breed geaccepteerde handelwijze (zie bevindingen, onder H.1.).

Ook wat betreft de rol van de inspectie wees de Minister op de eigen verantwoordelijkheid van de beroepsbeoefenaren. In dat verband wees zij erop dat de keuze van behandelmethoden, zoals geleerd bij de erkende opleidingen, behoort tot de professionele autonomie van de beroepsbeoefenaar. Volgens haar komt dit anders te liggen als een beroepsbeoefenaar door de keuze van een bepaalde behandelmethode buiten het gebied van zijn deskundigheid treedt, of buiten noodzaak schade of een aanmerkelijke kans op schade veroorzaakt. Volgens haar zal de inspectie in die gevallen gebruik maken van haar handhavingsbevoegdheden (zie bevindingen, onder F.4.).

De Minister benadrukte voorts dat zij niet kan en niet wil treden in de eigen verantwoordelijkheid van beroepsgroepen voor het kwaliteitsbeleid ten aanzien van de door hun leden geboden zorg. Wel had zij de Inspectie voor de Gezondheidszorg verzocht om het onderwerp met nadruk onder de aandacht van de beroepsgroepen te brengen. De betrokken hoofdinspecteur had door middel van zijn brief van 29 april 1998 aan de NVvP gevolg gegeven aan dit verzoek.

Voorts was verzoekster van de zijde van het Ministerie onder meer geadviseerd om zelf het probleem aan de beroepsgroepen voor te leggen en om een bijeenkomst te beleggen tussen ouders en deskundigen, en was verzoekster gewezen op de mogelijkheden van (onderzoeksinstellingen) als ZorgOnderzoek Nederland, het Trimbos-instituut en GGZ Nederland.

3.3. Blijkens een interne notitie van een medewerker van de (toenmalige) Directie Geestelijke Gezondheidszorg, Verslavingsaangelegenheden en Consumentenbeleid (GVC) van het Ministerie heeft de inspectie tijdens het gesprek van 20 maart 1995 "het verhaal van de WOIH aangehoord en zich verder nogal op de vlakte gehouden" (zie bevindingen, onder B.7.).

In het kader van het onderzoek van de Nationale ombudsman liet de Inspectie voor de Gezondheidszorg weten dat van de zijde van de inspectie aan de WOIH tijdens het gesprek op 20 maart 1995 is uitgelegd wat haar wettelijke taken en mogelijkheden waren. Daarbij was erop gewezen dat de wijze waarop zorg wordt uitgeoefend allereerst een aangelegenheid is voor de beroepsgroepen. Deze moeten volgens de inspectie tot consensus komen en vervolgens protocollen en richtlijnen voor de diverse behandelmethoden opstellen. Aan de hand van die protocollen en richtlijnen kan de inspectie vervolgens beoordelen of de zorg van een niveau is dat voldoet aan de eisen van de beroepsgroep zelf. De inspectie liet voorts weten dat de WOIH er tijdens het eerste gesprek op was gewezen dat zij niet kon treden in de waarheidsvraag, en dat dat een zaak voor Justitie is. Voorts wees de inspectie erop dat zij tijdens bedoeld gesprek had laten weten dat zij geen oordeel kon geven over de beste behandelmethodede omdat daarover geen consensus bestond onder de beroepsbeoefenaren, en omdat de wetenschappelijke literatuur op dat punt geen uitsluitsel gaf. De inspectie had de WOIH dan ook geadviseerd contact op te nemen met de betrokken koepels/beroepsgroepen, om aandacht te vragen voor het onderwerp (zie bevindingen, onder H.2.).

3.4. Zoals de Nationale ombudsman in hoofdstuk II. van deze beoordeling heeft aangegeven, zijn zorgaanbieders en individuele beroepsbeoefenaren op het terrein van de gezondheidszorg zelf verantwoordelijk voor de wijze waarop zij hun patiënten/cliënten behandelen. In hetzelfde hoofdstuk heeft de Nationale ombudsman opgemerkt dat er situaties kunnen ontstaan waarin van de overheid mag worden verwacht dat zij actief optreedt.

3.5. Ter beantwoording staat de vraag of de overheid in de onderhavige zaak datgene heeft gedaan wat van haar mocht worden verwacht.

3.6. Uit het onderzoek van de Nationale ombudsman is gebleken dat het Ministerie ervoor heeft gekozen verzoekster in de eerste plaats uitleg te geven over de beperkte mogelijkheden van het Ministerie en op de wegen die verzoekster zelf kon bewandelen om de desbetreffende problematiek aan de orde te stellen. Daarnaast heeft de inspectie het onderwerp in 1995 en in 1996 enkele malen aan de orde gesteld tijdens periodiek overleg met de NVAGG en met de NVvP.

3.7. Gebleken is dat het Ministerie zich ook in de daarop volgende jaren terughoudend is blijven opstellen. Op het uitdrukkelijke, en herhaalde, verzoek van de zijde van verzoekster om onderzoek naar de desbetreffende problematiek werd niet ingegaan. Afgezien van de hiervoor bedoelde periodieke vergaderingen met vertegenwoordigers van koepels, tijdens welke van de zijde van de inspectie is gewezen op de wenselijkheid van protocollen waarin ook de positie van de ouders aan de orde zou komen, heeft het tot 29 april 1998 geduurd voordat de hoofdinspecteur schriftelijk bij de beroepsvereniging van beoefenaren van psychiatrie, de NVvP, aandrang op de totstandkoming van een gedragscode. Bij brieven van 16 maart 1999 heeft de betrokken inspecteur opnieuw de NVvP en daarnaast ook het

NIP in gelijke zin benaderd.

Daarna heeft het tot december 1999 geduurd tot de inspectie aan ZON de opdracht verstrekke om onderzoek te (laten) doen naar verschillende aspecten van de problematiek van de hervonden incestherinneringen.

3.8. Uit het onderzoek is gebleken dat de Minister veel gewicht toekent aan de totstandkoming van protocollen waarin wordt vastgelegd hoe beroepsbeoefenaren dienen te handelen indien zij worden geconfronteerd met zaken die rechtstreeks de belangen van derden raken. De inspanningen van het Ministerie in de richting van de beroepsgroepen zijn dan ook gericht geweest op de totstandkoming van dergelijke protocollen.

3.9. Gelet op de positie van de overheid op het terrein van de gezondheidszorg in samenhang met de eigen verantwoordelijkheid van 'het veld' voor het aanbieden van verantwoorde zorg, acht de Nationale ombudsman het niet onbegrijpelijk dat het Ministerie zich ter zake van de door verzoekster aan de orde gestelde problematiek aanvankelijk terughoudend heeft opgesteld, en zich er voornamelijk toe heeft beperkt de WOIH te adviseren om bij het veld om aandacht te vragen voor de door haar aan de orde gestelde problematiek, en tijdens bestuurlijk overleg met de koepels aan te dringen op de totstandkoming van protocollen. Niet viel immers uit te sluiten dat binnen afzienbare tijd langs (onder meer) die weg binnen het veld consensus zou worden bereikt, en dat de beroepsgroepen zelf tot protocollen zouden komen. Van belang is in dat verband ook dat het aantal door de WOIH genoemde gevallen van in therapie naar boven gekomen onware incestherinneringen nog relatief laag was.

3.10. In de loop van de tijd werd echter steeds meer duidelijk dat de beroepsgroepen onderling verdeeld bleven over het waarheidsgehalte van incestherinneringen die via therapie werden 'hervonden'. Uit het onderzoek is naar voren gekomen dat de verdeeldheid van het veld over de vraag of 'hervonden herinneringen' wel op reële gebeurtenissen in het verleden kunnen zijn gebaseerd, aan de totstandkoming van protocollen in de weg heeft gestaan. Ondanks het feit dat de hoofdinspecteur het onderwerp enkele keren tijdens bestuurlijk overleg met de NVAGG en met de NVvP aan de orde heeft gesteld, waren er op het moment dat verzoekster zich tot de Nationale ombudsman richtte, in november 1998, nog geen protocollen tot stand gekomen. Bovendien was er, blijkens de informatie van de zijde van het Ministerie, op dat moment ook nog geen sprake van consensus in het veld.

De Inspecteur voor de Gezondheidszorg te Haarlem, die met zes 'gevallen' werd geconfronteerd, wees er in zijn overzicht van 14 juli 1999 op dat binnen de hulpverlening de meningen over het bestaan van 'fictieve herinneringen' nog steeds uiteenlopen (zie bevindingen, onder C.II.).

3.11. Tegelijkertijd nam het aantal 'gevallen' dat aan verzoekster werd gemeld toe, en werden bovendien vanuit de wetenschap steeds meer vraagtekens geplaatst bij het fenomeen van de 'verdrongen herinneringen', en bij therapieën waarbij dergelijke herinneringen naar boven kwamen.

Zo verscheen in april 1996 het hiervoor genoemde boek "Hervonden herinneringen en andere misverstanden" waarin door prof. dr. Crombag en prof. dr. Merckelbach werd vastgesteld dat empirisch bewijs voor het bestaan van 'hervonden herinneringen' ontbreekt. In oktober 1997 verscheen het advies-Van Koppen aan de Minister van Justitie. In beide documenten werd onderbouwde kritiek geuit op therapieën waarbij 'verdrongen herinneringen' aan incest naar boven werden gehaald. Voorts verspreidde verzoekster in oktober 1997 haar rapport "Een kleine fout? Over trauma-wanen bij volwassen kinderen".

3.12. Daarnaast gaf verzoekster in de loop van de tijd in haar contacten met het Ministerie duidelijk aan dat haar inspanningen in de richting van de beroepsgroepen door de kennelijke verdeeldheid binnen het 'veld' weinig hadden opgeleverd.

3.13. Bovendien werd de Inspectie voor de Gezondheidszorg in de loop van de jaren door middel van klachten van een aantal ouders die door hun kind waren beschuldigd van incest geconfronteerd met het fenomeen 'hervonden herinneringen'. In al deze gevallen bleken de betrokken inspecteurs, om verschillende redenen, weinig mogelijkheden te hebben om op te treden tegen de betrokken beroepsbeoefenaren. Tegelijkertijd bleken ook de betrokken ouders nauwelijks over reële mogelijkheden te beschikken om de handelwijze van de betrokken behandelaar - als die hun al bekend was - van hun kind via het tuchtrecht of via het klachtrecht aan de kaak te stellen (zie bevindingen, hoofdstuk C.).

3.14. Gezien enerzijds de ontwikkelingen in de loop van de jaren nadat verzoekster (toen nog de WOIH) zich voor het eerst tot het Ministerie had gewend en anderzijds het uitblijven van zowel protocollen als consensus, komt de Nationale ombudsman tot de slotsom dat van het Ministerie een meer actieve rol had mogen worden verwacht dan dat het nu op zich heeft genomen.

Waar allengs duidelijk werd dat de pogingen van verzoekster om veranderingen te bewerkstelligen weinig opleverden en waar bleek dat de beroepsgroepen er op beide punten zelf niet uitkwamen, was een daadkrachtiger optreden van het Ministerie op zijn plaats geweest. Onder meer op het punt van het nemen van initiatieven tot het (doen) verrichten van wetenschappelijk onderzoek en op het punt van de totstandkoming van consensus over bepaalde vormen van therapie en van protocollen, had een actievere opstelling van de zijde van het Ministerie in de rede gelegen. Binnen de grondwettelijke opdracht aan de overheid tot bevordering van de volksgezondheid had het Ministerie de beroepsgroepen op meer dwingende wijze kunnen benaderen dan nu is gebeurd. In dat verband kan ook worden gewezen op de aanbeveling in het rapport Van Koppen van oktober 1997 om de relevante beroepsorganisaties uit te nodigen zich uit te spreken over

vormen van therapie die bevorderlijk zijn voor hervonden herinneringen. Alhoewel deze aanbeveling was gericht aan de Minister van Justitie had het, gezien de beleidsverantwoordelijkheid terzake van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, op de weg van het Ministerie gelegen om uitvoering te geven aan die aanbeveling.

3.15. Ook met het oog op de afweging door het Ministerie of er, naar aanleiding van de signalen die werden ontvangen van verzoekster en van individuele ouders, aanleiding bestond voor gebruikmaking van de aanwijzingsbevoegdheid van artikel 7 van de Kwaliteitswet zorginstellingen, had een meer actieve rol van het Ministerie voor de hand gelegen. In situaties waarin de beroepsgroepen er zelf niet uitkomen, mag immers van de overheid worden verwacht dat deze het voortouw neemt. Van belang hierbij is nog dat verzoekster er nadrukkelijk op heeft gewezen dat, voor zover bekend, een ruime meerderheid van de betrokken 'kinderen' in therapie is geweest bij reguliere therapeuten, van wie ruim de helft in loondienst werkt bij een Riagg of bij een ziekenhuis. In deze gevallen was steeds sprake van zorgaanbieders, waarop de Kwaliteitswet zorginstellingen van toepassing is.

3.16. Ook ter beantwoording van de vraag of in bepaalde gevallen toepassing van artikel 96 van de Wet BIG aan de orde zou kunnen komen, diende het Ministerie zich een oordeel te vormen over de eventuele schadelijkheid van de door verzoekster bedoelde vormen van psychotherapie. Waar het veld er kennelijk niet in slaagde op dit punt een eenduidig standpunt in te nemen, had van het Ministerie in ieder geval mogen worden verwacht dat het meer initiatieven had genomen om ter zake tot een eigen standpunt te kunnen komen

3.17. De Nationale ombudsman heeft er waardering voor dat het Ministerie, nadat verzoekster zich tot de Nationale ombudsman had gewend, het NIP en (opnieuw) de NVvP heeft benaderd, alsmede aan ZON een onderzoeksopdracht heeft gegeven. Deze initiatieven kunnen er echter niet aan afdoen dat de Nationale ombudsman van oordeel is dat het Ministerie, gelet op de opdracht van artikel 22, eerste lid, van de Grondwet, zich niet voldoende heeft ingespannen om, binnen de mogelijkheden waarover het beschikt, de door verzoekster vanaf 1995 aan de orde gestelde problematiek van de verdrongen of hervonden incestherinneringen adequaat aan te pakken.

Noch de ministeriële competentie noch de complexiteit van het onderwerp noch het verwachtingspatroon van verzoekster behoorde aan een meer actieve rol van het Ministerie in de weg te staan.

In zoverre is de onderzochte gedraging niet behoorlijk.

c. De informatievoorziening binnen het Ministerie

1. Verzoekster heeft voorts geklaagd over tekortschietende informatievoorziening binnen het Ministerie over de aan de orde zijnde problematiek. Volgens haar wordt relevante

literatuur uit binnen- en buitenland niet gezocht en, wanneer deze door haar wordt toegezonden, klaarblijkelijk niet of slecht bestudeerd. In dat verband wees zij erop dat de collectie in de bibliotheek een eenzijdig stempel draagt van "vrouwen-hulpverlening van een specifiek Amerikaanse richting", en op het uitblijven van een reactie van de zijde van het Ministerie wanneer zij relevante literatuur had opgestuurd.

2. Van de zijde van de Inspectie voor de Gezondheidszorg is op dit punt gereageerd met de mededeling dat de deelnemers van de IGZ aan de gesprekken met vertegenwoordigers van verzoekster niet de indruk hadden dat zij wat betreft kennis van het onderwerp tekortschoten tegenover hun gesprekspartners.

3. Uit het onderzoek van de Nationale ombudsman is niet gebleken of aannemelijk geworden dat de wijze van reageren van het Ministerie op de herhaalde verzoeken van verzoekster om de bewuste problematiek aan te pakken, negatief is beïnvloed door een tekortschietende kennis van zaken op het punt van die problematiek.

In zoverre is de onderzochte gedraging behoorlijk.

IV. Ten slotte

Verzoekster heeft op constructieve wijze het probleem waarvoor zij staat onder de aandacht van de overheid en van de beroepsgroepen gebracht. Nadat zij, deels op instigatie van het Ministerie, zelf de nodige pogingen had ondernomen om 'het veld' in beweging te krijgen en nadat duidelijk was geworden dat deze pogingen niet het door haar beoogde resultaat hadden, heeft zij met nog meer nadruk een beroep gedaan op de overheid. Uiteindelijk is door met name de inspanningen van verzoekster onder meer bereikt dat de inspectie in december 1999 een opdracht tot onderzoek heeft gegeven aan ZON, waarbij de problematiek wordt onderzocht vanuit het perspectief van de ex-cliënten (zie bevindingen, onder B.35).

Naast een pleidooi voor initiatieven ter voorkóming van nieuwe gevallen, heeft verzoekster ook aangedrongen op hulp aan de betrokken kinderen. In dat verband wees zij erop dat uit Amerikaans onderzoek is gebleken dat het met de meeste 'vermeend incest-patiënten' slecht gaat.

De Minister heeft in dit verband gesproken van verwachtingen aan de kant van verzoekster die onmogelijk gerealiseerd kunnen worden. Zij wees er daarbij op dat het hier gaat om wilsbekwame volwassenen, die zelf bepalen welke behandeling zij wensen. Volgens haar is het aan henzelf om een andere behandeling te realiseren als zij dat wensen, en ligt er voor de overheid op dit punt geen taak (zie bevindingen, onder H.1.).

De Nationale ombudsman realiseert zich dat aan de uitvoering van de wens van verzoekster een groot aantal haken en ogen zit. Toch is hij van oordeel dat de Minister er te gemakkelijk aan voorbij gaat dat het hier gaat om een categorie kwetsbare personen,

van wie niet zonder meer aannemelijk is dat zij die hulp zoeken die zij nodig hebben. Evenmin staat vast dat 'het veld' zelf initiatieven zal nemen om de betrokkenen te helpen.

Het ligt volgens de Nationale ombudsman op de weg van de Minister om, eventueel in aansluiting op de uitkomsten van het onderzoek aan de Universiteit van Maastricht, in overleg met de betrokken beroepsgroepen tot een plan van aanpak te komen, dat er op is gericht dat de beroepsgroepen zich alsnog uitspreken over therapieën waarbij hervonden herinneringen een rol spelen. Op basis van met name de uitkomsten van het ZON-onderzoek kan in dat verband tevens worden bezien of het wenselijk is daarbij ook de mogelijkheden te betrekken voor hulp aan personen die onder invloed van enige vorm van psychotherapie tot verdrongen of hervonden incestherinneringen zijn gekomen. Met het oog hierop is in dit rapport een aanbeveling aan de Minister opgenomen.

Conclusie

De klacht over de onderzochte gedraging van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, die wordt aangemerkt als een gedraging van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, is gegrond op het punt van de wijze waarop is gereageerd op het herhaalde verzoek van verzoekster om initiatieven te nemen bij de aanpak van de problematiek inzake de verdrongen of hervonden incestherinneringen, en niet gegrond op het punt van de informatievoorziening binnen het Ministerie.

AANBEVELING

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport wordt in overweging gegeven om, eventueel in aansluiting op de uitkomsten van het onderzoek aan de Universiteit van Maastricht, in overleg met de betrokken beroepsgroepen tot een plan van aanpak te komen, dat er op is gericht dat de beroepsgroepen zich alsnog uitspreken over therapieën waarbij hervonden herinneringen een rol spelen. Voorts wordt de Minister in overweging gegeven om op basis van met name de uitkomsten van het ZON-onderzoek te bezien of het wenselijk is in bedoeld plan van aanpak ook de mogelijkheden te betrekken voor hulp aan personen die onder invloed van enige vorm van psychotherapie tot verdrongen of hervonden incestherinneringen zijn gekomen.

In reactie hierop deelde de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport de Nationale ombudsman mee advies te zullen vragen aan de Gezondheidsraad en zich daarna te beraden op eventuele verdere stappen, doch zich ten aanzien van de mogelijkheden van hulp aan de bovenbedoelde personen vooralsnog terughoudend op te stellen. Met zijn brief van 6 juni 2000 aan de Minister heeft de Nationale ombudsman instemmend gereageerd op de voorgenomen adviesaanvraag en zijn begrip getoond voor de terughoudende opstelling van de Minister, echter wel met het verzoek een en ander nader te overwegen.

Op 27 januari 2004 bracht de Gezondheidsraad het gevraagde advies uit. Naar aanleiding daarvan zal de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport in samenspraak met de Inspectie voor de Gezondheidszorg de belangrijkste beroepsgroepen vragen om te komen tot een soort "bijsluiters" met algemene informatie over werkwijze bij en de effectiviteit, nadelen en alternatieven van diverse vormen van psychotherapie. Voorts zal de Inspectie in overleg met de beroepsgroepen uit de geestelijke gezondheidszorg bevorderen dat de aanbevelingen van de Gezondheidsraad inzake aanpassing van de opleidingscurricula worden overgenomen. Ten slotte ziet de Minister geen taak voor de rijksoverheid een plan van aanpak te maken (en uit te voeren) voor hulp aan personen die onder invloed van enige vorm van psychiatrie tot verdrongen of hervonden incestherinneringen zijn gekomen. Volgens de Minister legt de wetgeving op het gebied van de gezondheidszorg de verantwoordelijkheid bij de volwassen, wilsbekwame burger om zelfstandig te beslissen over het al dan niet inroepen van hulp en het kiezen van de hulpverlener. De Minister acht het de verantwoordelijkheid van de zorgaanbieder om op die hulpvraag een passend antwoord te geven.

Onderzoek

In het kader van het onderzoek werd de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport verzocht op de klacht te reageren en een afschrift toe te sturen van de stukken die op de klacht betrekking hebben. Daarbij werd de Minister gevraagd een aantal specifieke vragen te beantwoorden.

Ook aan de Minister van Justitie werden enkele vragen voorgelegd.

Tijdens het onderzoek kregen de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en verzoekster de gelegenheid op de door ieder van hen verstrekte inlichtingen te reageren.

Voorts werden de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport nog enkele aanvullende vragen gesteld, en werd telefonisch informatie ingewonnen bij ZorgOnderzoek Nederland.

Het resultaat van het onderzoek werd als verslag van bevindingen gestuurd aan betrokkenen.

Zowel verzoekster als de Minister liet weten dat het verslag geen aanleiding gaf tot het maken van opmerkingen

Bevindingen

De bevindingen van het onderzoek luiden als volgt:

A. INFORMATIE OVER VERZOEKSTER

1. Op initiatief van de (toenmalige) voorzitter van de vereniging Ouders voor Kinderen (OvK) kwamen in juli 1994 vier van incest beschuldigde ouders bijeen. Deze bijeenkomst leidde tot de oprichting van de Werkgroep Onware Incest-Herinneringen (WOIH). De WOIH stelde nog in 1994 een vouwblad op met informatie over het probleem van de zogenoemde 'onware incest-herinneringen', en over de doelstellingen van de WOIH. In dit vouwblad is onder meer het volgende opgemerkt:

"...Hoe 'false memories' ontstaan, is overigens nog vrij onduidelijk. En ook over het wel of niet betrouwbaar zijn van herinneringen is nog te weinig bekend. Vandaar dat alle betrokkenen de uiterste voorzichtigheid moeten betrachten ten aanzien van dergelijke ernstige beschuldigingen..."

2. In 1995 werd de naam van de werkgroep gewijzigd in Werkgroep Fictieve Herinneringen (WFH). In 1996 stelde de WFH een nieuw vouwblad op.

De tekst van dit vouwblad luidt als volgt:

"... WERKGROEP FICTIEVE HERINNERINGEN

Voor ouders die ten onrechte door hun volwassen dochter of zoon zijn beschuldigd van incest

Het probleem van de fictieve (incest-)herinneringen

Het probleem

Incest (seksueel misbruik door een gezins- of familielid) **bestaat**, dat is een onweerlegbaar feit. Het is een ernstig misdrijf, waar alle betrokkenen - hulpverleners en eventuele justitiële partijen - met de grootste zorg en deskundigheid mee om moeten gaan.

Maar even onweerlegbaar is, dat in ons land - evenals in de VS, Engeland en andere vooral Angelsaksische landen - ouders (vooral vaders) of grootouders worden geconfronteerd met onterechte beschuldigingen, geuit door een inmiddels volwassen (klein-)dochter of zoon, inhoudende dat incest gepleegd zou zijn gedurende haar of zijn jeugd. Die herinneringen komen vaak pas naar boven in de loop van één of andere vorm van psychotherapie, die aanvankelijk voor heel andere klachten zoals bijvoorbeeld depressies en eetstoornissen was begonnen.

Onterechte beschuldigingen van seksueel misbruik veroorzaken naar twee kanten slachtoffers:

- de beschuldigde(n) en hun gezinsleden,
- de aanklager zelf, die overtuigd raakt van een in werkelijkheid geheel onwaar, afschuwelijk verleden, en die op grond van die foute diagnose ook verder wordt behandeld.

Het gevolg is meestal, dat het vermeende slachtoffer de banden met het gezin verbreekt en zich helemaal afsluit voor alle - zelfs objectief onweerlegbare - feiten en omstandigheden, die niet passen in de eigen fictieve herinnering. Deze gesteldheid wordt in de Engelstalige literatuur het 'false memory syndrome' genoemd. Wij noemen dit: fictieve (incest-)herinneringen.

Uit recent onderzoek blijkt dat het hoogst onwaarschijnlijk is dat langdurige trauma's (dus ook incest) vergeten kunnen worden. Dus moeten alle betrokkenen de uiterste voorzichtigheid betrachten ten aanzien van ernstige beschuldigingen, die gebaseerd zijn op herinneringen aan mishandeling en incest, die pas op latere leeftijd in een therapeutische setting boven komen.

Een perspectief

In de VS, waar de afgelopen jaren vele duizenden gezinnen getroffen zijn door onterechte incest-beschuldigingen, hebben al honderden oorspronkelijke 'aanklagers' hun beschuldigingen ingetrokken, na tot de overtuiging te zijn gekomen dat die aanklacht niet op waarheid berustte. Vervolgens beschuldigen velen van hen daarna hun voormalige therapeut van het 'inplanten' van die fictieve incest-herinneringen.

Ook in ons land zijn gelukkig al enkele incest-beschuldigingen herroepen. Maar er worden helaas nog steeds nieuwe 'gevallen' bij onze werkgroep aangemeld; in drie jaar tijd zijn dat er nu ruim 125. Positief is wel dat veel van de betrokken partijen zich bewust zijn geworden van deze afschuwelijke problematiek.

Platform

De Werkgroep Fictieve Herinneringen (WFH), medio 1994 opgericht door een aantal ten onrechte beschuldigde ouders, streeft primair drie doelen na:

- 1) De WFH wil een informatie-platform zijn voor beschuldigten, therapeuten, artsen, politie/justitie, wetenschappers en andere geïnteresseerden, door het verzamelen, ordenen en analyseren van gevallen en door het volgen van de relevante binnen- en buitenlandse ontwikkelingen en literatuur;
- 2) De WFH streeft op basis hiervan naar verbetering van de algemene aanpak en de werkwijzen rond vermeend incest door hulpverlenings- en politie/justitie-instanties;
- 3) De WFH wil de getroffen gezinnen helpen door een luisterend oor te bieden en de weg te wijzen naar mogelijke eigen activiteiten..."

3. In oktober 1997 publiceerde de WFH (verzoekster) haar rapport "Een kleine fout?" Over trauma-wanen bij volwassen kinderen". In dit rapport deed zij onder meer verslag van haar werkzaamheden in de daaraan voorafgaande jaren. Een aantal passages uit dit rapport is

opgenomen in de achtergrond, onder 8.).

4. In 1998 stelde verzoekster een nieuw vouwblad op. In vergelijking met haar vouwblad van 1996 was dit nieuwe vouwblad onder het kopje "Het probleem" uitgebreid met de volgende passage:

"...'Opgraven' en 'herbeleven' van trauma's, bijvoorbeeld door middel van hypnose-technieken, blijkt bovendien erg onbetrouwbaar te zijn, en op termijn vaak tot verslechtering van de toestand van de patiënt te leiden..."

B. Contacten tussen verzoekster en het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport/de Inspectie voor de Gezondheidszorg

1. Op 25 november 1994 attendeerde de WOIH de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op haar oprichting, en stuurde zij de Minister onder andere haar vouwblad (zie onder A.1.) toe. In haar brief wees zij erop dat haar inmiddels ongeveer dertig 'gevallen' bekend waren, en dat dit aantal snel toenam. Aan het slot van haar brief deelde zij mee dat vertegenwoordigers van de WOIH graag met de Minister en/of met ambtenaren van het Ministerie van gedachten zouden wisselen over met name het punt van 'waarheidsbeleving' bij hulpverleningsinstanties en bij politie- en justitie-instanties.

2. Bij brief van 6 februari 1995 herinnerde de WOIH de Minister aan haar brief van 25 november 1994. Zij stelde voorts het volgende:

"...Wij maken ons grote zorgen over de aard en omvang van deze problematiek, en doen derhalve - nogmaals - een dringend beroep op u om hierover met ons mee te denken en te werken. Heel concreet pleiten wij voor het verder in kaart brengen van deze problematiek en het ontwikkelen van oplossingsrichtingen door middel van een objectief onderzoek door een onafhankelijke commissie (vergelijk het Rapport inzake ritueel misbruik)..."

3. Bij brief van 2 maart 1995 liet de Inspectie voor de Gezondheidszorg aan de WOIH weten dat haar brieven van 25 november 1994 en van 6 februari 1995 onderwerp van bespreking waren geweest binnen de (voormalige) Geneeskundige Hoofdinspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid. De WOIH werd verzocht contact op te nemen met de inspectie voor het maken van een afspraak voor een gesprek met de Hoofdinspecteur voor de Geestelijke Gezondheidszorg en Gehandicaptenzorg en met een medewerkster van de inspectie.

4. Op 20 maart 1995 vond een gesprek plaats tussen vertegenwoordigers van de WOIH en vertegenwoordigers van de Inspectie voor de Gezondheidszorg.

Bij deze gelegenheid werd van de zijde van de WOIH onder meer aandacht gevraagd voor de rol van hulpverleners bij het ontstaan van onware incest-herinneringen.

5. De WOIH stuurde, in verband met het uitblijven van een reactie van de zijde van het Ministerie, op 23 maart 1995 kopieën van haar brieven van 25 november 1994 en van 6 februari 1995 per fax naar het Ministerie.

6. Bij brief van 24 mei 1995 liet de WOIH aan de Minister weten dat zij nog steeds geen antwoord had ontvangen op haar brieven van 25 november 1994 en van 6 februari 1995.

7. In een interne notitie van een medewerker van de Directie Geestelijke Gezondheidszorg, Verslavingsaangelegenheden en Consumentenbeleid (GVC) van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 8 augustus 1995 is met betrekking tot het gesprek op 20 maart 1995 tussen vertegenwoordigers van de WOIH en van de Inspectie voor de Gezondheidszorg het volgende gesteld:

"...Inspectie heeft het verhaal van de club aangehoord en zich verder nogal op de vlakte gehouden. De verwachtingen van de werkgroep zijn/waren nogal hoog gespannen t.a.v. rol IGZ en waarschijnlijk idem t.a.v. rol departement..."

8. In vervolg op een telefonisch overleg met de WOIH nodigde de Directeur GVC de WOIH bij brief van 18 augustus 1995 uit voor een overleg op 18 september 1995. In deze brief werden de WOIH verontschuldiging aangeboden voor de vertraging die was opgetreden door de niet-adequate afhandeling van de brief van de WOIH van 25 november 1994.

9. Met het oog op de bespreking van 18 september 1995 stuurde de WOIH het Ministerie op 8 september 1995 een brief met enkele aandachtspunten. Onder meer stelde zij het volgende:

"...de kern-problematiek betreft het diagnosticeren én behandelen door psychotherapeuten (van verschillende richtingen en disciplines) van (bijna) volwassen, veelal vrouwelijke cliënten met zeer verschillende psychische klachten/problemen, waarbij eerst (veel) later de 'incest-gedachte' opkomt, al dan niet 'geholpen'; de incest-problematiek, die onze werkgroep uiteraard als zeer belangrijk onderkent, is - gelet op het bovenstaande - dus ook niet het onderwerp voor dit overleg..."

10. In de door een medewerker van de Directie GVC van het Ministerie gemaakte aantekeningen van het gesprek van 18 september 1995 is het volgende gesteld:

"...4. Wensen van de werkgroep.

(...)

* genoemde therapieën moeten door de ZFR (Ziekenfondsraad; N.o.) als experimenteel worden aangeduid zodat betere controle op gebruik en bijeffecten mogelijk is.

reactie GCV: ZFR kan beroepsbeoefenaren niet voorschrijven welke behandelingen zij al/niet mogen toepassen. Men zou zelf met de beroepsverenigingen contact moeten opnemen over protocollering etc.

* onafhankelijk onderzoek a la onderzoek naar satanisch misbruik.

reactie GVC: genoemd onderzoek is destijds ingesteld door Min. justitie. Op dit moment onvoldoende aanleiding voor een dergelijk onderzoek op het gebied van onware incestherinneringen.

(...)

5. afspraken.

- GVC bespreekt het in reguliere overleg met IGZ
- idem waar mogelijk in overleg met koepels beroepsgroepen
- na maand of 4 nog eens telefonisch contact op initiatief van de werkgroep (verzoekster; N.o.)..."

11. In vervolg op het gesprek van 18 september 1995 stuurde de Directeur GVC op 6 oktober 1995 een brief met de volgende inhoud naar de WOIH:

"...U hebt bij die gelegenheid (bedoeld gesprek; N.o.) aandacht gevraagd voor het probleem van de groep ten onrechte aangeklaagde ouders en hebt het dilemma van de "waarheidsvinding" bij hulpverleners en politie/justitie aan de orde gesteld.

Kernpunt daarbij is dat beschuldigde ouders het gevoel hebben dat zij zich niet kunnen verdedigen omdat zij door niemand worden gehoord. Voorts worden door de werkgroep bepaalde therapieën aangemerkt als risicovol in dit verband. Het gaat dan om therapieën waar het autobiografisch element centraal staat. Gesproken is over een aantal suggesties uwerzijds die volgens u een bijdrage zouden kunnen leveren aan oplossing c.q. vermindering van de door u gesignaleerde knelpunten.

Het bleek echter tijdens het gesprek dat het merendeel van deze suggesties op wettelijke gronden niet uitvoerbaar is, dan wel de beleidsverantwoordelijkheid van mijn Ministerie overstijgt. Bijvoorbeeld waar het gaat om het beleid van de politie inzake de plaats van getuigenverklaringen in het kader van een gerechtelijk vooronderzoek.

U hebt aangegeven ook koepelorganisaties, beroepsverenigingen en andere departementen te hebben aangeschreven met het verzoek te reageren op de door u gesignaleerde problematiek.

Tenslotte is afgesproken dat de door u aangegeven knelpunten dezerzijds ingebracht zullen worden in het interne periodieke overleg van mijn directie met de Inspectie voor de Gezondheidszorg. Medio januari 1996 wordt door u telefonisch contact opgenomen met (een medewerker van de Directie GVC; N.o.)..."

12. Op 9 februari 1996 vond een vervolgesprek plaats tussen vertegenwoordigers van verzoekster en vertegenwoordigers van het Ministerie. Door de vertegenwoordigers van verzoekster werd onder meer aandacht gevraagd voor het aspect 'waarheidsvinding' bij incest-onderzoeken, voor het verband tussen bepaalde methoden van (psycho-)therapie en het ontstaan van incest-herinneringen, alsmede voor de verhouding tussen 'therapeutische waarheid' en 'juridische waarheid'.

13. Verzoekster richtte zich bij brief van 28 februari 1996 tot de Hoofdinspecteur voor de Gezondheidszorg. Zij wees de hoofdinspecteur erop dat tijdens het gesprek met vertegenwoordigers van het Ministerie op 9 februari 1996 was geconcludeerd dat het gewenst was dat verzoekster opnieuw met de hoofdinspectie van gedachten zou wisselen over de betreffende problematiek.

14. Op 22 april 1996 vond een tweede gesprek plaats tussen vertegenwoordigers van verzoekster en vertegenwoordigers van de Inspectie voor de Gezondheidszorg.

Ten behoeve van dit overleg stuurde verzoekster de Hoofdinspecteur voor de Gezondheidszorg op 18 april 1996 een aantal publicaties met betrekking tot de door haar aan de orde gestelde problematiek. Daartoe behoorde het artikel "Hoog tijd voor bezinning. Beroepsgroepen over 'hervonden herinneringen'" van prof. dr. H.L.G.J. Merckelbach, uit het tijdschrift *Skepter* van maart 1996. Over dit artikel schreef verzoekster in haar brief aan de hoofdinspecteur het volgende:

"...In het (...) artikel worden de standpunten vergeleken, die enkele buitenlandse 'koepels' over de diverse aspecten van deze problematiek hebben ingenomen. De Nederlandse koepels als NIP, NVvP, NVAGG e.a. zijn hierover, helaas, intern nog diep verdeeld, hetgeen het voortduren van onwenselijke praktijken (voor patiënten én hun ouders) mede verklaart..."

15. Verzoekster stuurde de Hoofdinspecteur voor de Gezondheidszorg op 20 mei 1996 kopieën van haar brieven van dezelfde datum aan de NVAGG en aan het NIP. In haar brief aan de hoofdinspecteur noemde verzoekster het overleg van 22 april 1996 "waardevol".

In haar brieven aan de NVAGG en het NIP gaf verzoekster aan dat haar inmiddels ruim zestig 'gevallen' bekend waren, en dat zij regelmatig hoorde van gevallen die niet bij haar waren aangemeld. Voorts sprak zij bedoelde koepels aan op hun verantwoordelijkheid om het voortouw te nemen bij de door haar aan de orde gestelde problematiek. In haar brieven stelde zij het volgende:

"...De WFH wéét dat incest bestaat en een groot probleem is. Maar wij weten ook dat hervonden, fictieve incestherinneringen bestaan, dat die in de loop van therapie opkomen, in een gezamenlijke 'actie' van patiënt en hulpverlener (waarbij de omvang van ieders rol kan verschillen), en dat dit óók een groot probleem betreft. Bij het uit de wereld helpen van dat probleem vervullen de koepels (...) de sleutelrol.

De WFH dringt daarom nogmaals bij u op spoedig overleg hierover aan. Er zijn, óók door aarzelend optreden van de koepels, al langer dan nodig in het therapeutische veld ernstige fouten gemaakt jegens patiënten en hun naaste familie. Hieruit is grote schade voortgevloeid..."

16. Op 29 mei 1996 stuurde verzoekster onder anderen de hoofdinspecteur ter kennisneming een kopie van de nieuwsbrief van de False Memory Syndrome Foundation (VS) van 1 mei 1996, waarin in een artikel met de kop "Does recovered memory therapy help patients get better?" was gesteld: "Recovered memory therapy can make people worse, not better".

17. Ter voorbereiding op een vervolgoverleg tussen vertegenwoordigers van verzoekster en vertegenwoordigers van de hoofdinspectie stuurde verzoekster de hoofdinspecteur op 28 oktober 1996 haar nieuwsbrief van oktober 1996 met informatie over de actuele stand van zaken. In deze nieuwsbrief werd gesteld dat er "tal van positieve ontwikkelingen waren te zien, maar nog lang niet genoeg".

Onder meer is in deze nieuwsbrief het volgende opgemerkt:

"Het is goed om te beseffen dat alle veranderingsprocessen langzaam verlopen.

(...) Het is daarbij onthullend om te moeten ervaren, dat veel therapeuten (en hun koepels) zich meer lijken te bekommeren om hun eigen posities, dan om de zorg voor hun cliënten. Zorg voor de ouders ontbreekt vrijwel altijd."

18. Met het oog op een gepland overleg tussen vertegenwoordigers van verzoekster en van de Inspectie voor de Gezondheidszorg op 14 februari 1997 stuurde verzoekster op 28 januari 1997 een brief met enkele gesprekspunten naar de hoofdinspectie.

Zij noemde onder meer de reacties respectievelijk het uitblijven van reacties van de kant van de koepels van therapeuten, de voortdurende fricties tussen het therapeutische en het juridische veld, alsmede de sterke groei van het bij verzoekster aangemelde gevallen. Zij noemde in dat verband het aantal van 120.

19. Op 14 februari 1997 vond voormeld overleg plaats tussen verzoekster en de hoofdinspectie.

20. Verzoekster richtte zich bij brief van 21 maart 1997 tot de Minister.

Zij deelde het volgende mee:

"...In de loop van die gesprekken (tussen vertegenwoordigers van verzoekster en vertegenwoordigers van het Ministerie en de hoofdinspectie; N.o.) is de bewustwording ten aanzien van deze problematiek wel gegroeid, maar echte vooruitgang in de vorm van concrete verbetering van de aanpak en werkwijzen in de geestelijke gezondheidszorg is er ons inziens niet geboekt, omdat veel blijkt te zijn overgelaten aan de therapeuten-koepels, die zich over het algemeen zeer terughoudend tegenover ons en deze problematiek opstellen.

Inmiddels heeft onze werkgroep ook contact gezocht met het ministerie van Justitie, omdat een deel van de (inmiddels 125) beschuldigde ouders/ouderparen is geconfronteerd met strafrechtelijke en/of civielrechtelijke procedures. De minister van Justitie blijkt recent te hebben vastgesteld dat hier wel degelijk een serieus probleem ligt.

Tot nu toe is van de zijde van Volksgezondheid een dergelijke vaststelling uitgebleven, terwijl het hier toch primair gaat om het (dis)functioneren van een deel van de geestelijke gezondheidszorg - hetgeen tot het beleidsterrein van uw ministerie behoort.

Gesterkt door recent onderzoek en de ontwikkelingen in de VS, waar veel therapeuten worden aangeklaagd door ex-patiënten wegens het aanpraten van de meest vreselijke ervaringen, legt de WFH nu opnieuw aan u het verzoek voor tot overleg..."

21. Bij brief van 6 oktober 1997 richtte verzoekster zich opnieuw tot de Minister. Onder verwijzing naar aanbeveling 3 uit het zogenoemde "rapport Van Koppen" (zie achtergrond, onder 9.) stelde zij het volgende:

"...Onze werkgroep doet - opnieuw - een beroep op u om te bevorderen dat via richtlijnen, protocollen, om- en bijscholing e.d. een goede (dat wil zeggen: betere) aanpak wordt gerealiseerd rond de in therapie 'hervonden' incestwanen. De nu door uw collega van Justitie in gang gezette aanpak in de sector 'politie/justitie' kan daarbij als lichtend voorbeeld dienen. (...)

Voor de goede orde herinneren wij u eraan dat wij sinds voorjaar 1995 enkele malen met ambtenaren van uw ministerie (2x) en van de Hoofdinspectie Gezondheidszorg (3x) over deze problematiek hebben gesproken. Geen van die gesprekken - die overigens pas na veel moeite tot stand kwamen - heeft geleid tot het in gang zetten van de zo noodzakelijke verbeteringen in de aanpak en de werkwijzen 'in het therapeutische veld'.

Op onze laatste brief aan u dd. 28 maart 1997 (kennelijk is bedoeld 21 maart 1997; N.o.), waarin wij onze ongerustheid over het uitblijven van verbeteringen kenbaar maakten, hebben wij helaas nimmer een antwoord mogen ontvangen..."

22. In een interne notitie van een medewerker van de Inspectie voor de Gezondheidszorg aan een medewerker van de Directie Geestelijke Gezondheidszorg, Verslavingszorg en Maatschappelijke Opvang van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 15 oktober 1997 is het volgende gesteld:

"...Onze aanpak is geweest:

- veel aandacht voor de verhalen en argumenten van de ouders
- ouders wensten dat wij therapeuten zouden vertellen wat ze moesten doen
- uitgelegd dat dat niet kan. Dat daar geen rechtsgronden voor zijn, dat beroepsgroepen zelf verantwoordelijkheden hebben, dat de inspectie geen beslissend oordeel kan uitspreken inzake wetenschappelijke dilemma's. Bovendien: je kunt therapeuten onmogelijk verbieden te praten met de cliënt/patiënt over diens verleden.
- als tussenoplossing is destijds aangeboden:
 - * inspectie zal bij beroepsgroepen aandacht voor het probleem vragen (...)
 - * ouders kunnen zelf aandacht voor de problematiek vragen bij beroepsgroepen. Aangeraden een dossier van goed onderbouwde casussen aan te leggen.
 - * in geval van veronderstelde 'malpractice' kunnen ouders een beroep doen op het tuchtrecht van de diverse beroepsgroepen, of evt. op de rechter. Als het gaat om een zaak van algemeen belang, dan kan de inspectie daarbij wel een rol spelen.
 - * ouders kunnen een avond met deskundigen organiseren, om meer belangstelling voor hun zaak te wekken. Hiertoe heeft de inspectie ook praktische suggesties gedaan..."

23. Op 27 oktober 1997 stuurde verzoekster exemplaren van haar rapport "Een kleine fout? Over trauma-wanen bij volwassen kinderen" (zie achtergrond, onder 8.) naar onder anderen de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, de Hoofdinspecteur voor de Geestelijke Gezondheidszorg, Gehandicaptenzorg en Ouderenzorg, alsmede een aantal koepels en instellingen op het terrein van de geestelijke gezondheidszorg.

24. De Minister reageerde bij brief van 13 november 1997 als volgt op verzoeksters brief van 6 oktober 1997:

"...Naar aanleiding van het recent verschenen adviesrapport van de heer P. van Koppen: "Hervonden misdrijven; Over aangiftes van seksueel misbruik na therapie" doet u een beroep op mij om te bevorderen dat via richtlijnen, protocollen en scholing de aanpak van bepaalde therapieën wordt verbeterd. U vraagt daarbij met name mijn aandacht voor de zogenoemde hervonden "incestwanen".

Hoewel ik zeker begrip heb voor de schade en pijn die optreden indien ouders ten onrechte beschuldigd worden van incest, moet ik u mededelen dat mij geen mogelijkheden ter beschikking staan om aan uw verzoek tegemoet te komen.

Zoals in eerdere gesprekken met medewerkers van mijn ministerie en van de Inspectie voor de Gezondheidszorg werd gesteld, is al meerdere jaren een internationale wetenschappelijke discussie gaande over de mogelijkheid van het optreden van hervonden herinneringen bij de door u genoemde therapieën. U zult begrijpen dat ik geen beslissend oordeel kan uitspreken inzake wetenschappelijke dilemma's. Bovendien kennen beroepsgroepen een eigen verantwoordelijkheid voor het kwaliteitsbeleid ten aanzien van de door hun leden geboden hulpverlening.

Ik kan en wil niet treden in die eigen verantwoordelijkheid.

De Minister van Justitie heeft het onderzoeksrapport van de heer P. van Koppen inmiddels voorgelegd aan een door het Openbaar Ministerie ingesteld "Ontwikkelteam", dat zich buigt over de herziening van de "Richtlijnen de Beaufort". Deze richtlijnen betreffen de wijze van handelen van de politie bij aangifte van een zedendelict. Het ontwikkelteam is gevraagd de resultaten en aanbevelingen van het onderzoek mee te nemen in haar werkzaamheden.

Omdat ik met u van mening ben dat de door u genoemde problematiek een zorgvuldige aandacht verdient, zal ik de Inspectie van de Gezondheidszorg verzoeken om dit onderwerp, zoals ook in het verleden is gebeurd, nogmaals met nadruk onder de aandacht van de beroepsgroepen te brengen..."

25. Op 26 november 1997 stuurde verzoekster aan de Hoofdinspecteur voor de Gezondheidszorg onder meer de "Recommendations for good practice" van het Britse Royal College of Psychiatrists" met betrekking tot 'hervonden incest-herinneringen'. Verzoekster wees de hoofdinspecteur erop dat protocollen een belangrijk, en hoognodig, instrument zijn ter indamming/oplossing van de problematiek van de tijdens psychotherapie opgekomen trauma-wanen. Daarbij wees zij erop dat veel koepels in Nederland al jarenlang tevergeefs bezig zijn tot dergelijke protocollen te komen, en dat de aanbevelingen van het Royal College of Psychiatrists wellicht als voorbeeld kunnen dienen.

26. Verzoekster deelde bij brief van 10 december 1997 het volgende mee aan de Minister:

"...Dank voor uw antwoordbrief van 13/11, waarin u aangeeft dat u zich bewust bent van onze schade en pijn, maar dat u geen mogelijkheden heeft om aan ons verzoek tegemoet te komen. Wij zijn hierover teleurgesteld; ook ten behoeve van onze (volwassen) kinderen.

Wij beseffen dat u geen richtlijnen kunt afdwingen; maar u kunt wel degelijk onderzoek laten doen naar therapeutische praktijken en naar de effecten daarvan. Dat bleek toch

onlangs weer bij de dopingzaak waarbij de gezondheid van 60 sporters in het geding is en die wél aanleiding is tot onderzoek van uw Ministerie. Waarom wordt dan de controle op - en het bijstellen van -zieker-makende therapieën die de afgelopen jaren honderden mensen rechtstreeks en indirect hebben geschaad zonder meer overgelaten aan de therapeutische koepels? Ook als die koepels, het NIP voorop, jarenlang geen verbeteracties ondernemen, omdat zij het intern niet eens kunnen worden over de benodigde protocollen?

Het - op zich begrijpelijke - beginsel van 'overlaten aan de koepels' verdient ons inziens overheidstoezicht in die gevallen, dat de desbetreffende beroepsgroepen 'er steeds maar niet uit komen', terwijl de schadelijke praktijken voortgang vinden. Steeds duidelijker wordt dat de gehanteerde therapieën zeer schadelijk kunnen zijn voor de patiënten (...).

Onder impuls van de publiciteit rond het adviesrapport-Van Koppen (zie achtergrond, onder 9.; N.o.) hebben zich bij onze werkgroep weer 35-40 nieuwe 'gevallen' gemeld; het ene nog tragischer dan het andere. Daarbij gaat het niet - tenminste niet meer zo expliciet als enkele jaren geleden - om 'vergeten en onder hypnose of iets dergelijks weer hervonden herinneringen', maar wél steeds duidelijker over wanen, die door therapeuten bij psychisch zieke volwassenen stukje bij beetje zijn ingeplant. Uit een medisch dossier dat ons laatst ter inzage werd getoond van een 'retractor' (die haar oorspronkelijke beschuldiging geheel heeft herroepen) kan bijvoorbeeld haarscherp worden afgelezen, op welke data door welke therapeuten (van de psychiatrische afdeling van ziekenhuis X in de stad Y) het afschuwelijke onware incestverleden aan de desbetreffende patiënte is opgedrongen. Deze patiënte werd daardoor steeds zieker.

Wat betreft de 'internationale wetenschappelijke discussie over de mogelijkheid van het optreden van hervonden herinneringen' (3de alinea van uw brief van 13/11) merkt dr. Van Koppen in zijn adviesrapport aan uw collega van Justitie op dat "voorlopig de conclusie moet zijn dat de empirische basis voor het bestaan van verdrongen herinneringen ontbreekt". Die conclusie vormt mede het fundament van de binnenkort op te stellen richtlijnen aan politie en justitie terzake. De WFH acht dergelijke richtlijnen hoogst waardevol.

Het kan toch niet zo zijn, dat het Ministerie van Justitie op grond van dezelfde informatie waarover uw Ministerie beschikt wél tot de noodzakelijke richtlijnen voor haar 'veld' besluit, terwijl het Ministerie van Volksgezondheid volstaat met het "nogmaals met nadruk onder de aandacht van de beroepsgroepen te brengen". De beroepsorganisaties die er maar steeds niet uitkomen, omdat het belang van een bepaalde groepering binnen die beroepsgroep zo groot is...."

27. Ten behoeve van een overleg op het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op 16 februari 1998 stuurde verzoekster het Ministerie op 5 februari 1998 een notitie "uitgangspunten en gesprekspunten" en een notitie "onderzoekssuggesties".

In de notitie "uitgangspunten en gesprekspunten" is onder punt 6 het volgende gesteld:

"...Om het oplossen van dit probleem te bevorderen, zou een bijeenkomst met betrokkenen van de therapeutische koepels, Volksgezondheid/Hoofdinspectie en de wetenschappelijke wereld kunnen worden belegd..."

In de notitie 'onderzoekssuggesties' is onder het kopje "onderzoeksbelang" het volgende gesteld:

"...Sinds medio 1995 hebben ruim 170 ouders bij de WFH gemeld dat zij in de periode 1988-1997 ten onrechte waren beschuldigd van (voornamelijk vader-dochter) incest, waarvan de 'beelden' waren opgekomen in, cq onder impuls van, een of andere vorm van therapie bij hun inmiddels volwassen kinderen.

In 20-25% van de gevallen volgde aangifte en een vaak langdurig politie- en justitietraject, dat de laatste jaren steeds tot 'vrijspraak' leidde, maar wel tot grote schade en veel leed voor alle betrokken partijen (zie het rapport-Van Koppen) en tot hoge maatschappelijke kosten.

Het lijkt ons van belang om te onderzoeken of incest-diagnoses, die tijdens therapie worden gesteld, betrouwbaar zijn én of de daarop volgende behandelingen, bijvoorbeeld als MPS/DIS- of borderline-patiënt, al of niet succesvol zijn. En niet schadelijk, hetzij voor de patiënt zelf, hetzij voor de eventuele partner en kind(eren) of voor de ouders..."

28. Verzoekster stuurde de Hoofdinspecteur voor de Gezondheidszorg op 17 april 1998 een kopie van haar brief van gelijke datum aan de voorzitter van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP). In die brief aan de voorzitter van de NVvP wees verzoekster op het artikel "Recovered memories of childhood sexual abuse. Implications for clinical practice" van een werkgroep van het Britse Royal College of Psychiatrists in 'British Journal of Psychiatry' (1998, nr. 172, blz. 296-307). Voorts wees verzoekster in haar brief op een artikel over onder meer "recovered memories" in The New Yorker van 6 april 1998.

Uit het artikel in British Journal of Psychiatry vermeldde verzoekster onder andere de volgende citaten:

"No evidence exists for the repression and recovery of verified, severely traumatic events. (...) There is also a striking absence in the literature of well-corroborated cases of such repressed memories recovered through psychotherapy."

"There is no reliable means of distinguishing a true memory from an illusory one other than by external confirmation."

"The damage done to families if the accusations are untrue is immense. Moreover, (...) patients who are mistakenly diagnosed as having been abused, frequently end as mental health casualties."

"The time has come to put aside the disputes and concentrate on maintaining and improving standards of practise."

In haar brief aan de voorzitter van de NVvP wees verzoekster erop dat bedoeld artikel in British Journal of Psychiatry de basis had gevormd voor de in het Verenigd Koninkrijk inmiddels tot stand gekomen "Recommendations for good practise".

Verzoekster drong er op aan dat ook in Nederland dergelijke richtlijnen zouden worden opgesteld. Daarnaast wees zij erop dat de in het verleden gemaakte diagnose-fouten rond 'hervonden trauma-herinneringen' zo mogelijk moesten worden hersteld.

29. In een interne notitie van een medewerker van de Inspectie voor de Gezondheidszorg aan de Hoofdinspecteur voor de Geestelijke Gezondheidszorg, Gehandicaptenzorg en Ouderenzorg van 11 mei 1998 is naar aanleiding van de brief van verzoekster van 17 april 1998 het volgende gesteld:

"...artikel New Yorker had ik al gelezen en voor jou apart gelegd. Goed stuk.

(...)

Het lijkt me dat de werkgroep Fictieve Herinneringen nu op een degelijke en constructieve manier bezig is. De mate van gedetailleerdheid en vasthoudendheid (die denk ik inderdaad nodig is om een verandering op gang te brengen) kunnen zij alleen opbrengen. Ik zou ze aanmoedigen op deze weg voort te gaan.

(...)

Blijft natuurlijk het punt dat er wel degelijk incest plaatsvindt en dat hulpverleners geconfronteerd kunnen worden met de gevolgen daarvan. De pendel slaat nu weer door naar de andere kant: inzichtgevende therapie wordt nu door deze hele overspannen MPS toestand in een slecht daglicht gesteld, voor een groot deel ten onrechte. De MPS'ers bereiken nu precies het tegendeel van wat ze wilden..."

30. Verzoekster richtte zich bij brief van 10 augustus 1998 tot de Minister. Zij schreef haar het volgende:

"...Wij willen u (...) graag herinneren aan het nog niet-afgeronde dossier over de tijdens psychotherapie bij volwassenen 'opgewekte' cq. 'ingeplante' incestwanen.

Onze eerste brief aan u hierover dateert van 25 november 1994. Het tot nu toe laatste overleg met ambtenaren van uw ministerie respectievelijk van de Hoofdinspectie

Geestelijke gezondheidszorg (...) vond plaats op 16 februari 1998. Nog steeds zijn de grote problemen voor de (ex-)patiënten én voor hun ouders en verdere familie niet opgelost; en nog steeds worden nieuwe 'gevallen' bij ons aangemeld. Deze problematiek wordt, zogezegd, als een hete aardappel door de ene partij (met name uw ministerie) doorgegeven naar andere partijen: de beroepsorganisaties van psychologen, psychiaters en psychotherapeuten (die niet of nauwelijks tot overleg met ons, laat staan tot de hoogstnoodzakelijke 'verbeteracties' bereid zijn), respectievelijk GGZ Nederland en het Trimbos-instituut..."

31. Op 16 november 1998 vond overleg plaats tussen drie vertegenwoordigers van verzoekster en twee medewerkers van het Ministerie.

Tijdens dit overleg werd van de zijde van verzoekster naar voren gebracht dat haar contacten met het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP) en met de NVvP niets hadden opgeleverd, en dat ook haar pogingen om via Geestelijke Gezondheidszorg Nederland (GGZ-N) en het Trimbos-instituut tot overleg over protocollen te komen, waren mislukt. Volgens verzoekster wilden deze twee instanties zich niet committeren aan de door haar aan de orde gestelde problematiek. In verband daarmee drong verzoekster tijdens het overleg aan op een actievere rol van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Zij noemde daarbij onderzoek naar en controle op de schadelijke 'recovered-memory'-therapie, op het initiëren en faciliteren van oplossingsgerichte acties en op herstel van in het verleden gemaakte fouten.

32. Bij brief van 21 januari 1999 aan de Hoofdinspecteur voor de Geestelijke Gezondheidszorg uitte verzoekster haar bezorgdheid over het voortduren in Nederland van de situatie rond de 'recovered memory-therapieën'. Onder verwijzing naar ontwikkelingen in de Verenigde Staten drong verzoekster aan op een onderzoek.

In dat verband stelde zij het volgende:

"...Het lijkt ons van steeds groter belang dat er in Nederland een onderzoek wordt gestart naar het effect van deze behandelingen. Er zijn tenslotte al jarenlang enkele ziekenhuizen en RIAGG's gespecialiseerd in de behandeling van MPS.

Ons bereiken uit de VS zeer negatieve berichten over de resultaten én de sociale en maatschappelijke effecten van dergelijke behandelingen. Bij onze groep ouders (inmiddels ruim 200) is in ieder geval geen enkele gunstige uitkomst bekend. De meeste ouders hebben hun kind al jaren niet meer gezien. In de gevallen dat een dochter weer terugkeert, is dat meestal na de breuk met haar oorspronkelijke therapeut en gaat het psychisch én sociaal-maatschappelijk bepaald niet goed met de (ex-)patiënte..."

Aan het slot van haar brief sprak verzoekster de hoop uit dat de hoofdinspecteur een bijdrage kon leveren aan de oplossing van de volgens verzoekster al jarenlang spelende

problemen.

33. Op 19 april 1999 vond overleg plaats tussen enerzijds vertegenwoordigers van verzoekster en anderzijds vertegenwoordigers van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en van de Inspectie voor de Gezondheidszorg.

34. In vervolg op het overleg van 19 april 1999 stelde verzoekster in juni 1999 een notitie op voor een opzet voor een eventueel onderzoek. Deze notitie leidde medio 1999 tot instemming van de zijde van de Inspectie voor de Gezondheidszorg met een onderzoek. De opdracht daartoe zou worden gegeven door de inspectie.

Voor het onderzoek was een bedrag van f 50 000 van het budget van ZorgOnderzoek Nederland beschikbaar.

35. In januari 2000 informeerde de inspectie verzoekster over de onderzoeksopdracht die zij in december 1999 aan ZorgOnderzoek Nederland had gegeven. In de desbetreffende notitie van de inspectie is het volgende gesteld:

"...Vanaf het eind van de tachtiger jaren duiken met regelmaat heftige discussies op rondom hervonden herinneringen, aan seksueel misbruik (incest). Zulke discussies spelen zich af binnen de zorgverlening maar ook daarbuiten (...). Zij kenmerken zich door controversiële standpunten, veroorzaken veel commotie en hebben emotionele en juridische repercussies die bij alle betrokken partijen diepe sporen nalaten. (...) In Nederland is tot nog toe slechts op beperkte schaal empirisch onderzoek gedaan naar dit fenomeen (Van Koppen en Merckelbach, in press). Dat onderzoek heeft zich bovendien vooral gericht op gevallen waarin sprake was van justitiële acties naar aanleiding van hervonden herinneringen. (...) Sinds 1994 hebben zich bij de Werkgroep Fictieve Herinneringen ongeveer 225 ouders gemeld, ouders die zeggen dat zij in de periode 1988-1997 ten onrechte van incest zijn beschuldigd nadat bij hun inmiddels volwassen kinderen in therapie herinneringen daaraan zouden zijn ontstaan. (...)

Bovengeschetste thematiek roept vragen op als:

- * Kunnen traumatische jeugdgebeurtenissen gedurende langere tijd "vergeten" worden en is het mogelijk dat met hulp van therapie een en ander weer naar boven komt?
- * In hoeverre zijn zulke hervonden traumatische jeugdherinneringen accuraat?
- * In hoeverre gaat het om pseudoherinneringen waarin de cliënt oprecht gelooft en wat is de rol die psychotherapeutische technieken zoals hypnose daarbij spelen?
- * In hoeverre worden zulke herinneringen aangetroffen bij cliënten met bepaalde karakteristieken (dissociatie, depressie etc.)?

(...)

In aanvulling en aansluiting op onderzoek dat aan de Universiteit van Maastricht (Merckelbach) wordt verricht wil de Inspectie voor de Volksgezondheid een deel-onderzoek laten verrichten naar deze problematiek vanuit het perspectief van de ex-cliënten..."

36. Bij brief van 12 januari 2000 richtte ZON zich tot prof. dr. H.L.G.J. Merckelbach van de Universiteit te Maastricht met het verzoek om met een uitgewerkt onderzoeksvoorstel te komen inzake "hervonden herinneringen vanuit het cliëntenperspectief".

C klachten van ouders bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg

I. Een aantal ouders van (volwassen) kinderen die na therapie met beschuldigingen van incest zijn gekomen, is overgegaan tot de indiening van een klacht over de betrokken behandelaar bij de Hoofdinspectie of bij een Regionale Inspectie voor de Gezondheidszorg.

In het kader van het onderzoek van de Nationale ombudsman verstrekte verzoekster afschriften van correspondentie van zeven verschillende gevallen.

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport noemde nog vier andere gevallen.

De onderstaande citaten zijn afkomstig uit brieven van de betrokken inspecteurs aan de indieners van de klacht:

a. Uit een brief van de Inspecteur voor de Gezondheidszorg te Haarlem van 14 februari 1995:

"...U schetst in uw brief de voor ouders zeer ernstige gevolgen van beschuldigingen van incest. Naar uw mening is dit het gevolg van een "therapie" die uw dochter ondergaan heeft bij een zogenaamde regressie-therapeut.

Ik heb goede nota genomen van uw opmerkingen over de machteloze positie, waarin u als ouders verkeert, sinds uw dochter de beschuldigingen heeft geuit. Dientengevolge is de relatie met uw dochter en kleinkind ook verbroken.

U maakt zich ernstig zorgen over alternatieve therapieën waarbij gebruik wordt gemaakt van hypnose e.d. die naar uw mening kunnen leiden tot onterechte beschuldigingen van seksueel misbruik. Uit uw eigen onderzoek is u reeds gebleken dat wet- en regelgeving om effectief op te treden tegen onvoldoende deskundige "therapeuten" feitelijk ontbreekt.

Dit neemt niet weg dat ik uw brief, indien u hiermee instemt, graag onder de aandacht wil brengen van de Inspectie voor de gezondheidszorg voor Utrecht, zodat er toch binnen de beperkte mogelijkheden aandacht besteed kan worden aan de activiteiten van het

(...)instituut te Amersfoort.

Tot slot merk ik op, dat ik meen ergens gelezen te hebben, dat enkele ouders in Nederland in soortgelijke situaties als de uwe het initiatief hebben genomen om de krachten te bundelen. Indien ik over een adres o.i.d. beschik zal ik u dit laten weten..."

b. Uit een brief van de Inspecteur voor de Gezondheidszorg te Rijswijk van 1 februari 1996:

"...Vanwege de behandeling van uw dochter hebt u schade ondervonden. Zonder toestemming van de patiënt is het de behandelaar echter niet toegestaan aan derden informatie over de behandeling te verstrekken. De behandelaar van uw dochter heeft in het verleden vermoedelijk dan ook terecht de boot afgehouden. Feitelijk is uw dochter, die de incest-beschuldigingen wereldkundig heeft gemaakt, het enige aangrijpingspunt. Wil er iets van de klachtbehandeling terechtkomen, dan zou zij de behandelaar moeten machtigen om opening van zaken te geven. Denkbaar is ook dat u een gerechtelijke procedure wegens smaad tegen uw dochter in gang zet. Maar een dergelijke stap tegen één van de kinderen is over het algemeen wel het laatste dat ouders wensen te doen..."

c. Uit een brief van de Hoofdinspecteur voor de Geestelijke Gezondheidszorg en Gehandicaptenzorg van 24 april 1996:

"...Inderdaad ben ik van dit probleem op de hoogte. Sinds enige tijd dring ik er dan ook bij de beroepsgroepen op aan de grootste zorgvuldigheid te betrachten rond al dan niet vermeende herinneringen aan incest. Zorgvuldigheid bij de beroepsuitoefening is uiteraard een algemene eis aan de kwaliteit van zorg, echter bij een onderwerp als het door u genoemde waar zovelen indringend bij betrokken zijn, dient men extra voorzichtig te werk te gaan, in het belang van de patiënt en diens naasten.

Op 23 april jl. had ik overleg met de Werkgroep Fictieve Herinneringen, die zich richt op de problematiek die u in uw brief beschrijft

(...)

Verder heb ik uw brief aan de Regionale Inspectie voor de Gezondheidszorg voor Noord-Holland gezonden.

Ik wens u en uw gezin sterkte in deze moeilijke tijd..."

d. Uit een brief van de Inspecteur voor de Gezondheidszorg te Haarlem van 21 mei 1996:

"...Helaas is de door u gesignaleerde problematiek mij meer dan bekend.

Het grote probleem inzake deze materie is dat de psychotherapeutische beroepsgroep zelf zeer verschillend denkt over de waarde van de z.g. hervonden herinneringen. Het boek

van prof. Crombag is inmiddels verschenen.

Het standpunt van hem en zijn mede-auteur prof. Merckelbach is onomwonden duidelijk: hervonden herinneringen behoeven absoluut niet op reële gebeurtenissen te berusten.

Een groep psychotherapeuten (psychiaters, psychologen) is echter van mening dat dit wel zo is en gaan zelfs zo ver dat zij het boven komen drijven van dergelijke herinneringen bevorderen.

De Inspectie beschikt nog niet over definitieve wetenschappelijke oordeelsvorming op dit punt om een standpunt in te kunnen nemen. Ik hoop van harte dat op korte termijn hierover duidelijkheid komt.

Wel kan ik u zeggen dat wij het als Inspectie een beroepsfout vinden als psychotherapeuten meer doen/verder gaan dan het aanhoren van dergelijke hervonden herinneringen, met name als het om incestbeschuldigingen gaat. In Nederland geldt gelukkig nog steeds dat een verdachte pas een dader genoemd mag worden als de rechter dat bewezen acht.

Meer kan ik helaas - op dit moment - niet voor u betekenen.

Te uwer informatie: er is een vereniging van mensen die zich ten onrechte beschuldigd voelen van incest...."

e. Uit een brief van de Inspecteur voor de Gezondheidszorg te Haarlem van 18 september 1996:

"...Ik adviseer u om uw zorgen omtrent uw dochter rechtstreeks voor te leggen aan de directie van de RIAGG. (...) Ik ga er vanuit dat een directie met een dergelijke klacht zorgvuldig omgaat. Een andere mogelijkheid is dat u een klacht indient bij de klachtencommissie van de RIAGG. (...).

Mogelijk ten overvloede maak ik u er op attent dat er een belangenvereniging is van ouders met soortgelijke ervaringen. Het betreft de vereniging Ouders voor Kinderen, Werkgroep Onware Incest-Herinneringen.

Tot slot merk ik op dat de door u naar voren gebrachte problematiek helaas in zijn algemeenheid bekend is bij de Inspectie. Hieraan wordt zowel landelijk als regionaal aandacht besteed..."

f. Uit een brief van de Inspecteur voor de Gezondheidszorg te Maastricht van 10 december 1996:

"...Op grond van de met ingang van 1 augustus 1995 in werking getreden Wet klachtrecht cliënten zorgsector dient elke zorgaanbieder een regeling voor de behandeling van

klachten te hebben.

Indien de klacht een niet geregistreerde beroepsbeoefenaar betreft is het bovenstaande niet van toepassing en bestaat de mogelijkheid een klacht in te dienen bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg. De Inspectie behandelt echter alleen klachten van betrokkenen zelf. In dit geval betekent het dat uw dochter zelf de klacht zal moeten indienen..."

g. Uit een brief van de Inspecteur voor de Gezondheidszorg te Rijswijk van 7 april 1999:

"...Naar aanleiding van uw schrijven (...) aangaande de opname van uw zoon in (...) Psychiatrisch Ziekenhuis en zijn beschuldiging aan uw adres dat zijn klachten zouden voortkomen uit seksueel misbruik, moet ik u meedelen dat de Inspectie sinds de invoering van de Wet klachtrecht cliënten zorginstellingen geen klachten meer in behandeling neemt. In voornoemde wet is bepaald dat elke instelling dient te beschikken over een klachtencommissie die onafhankelijk van de zorgaanbieder tot haar oordeel komt. Ik wil u voor de behandeling van uw klacht dan ook verwijzen naar de klachtencommissie van (...) Ziekenhuis.

(...)

Met betrekking tot de inhoud van uw schrijven wil ik overigens niet nalaten te melden dat de literatuur inderdaad aangeeft dat er naast gefundeerde beschuldigingen ook sprake kan zijn van valse beschuldigingen en fictieve herinneringen. Vaak beleven meerdere betrokkenen feiten op andere wijze en is het voor velen niet gemakkelijk om oude herinneringen zonder vertekening te reproduceren. Blijkens uw schrijven heeft uw zoon met hulp van zijn psychotherapeut en zijn medeciënten de overtuiging gekregen dat hij door u misbruikt is. Indien dit niet het geval is, moet deze beschuldiging voor u zeer pijnlijk zijn. Ik wil u adviseren om de (voormalig) behandelaar van uw zoon te verzoeken om te bevorderen dat u - met zijn hulp - met uw zoon nader van gedachten wisselt over de gebeurtenissen die bij uw zoon tot zijn overtuiging hebben geleid en die naar uw oordeel anders moeten worden geïnterpreteerd en beleefd..."

II. De Inspecteur voor de Gezondheidszorg te Haarlem verstrekke in verband met het onderzoek van de Nationale ombudsman op 14 juli 1999 een overzicht van (zes) gevallen die bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg voor Noord-Holland bekend waren.

Hij besloot zijn overzicht als volgt:

"...Alles overziende kan het volgende worden geconcludeerd:

* In alle gevallen werd er geen klacht ingediend over een hulpverlener/de hulpverlening door een direct betrokken hulpvrager.

* Klachten over vrijgevestigde niet-medici (en andere niet onder de wet BIG ressorterende beroepsbeoefenaren) zijn slechts via het strafrecht aan te pakken op hun "hulpverlening". In een dergelijk geval dient schade tengevolge van de hulpverlening aangetoond te worden.

* Binnen de hulpverlening lopen de meningen uiteen over het kunnen bestaan van "fictieve herinneringen".

* In geen van de bovengenoemde situaties betrof het een hulpverlener, vallend onder het tuchtrecht waartegen een (regionaal) inspecteur zelfstandig een tuchtklacht kan indienen.

* In alle gevallen zijn door IGZ voor Noord-Holland de betrokken ouders geattendeerd op het bestaan van een vereniging van ouders met soortgelijke ervaringen. (...)

* Nog afgezien van de vraag of het procedureel juist is om klachten te onderzoeken, waarbij degene die de hulpverlening kreeg geen klacht heeft, was in drie gevallen de betrokken hulpverlener ook niet bekend.

* In het geval van de heer (...), een niet erkend psychotherapeut, is de betrokkene gewezen op de eigen mogelijkheden via het strafrecht en heeft de Inspectie zelf getracht voldoende materiaal te verzamelen om het O.M. vervolgens te kunnen verzoeken om een strafrechtelijk onderzoek met het oog op "aantoonbare schade ten gevolge van hulpverlening."

III. De Inspectie voor de Gezondheidszorg voor Noord-Brabant en Limburg deelde in verband met het onderzoek van de Nationale ombudsman mee dat deze inspectie in 1995 meldingen had ontvangen van familieleden van verschillende patiënten van een bepaalde therapeut "die als therapie zogenaamde herbelevingen opriep, waarbij herinneringen aan incest bovenkwamen."

Deze meldingen hadden de betrokken inspecteur aanleiding gegeven een bezoek te brengen aan de betrokken (hypno)therapeut. In vervolg op dit bezoek had de inspecteur de therapeut bij brief van 24 oktober 1995 het volgende laten weten:

"...Wij hebben geconstateerd dat u niet geregistreerd bent als psychotherapeut.

Wel bent u lid van de Nederlandse Vereniging voor Toegepaste Hypnose, echter deze vereniging is niet aangesloten bij een erkende landelijke koepelorgansiatie.

Vervolgens wil ik de volgende kanttekeningen maken.

- U bezit geen informatie over uw praktijkvoering en handelwijze.

- Uw behandelvisie staat niet op schrift. Het door u in ons gesprek geschetste beeld is rommelig. Zo is het bijvoorbeeld onduidelijk wanneer u individuele therapie of

groepstherapie geeft.

- Dossiervorming ontbreekt.
- Er zijn geen behandel- c.q. begeleidingsplannen.
- Er is geen verslaglegging aan de verwijzers.
- Er is geen mogelijkheid tot multidisciplinaire aanpak zoals in de aangegeven situatie in ieder geval nodig zou zijn geweest.

Kortom de inspectie is van mening dat er geen sprake is van een goed hulpverlenerschap..."

De inspecteur had de familieleden die bij de inspectie hadden geklaagd bij brieven van 5 januari 1996 geïnformeerd over de inhoud van de brief aan de betrokken therapeut. In deze brieven had de inspecteur deze familieleden voorts meegedeeld dat de inspectie weinig tegen de betrokken therapeut kon ondernemen.

D. Correspondentie Hoofdinspectie voor de Gezondheidszorg, Gehandicaptenzorg en Ouderenzorg met beroepsgroepen

1. De Hoofdinspecteur voor de Geestelijke Gezondheidszorg, Gehandicaptenzorg en Ouderenzorg deelde bij brief van 29 april 1998 het volgende mee aan de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie:

"...In vervolg op het besprokene tijdens het overleg tussen het Bestuur van de NVvP en IGZ vraag ik uw aandacht voor het volgende.

Herhaaldelijk komt het voor dat psychiaters bij hun werkzaamheden te maken krijgen met kwesties die nauw raken aan belangen van derden. Om een paar voorbeelden te noemen: in een behandeling komt seksueel misbruik ter sprake (al dan niet vermeend, met patiënt als slachtoffer of als dader etc.), of er wordt informatie gegeven over gepleegde of nog te plegen geweldsdelicten, of de behandelaar wordt om informatie gevraagd over patiënten of diens familiebetrekkingen (zoals rapportage over een huwelijkspartner).

Het is duidelijk dat alles wat de psychiater in dergelijke situaties doet, (veel) invloed zal hebben op de belangen van deze derden. Soms zal de eigen behandeling veel impact hebben op de patiënt en/of diens omgeving - te denken valt aan 'recovered memory' therapie -, soms ook komt de psychiater feiten te weten waarvan het verzwijgen ernstig nadeel kan hebben voor derden. De psychiater wordt daarbij geconfronteerd met een afweging van diverse belangen.

Ik acht het zeer wenselijk dat psychiaters komen tot een expliciete gedragscode hoe te handelen in dit soort situaties. Het lijkt me daarbij gewenst het onderwerp zo breed

mogelijk op te pakken, dus inderdaad een gedragscode hoe te handelen bij kwesties die rechtstreeks raken aan belangen van derden. Het is mij bekend dat in het buitenland - onder meer in Engeland en Canada - protocollen zijn vastgesteld hoe om te gaan met zogeheten verdrongen incestherinneringen (...). Op zich een goed initiatief, maar naar mijn oordeel is de hier voorgestelde bredere aanpak een vruchtbaarder benadering.

Bij ons eerstvolgend periodiek overleg stel ik dit punt nogmaals aan de orde. Het zou mijn voorkeur hebben als dat kan gebeuren aan de hand van een eerste opzet van uw kant..."

2. Op 16 maart 1999 stuurde de Hoofdinspecteur voor de Geestelijke Gezondheidszorg, de Gehandicaptenzorg en de Ouderenzorg naar zowel de Nederlandse Vereniging voor Psychotherapie als het Nederlands Instituut van Psychologen een brief met de volgende inhoud:

"...Graag vestig ik uw aandacht op het volgende. Herhaaldelijk komt het voor dat psychologen/psychotherapeuten bij hun werkzaamheden te maken krijgen met kwesties die nauw raken aan belangen van derden. Om een paar voorbeelden te noemen: in een behandeling komt seksueel misbruik ter sprake (al dan niet vermeend, met de patiënt als slachtoffer of als dader etc.), of er wordt informatie gegeven over gepleegde of nog te plegen geweldsdelicten, of de behandelaar wordt om informatie gevraagd over patiënten of diens familiebetrekkingen (zoals rapportage over een huwelijkspartner).

Het is duidelijk dat alles wat de psycholoog/psychoterapeut in een dergelijke situatie doet, (veel) invloed zal hebben op de belangen van deze derden. Soms zal de behandeling veel impact hebben op de patiënt zelf en/of diens omgeving - te denken valt aan 'recovered memory' therapie - soms ook komt de psycholoog/psychotherapeut feiten te weten waarvan het verzwijgen ernstig nadeel kan hebben voor derden. De psycholoog/psychotherapeut wordt daarbij geconfronteerd met een afweging van diverse belangen.

Ik acht het zeer wenselijk dat psychologen/psychotherapeuten komen tot een expliciete gedragscode hoe te handelen bij kwesties die rechtstreeks raken aan belangen van derden. Het is mij bekend dat in het buitenland - onder meer in Engeland en Canada - protocollen zijn vastgesteld hoe om te gaan met zogeheten verdrongen incestherinneringen (...). Op zich een goed initiatief, maar naar mijn oordeel is de hier voorgestelde bredere aanpak een vruchtbaarder benadering.

Bij ons eerstvolgend periodiek overleg stel ik dit punt nogmaals aan de orde. Het zal mijn voorkeur hebben als dat kan gebeuren aan de hand van een eerste opzet van uw kant..."

E. Standpunt verzoekster

1. Verzoeksters klacht is in samengevatte vorm weergegeven onder klacht.

In haar verzoekschrift stelde zij ter zake het volgende:

"...A. Kern van de klacht

De WFH vindt dat VWS/Hoofdinspectie vanaf het moment (november 1994) waarop wij hen benaderd hebben over de problematiek van de tijdens therapie opgekomen cq. ingeplante trauma- en incestwanen bij volwassen patiënten te afhoudend, te afstandelijk en te passief hebben gereageerd. Dit nalaten van VWS/Hoofdinspectie ging, naarmate de jaren verstreken en 'het veld' maar steeds geen verbeteracties op gang bracht, steeds meer klemmen.

Onze klacht hebben we in vijf onderdelen uitgesplitst, die we hieronder kort behandelen.

B. Onderdelen van de klacht

I. VWS/Hoofdinspectie blijven - na traag en met tegenzin het gesprek met de WFH te zijn aangegaan - hun verantwoordelijkheden op het gebied van 'regie' en 'controle' ten aanzien van een nieuwe therapie met zeer schadelijke bijwerkingen ontwijken, ook als na jaren blijkt dat de beroepsorganisaties nog steeds geen 'verbeter-acties' hebben gestart.

Na traag en met merkbare tegenzin te zijn ingegaan op de herhaaldelijke verzoeken om overleg van de WFH sinds november 1994, hebben zowel de vertegenwoordigers van VWS als die van de Hoofdinspectie ons al die jaren in feite maar één boodschap meegegeven, als ware het een 'Koekoeks-eenzang': "voor de aanpak van het probleem van de fictieve trauma-wanen moet u bij de beroepsorganisaties zijn".

Voor de beschrijving van de langdurige en moeizame weg om tot gesprekken met VWS en Hoofdinspectie te komen verwijzen wij naar 'Een kleine fout? Over trauma-wanen bij volwassen kinderen', pagina 38 (oktober 1997). Van de gesprekken zelf hebben wij nauwelijks verslagen kunnen cq. hoeven maken omdat de bijdragen van VWS respectievelijk de Hoofdinspectie - naast de al genoemde 'koekoeks-eenzang' -, voornamelijk bestonden uit aanhoren. In de beginjaren werd daarbij - naast scepticisme in het algemeen - het aantal 'gevallen' gebagatelliseerd, gewezen op de controverses in het veld en later werd ons vooral gezegd 'dat er toch geen nieuwe ontwikkelingen waren'.

Op concrete verzoeken van de WFH voor onderzoek, voor afstemming met het ministerie van Justitie, over de stappen die VWS volgens ons zouden kunnen cq. moeten nemen bij de 'koepels' (i.c. de beroepsorganisaties, maar bijvoorbeeld ook de NVAGG - later GGZ Nederland geheten), en voor een bescheiden bijdrage in de kosten van de WFH, is VWS nooit ingegaan.

Onze belangrijkste klacht bij dit punt is evenwel, dat VWS met het verstrijken van de tijd, het toenemen van het aantal gevallen en het steeds duidelijker worden van de 'processen' die ten grondslag liggen aan het opkomen cq. inplanten van fictieve trauma-wanen, passief bleef. En dat terwijl de beroepsorganisaties al die jaren niet of nauwelijks tot een gesprek

met de WFH bereid bleken te zijn; laat staan dat zij de noodzakelijke veranderingen (protocollen voor en bijscholing van hun leden) respectievelijk stappen (herstel van de fouten die hun leden in de afgelopen jaren hebben gemaakt) in gang zetten.

2. VWS/Hoofdinspectie hebben over deze problematiek niet of nauwelijks afstemming gepleegd met, cq. invloed uitgeoefend op, de beroepsorganisaties van psychiaters, psychologen en psychotherapeuten.

In de richting van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP) heeft de Hoofdinspecteur pas in het voorjaar van 1998 een 'begin van actie' ondernomen, door middel van een brief van 29 april 1998 (...).

Over de inhoud van deze brief (die ons pas in september desgevraagd in afschrift is toegezonden) verkeert de WFH in dubio:

- * waarom kiezen voor een zo brede aanpak?
- * waarom alleen de NVvP benaderd, en niet NIP en Vereniging voor Psychotherapie?
- * waarom voegt de Hoofdinspectie een relatief oud stuk van de Canadese psychiater-club bij deze brief en niet het veel recentere werk van het Britse Royal College?

In het algemeen hebben wij van VWS/Hoofdinspectie nooit een bevredigend antwoord gekregen op de volgende vragen:

- * waarom wil de overheid niet een bijeenkomst over protocollen faciliteren?
- * en (cruciale vraag): wie is verantwoordelijk voor het toetsen van therapieën en voor het herstellen van in het verleden gemaakte medische fouten? Heeft VWS cq. de Hoofdinspectie hierbij echt geen taak?

3. Interne afstemming tussen VWS en Hoofdinspectie over deze problematiek vond pas plaats in begin 1998. Tegelijkertijd kwam de gecombineerde delegatie duidelijk op een lager ambtelijk niveau terecht.

De kernvraag is (opnieuw; zie ook bij punt 2): wie is er nu eigenlijk verantwoordelijk voor een 'goede (geestelijke) gezondheidszorg'? VWS en Hoofdinspectie kregen én krijgen tal van signalen 'uit het veld': van individuele ouders die zich regelmatig bij de regionale inspecties hebben beklaagd maar daar meestal met kluiten in het riet zijn gestuurd - van informatie-uitwisseling hierover tussen de inspecties en de Hoofdinspectie terzake is ons weinig gebleken - én van de WFH (of worden die - nog steeds - vooral als 'daders' gezien?).

Achterliggend probleem hierbij is: alleen patiënten hebben klachtrecht. En deze groep 'gehersenspoelde' patiënten klaagt (nog) niet of nauwelijks (in de VS spannen ex-patiënten

wél steeds vaker - en met succes - procedures aan tegen therapeuten, waaronder de grondleggers van de recovered memory therapie).

Derden (ouders voorop) hebben op dit gebied geen rechten, al zijn die derden nog zo (materieel cq. immaterieel) geschaad door een behandeling. Dit is een maatschappelijk en juridisch onrecht, dat dringend moet worden opgelost, en wel door VWS!

4. Interdepartementale afstemming tussen VWS en Justitie vond al die jaren in het geheel niet plaats, ook niet na het verschijnen van het rapport-Van Koppen, uitgebracht aan de minister van Justitie in oktober 1997, waarin een uitdrukkelijk advies aan de minister van VWS was opgenomen.

De derde aanbeveling in het rapport-Van Koppen luidt: "De relevante beroepsorganisaties uit te nodigen zich uit te spreken over vormen van therapie die bevorderlijk zijn voor hervonden herinneringen".

Het ligt ons inziens niet zozeer op de weg van de minister van Justitie om het voortouw te nemen om het gesprek hierover aan te gaan met de 'medische' beroepsorganisaties, als wel op dat van de minister van VWS. Het is ons overigens onbekend of de minister van Justitie haar collega van VWS hiertoe in het afgelopen jaar heeft opgeroepen.

5. De informatievoorziening binnen VWS en Hoofdinspectie over deze problematiek schoot én schiet nog steeds ernstig tekort. Relevante literatuur uit binnen- en buitenland wordt door VWS/Hoofdinspectie niet gezocht en, indien door de WFH toegezonden, klaarblijkelijk niet of slecht bestudeerd.

Dat blijkt onder meer uit de collectie in de bibliotheek van VWS, die wel zeer eenzijdig een stempel draagt van vrouwen-hulpverlening van een specifiek Amerikaanse richting.

Ook als wij weer eens relevante literatuur hadden opgestuurd - hetgeen wij bij herhaling hebben gedaan - kwam daar nimmer een reactie op, zelfs niet desgevraagd tijdens één van de gesprekken met VWS resp. Hoofdinspectie. Tijdens die gesprekken hadden de vertegenwoordigers van VWS en Hoofdinspectie overigens ook nimmer een dossier bij zich, waarin de relevante stukken en literatuur zouden behoren te zitten. Dat tekent hun desinteresse in deze problematiek waarvan zij o.i. steeds maar - zeer ten onrechte - blijven hopen 'dat het wel over zal waaien'.

Quod Non..."

2. In de door verzoekster bedoelde passage op blz. 38 van haar rapport "Een kleine fout? Over trauma-wanen bij volwassenen" van oktober 1997 is het volgende gesteld:

"...Toen wij na vier brieven aan de minister van Volksgezondheid, dd. 25 november 1994, 6 februari 1995, 23 maart 1995 (per fax aan 'behandelend ambtenaar') en 24 mei 1995 nog

steeds geen antwoord hadden ontvangen, hebben wij op 28 juli 1995 de Nationale ombudsman ingeschakeld.

Diens bemiddeling zorgde eindelijk voor een eerste informatief gesprek met een delegatie van het ministerie van Volksgezondheid op 18 september 1995.

Hierin bleek dat de beleidsvorming (én de controle) over de geestelijke volksgezondheid door 'de politiek' vrijwel geheel in handen is gelegd van de therapeutische koepelorganisaties.

Een tweede (voorlopig laatste) gesprek op Volksgezondheid vond plaats op 9 februari 1996. Op de concrete vragen om onderzoek naar de kwaliteit van de diverse onderzoeken rond incest, naar het verband tussen hypnose-technieken, MPS, borderline-stoornis en incest-beschuldigingen, en naar de praktijkwerking van het begrip 'therapeutische waarheid' in relatie tot de 'juridische waarheid', die wij toen inbrachten is het ministerie helaas nooit ingegaan.

Omdat wij met het verstrijken van de tijd steeds ongelukkiger werden over de reacties van dit ministerie - en van de Hoofdinspectie gezondheidszorg, die ook onder de politieke verantwoordelijkheid van deze minister valt - hebben wij ons op 21 maart 1997 opnieuw tot de minister van Volksgezondheid gewend. Op die brief is niet gereageerd.

Het vergde drie brieven, dd. 25 november 1994, 6 februari 1995 en 6 maart 1995, alvorens wij tot een afspraak voor een eerste gesprek met de Hoofdinspectie Gezondheidszorg konden komen. (...) Inmiddels hebben drie gesprekken op de Hoofdinspectie plaatsgevonden: op 20 maart 1995, op 22 april 1996 en op 14 februari 1997.

Net als het ministerie zelf voelt de Hoofdinspectie zich, door de vergaande overdracht van bevoegdheden aan de therapeutische koepelorganisaties, vrij machteloos. Dat is voor ons, omdat wij menen dat toezicht op dit belangrijke probleem wél tot de taken van het ministerie behoort, frustrerend..."

F. Standpunt Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

1. De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport reageerde in het kader van het onderzoek van de Nationale ombudsman bij brief van 26 februari 1999 als volgt op de klacht van verzoekster:

"...De WFH klaagt erover dat het Ministerie van VWS niet adequaat heeft gereageerd op het herhaalde verzoek om initiatieven te nemen bij de aanpak van de problematiek inzake de zogenoemde verdrongen of hervonden incestherinneringen. Ik ben van mening dat deze klacht ongegrond is.

Bij de beoordeling van voornoemde klacht heb ik verschillende factoren laten mee wegen: met name de ministeriële competentie, in mindere mate de complexiteit van het onderwerp en tot slot het verwachtingspatroon van de WFH (voorheen de Vereniging Ouders voor kinderen/Werkgroep Onware Incest-Herinneringen).

Voor wat betreft de competentie kan ik duidelijk zijn. Met verwijzing naar de met de WFH gevoerde correspondentie c.q. gesprekken heb ik de WFH meerdere keren mijn standpunt ter zake laten weten.

Allereerst heb ik in mijn brief van 6 oktober 1995 (zie onder B.11., N.o.) opgemerkt dat het merendeel van de door de WFH gedane suggesties op wettelijke gronden niet uitvoerbaar is, dan wel de beleidsverantwoordelijkheid van mijn ministerie overstijgt. Als voorbeeld heb ik hierbij genoemd het beleid van de politie inzake de getuigenverklaringen in het kader van een gerechtelijk onderzoek. Daarnaast heb ik met name in mijn brief van 13 november 1997 (zie onder B.24.; N.o.) hierover een duidelijk standpunt ingenomen. In deze brief, die een reactie is op de brief van 6 oktober 1997 van de WFH, heb ik gesteld dat ik niet kan en wil treden in de eigen verantwoordelijkheid van beroepsgroepen voor het kwaliteitsbeleid ten aanzien van de door hun leden geboden hulpverlening. Zoals ik de WFH in voornoemde brief van 13 november 1997 ook kenbaar heb gemaakt, heb ik daarentegen - onder toezending van het rapport Van Koppen - wel de Inspectie van de Gezondheidszorg (hierna te noemen: de Inspectie) mondeling verzocht om dit onderwerp met nadruk onder de aandacht van de beroepsgroepen te brengen. In het desbetreffende schrijven van de Hoofdinspecteur voor de Geestelijke Gezondheidszorg, Gehandicaptenzorg en Ouderenzorg van 29 april 1998 (zie onder D.1.; N.o.), gericht aan de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie te Utrecht (NVvP), heeft deze gevolg gegeven aan mijn verzoek. In deze brief geeft de Inspectie in aansluiting op een eerder overleg met de NVvP te kennen, dat zij het zeer wenselijk acht dat psychiaters tot een expliciete gedragscode komen hoe te handelen in dit soort situaties. De Inspectie geeft daarbij aan dat het gewenst is het onderwerp zo breed mogelijk op te pakken, dus inderdaad een gedragscode over hoe te handelen bij kwesties die rechtstreeks raken aan belangen van derden. Tevens kondigt de Inspectie aan dit punt nogmaals aan de orde te zullen stellen in het eerstvolgend periodiek overleg met de NVvP.

De complexiteit van het vraagstuk heeft een gedegen voorbereiding van mijn kant gevergd, waaronder in- en externe afstemming, alvorens tot een eigen standpunt te kunnen komen, dat is verwoord in de eerdergenoemde brieven van 6 oktober 1995 en 13 november 1997.

Ik heb de WFH geadviseerd zich ook te wenden tot de verschillende beroepsgroepen onder overlegging van een dossier van goed onderbouwde casussen. Er zijn daarnaast praktische suggesties gedaan voor de organisatie van een bijeenkomst tussen ouders en deskundigen. In dit verband heb ik gewezen op de mogelijkheden van instellingen, zoals GGZ Nederland, het Trimbos Instituut en Zorg Onderzoek Nederland (ZON).

Tot slot noem ik nog het verwachtingspatroon van de WFH dat tot uiting komt in de opstelling van deze werkgroep.

Het gaat hier om een emotioneel beladen onderwerp dat rechtstreeks de belangen raakt van de ouders die zich in de WFH hebben verenigd. Juist vanwege de grote spanning die een dergelijk gevoelig onderwerp met zich meebrengt, vraagt dit van mij een uiterst behoedzame aanpak met het oog op gevoelens en kwetsbaarheden van de feitelijke slachtoffers van seksueel geweld. In dit verband mag ik u wijzen op de grote onrust die is ontstaan bij slachtoffers van seksueel geweld na publicatie in diverse media van het rapport Van Koppen.

Wellicht is het dan ook onvermijdbaar dat de WFH vanuit haar doelstelling een ander verwachtingspatroon heeft dan waar ik aan kan voldoen. Het subjectieve begrip "adequaat reageren" zal vanuit dit perspectief bezien door de WFH derhalve anders worden beleefd dan bij mij het geval is. Tezamen met de eerder genoemde competentie en complexiteit zorgde dit er voor dat de mogelijkheden en onmogelijkheden waarvoor ik mij geplaagd zag, niet altijd hebben geleid tot een overleg waarbij volledig aan de wensen van de WFH tegemoet kon worden gekomen.

Conclusie t.a.v. de klacht van de WFH.

Gelet op mijn inspanningen en het meerdere malen door mij en de Inspectie met de WFH gevoerde overleg, zoals verwoord in mijn bovenstaande reactie, ben ik uiteindelijk van mening dat ik adequaat heb gereageerd op het verzoek van de WHF om initiatieven te nemen bij de aanpak van de door de WHF gesignaleerde problematiek..."

2. In antwoord op de vraag naar de wijze waarop was gereageerd op de derde aanbeveling in het rapport Van Koppen (zie achtergrond, onder 9.) deelde de Minister het volgende mee:

"...Het betreft hier de aanbeveling om de relevante beroepsorganisaties uit te nodigen zich uit te spreken over vormen van therapie die bevorderlijk zijn voor herinneringen.

Zoals uit het bijgevoegde chronologische overzicht blijkt, heeft de Inspectie deze kwestie reeds in een eerder stadium aan de orde gesteld.

Afgezien daarvan en zoals ik (...) heb aangegeven, heb ik de Inspectie verzocht een en ander bij de beroepsgroepen onder de aandacht te brengen. Zie verder het eerder genoemde antwoord van de Inspectie d.d. 29 april 1998 (zie onder D.1.; N.o.).

Daarnaast wijs ik u er op dat na het gesprek met de WFH in februari 1998 de werkgroep is geattendeerd op ZON. Op mijn initiatief hebben ZON en de WFH vervolgens overleg gevoerd. Hierbij heeft ZON de werkgroep voorgesteld bij haar een projectvoorstel in te dienen inzake het organiseren van enkele regionale bijeenkomsten met

beroepsorganisaties. In dit verband is door ZON ook gewezen op mogelijke samenwerking/ondersteuning bij het opstellen van een dergelijk projectplan met c.q. door het Trimbos Instituut en GGZ Nederland..."

3. Naar aanleiding van de vraag over welke mogelijkheden de Minister beschikt om de beroepsbeoefenaren in het veld te sturen, deelde de Minister het volgende mee:

"...De overheid heeft geen mogelijkheid tot sturing van beroepsbeoefenaren in de keuze van behandelmethodieken. Die verantwoordelijkheid ligt immers bij de organisaties van beroepsbeoefenaren en in laatste instantie bij de beroepsbeoefenaar zelf.

Terzijde merk ik overigens nog op, dat deze beroepsuitoefening wordt begrensd door tuchtrechtelijke en strafrechtelijke kaders, zoals neergelegd in bijvoorbeeld de Wet BIG..."

De Minister voegde daar aan toe dat de inhoudelijke zorg de verantwoordelijkheid is van de beroepsgroepen op basis van wetenschappelijke evidentie, en dat sturing vanuit de overheid daarom niet aan de orde is.

4. In antwoord op de vraag op welke wijze de Inspectie voor de Gezondheidszorg invulling geeft aan haar taak als toezichthouder op het terrein van de psychotherapie deelde de Minister het volgende mee:

"...De Inspectie houdt geen toezicht op de psychotherapie als zodanig. Het overheidstoezicht is krachtens de Kwaliteitswet Zorginstellingen beperkt tot instellingen en krachtens de Wet beroepen in de individuele gezondheidszorg (BIG) tot individuele beroepsbeoefenaren. Het criterium dat daarbij wordt gehanteerd is of verantwoorde zorg wordt aangeboden. Iedere keer moet individueel worden bepaald of de zorgaanbieder aan het wettelijk criterium voldoet.

Conform artikel 40 van de Wet BIG bedoelt de wetgever daarmee dat de beroepsbeoefenaar zijn beroepsuitoefening op zodanige wijze organiseert en zich zodanig van materieel voorziet dat een en ander leidt of redelijkerwijze moet leiden tot verantwoorde zorg. Ten aanzien van de beroepsuitoefening geldt dat behandelmethoden (zoals de vele vormen van psychotherapie) in beginsel niet ter discussie staan. De keuze van behandelmethoden, zoals geleerd bij de erkende opleidingen, behoort tot de professionele autonomie van de beroepsbeoefenaar.

Ik merk hierbij op, dat de opleiding tot en de deskundigheid van de psychotherapeut is geregeld bij algemene maatregel van bestuur. (...)

Het komt anders te liggen als een beroepsbeoefenaar door de keuze van een bepaalde behandelmethode buiten het gebied van zijn deskundigheid treedt, of buiten noodzaak schade of een aanmerkelijke kans op schade veroorzaakt. In die gevallen zal de IGZ van haar handhavingsbevoegdheden gebruik maken..."

De Minister voegde daar aan toe dat, aangezien vormen van psychotherapie niet behoren tot de zogenaamde voorbehouden handelingen, het aan een ieder rechtens is toegestaan deze te beoefenen. Volgens de Minister hebben beroepsbeoefenaren de vrijheid gebruik te maken van therapeutische technieken en methoden binnen de grenzen van het commune strafrecht en artikel 96 van de Wet BIG.

5. Naar aanleiding van de vraag of de Minister aanleiding ziet voor initiatieven tot overleg met verzoekster respectievelijk met de verschillende organisaties van beroepsbeoefenaren in het veld ten einde de door verzoekster bij herhaling aan de orde gestelde problematiek aan te pakken, deelde de Minister het volgende mee:

"...Ongeacht uw komende uitspraak inzake deze door de WFH bij u gedeponeerde klacht en de daarop gegeven reactie mijnerzijds, ben ik bereid tezamen met de Inspectie nogmaals met de WFH overleg te voeren. In dit overleg zal dan worden bezien hoe en op welke wijze met betrokken partijen het door ZON voorgestelde traject daadwerkelijk gerealiseerd kan worden. Voor wat betreft de verschillende beroepsbeoefenaren in het veld zal de Inspectie (...) er de komende tijd op blijven aandringen dat er een protocol tot stand komt..."

6. In reactie op het verzoek om een overzicht van de wijze waarop de betrokken beroepsbeoefenaren zijn georganiseerd, alsmede van de wijze waarop binnen het veld wordt aangekeken tegen het fenomeen van de hervonden herinneringen, stelde de Minister het volgende:

"...De beroepsvereniging van beroepsbeoefenaren van psychotherapie is de Nederlandse Vereniging van Psychotherapie. Deze kan beschouwd worden als koepel voor de diverse specialistische verenigingen, waarin bijvoorbeeld gedragstherapeuten of psychoanalytici zijn verenigd.

Voorts bestaat er van overheidswege een register voor psychotherapeuten binnen het kader van de Wet beroepen in de individuele gezondheidszorg (BIG). Sinds 1 april 1998 is psychotherapeut een beschermd titel.

Hypnotherapie is geen apart psychotherapeutisch specialisme, maar een methode die door psychotherapeuten gebruikt kan worden. De Nederlandse Vereniging voor Hypnotherapie speelt hierin de centrale rol. Deze verzorgt tevens opleidingen waaraan ook erkende beroepsbeoefenaren - hetzij als docent, hetzij als cursist - deelnemen. Daarnaast bestaat er een groot aantal verenigingen buiten het officiële circuit, evenals er vele mensen zijn die therapie aanbieden hoewel zij geen therapeuten zijn die staan ingeschreven in het register psychotherapie.

Gesteld kan worden dat hypnotherapie op zich een algemeen aanvaarde methodiek is binnen de officiële beroepsgroepen. Over verdergaande methodieken als

regressietherapie en geleide herinneringen zijn de meningen veel meer verdeeld..."

G. Commentaar verzoekster

1. Naar aanleiding van de opmerking van de Minister dat de door verzoekster gedane suggesties voor het merendeel op wettelijke gronden niet uitvoerbaar zijn, dan wel de beleidsverantwoordelijkheid van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport overstijgen, merkte verzoekster in haar reactie op het standpunt van de Minister op dat een deel van de door haar gedane suggesties dus blijkbaar wél uitvoerbaar is en dus wél de ministeriële competentie betreft.

2. In reactie op de opmerkingen van de Minister over het verwachtingspatroon van verzoekster, deelde verzoekster het volgende mee:

"...In werkelijkheid was de doelstelling van de WFH in de eerste periode van het overleg met het ministerie van VWS en de Hoofdinspectie vooral gericht op bewustwording over de aard, de omvang én de schadelijkheid voor patiënten én ouders van de problematiek van de tijdens therapie opgekomen incestwanen. Onze verwachting was dat VWS/ Hoofdinspectie - ten minste na verloop van tijd - de ernst daarvan zouden onderkennen en zich vervolgens vanuit de verantwoordelijkheid van de Minister voor het beleid ten aanzien van, en de controle op, de (geestelijke) gezondheidszorg in ons land, het voortouw zou nemen bij het indammen en oplossen van deze problematiek. Zéker indien na verloop van zoveel jaren duidelijk is gebleken dat de diverse beroepsorganisaties "er steeds maar niet uitkomen", zoals wij ook in onze brief van 10 december 1997 aan de minister (zie onder B.26.; N.o.) hebben geschreven..."

3. Verzoekster benadrukte daarnaast dat zij in haar contacten met het Ministerie van meet af aan heeft gewezen op de schade voor de patiënten van de verkeerde diagnoses en van werkwijzen van therapeuten die het 'false memory syndrome' niet herkennen of die zelf onware incest-herinneringen opwekken.

4. Verzoekster wees er voorts op dat zij al in het eerste gesprek op het Ministerie, op 18 september 1995, had aangedrongen op onderzoek. Volgens verzoekster is het laten doen van onafhankelijk wetenschappelijk onderzoek bij uitstek een overheidstaak. Zij wees er in dat verband op dat er hier kennelijk een aanzienlijk verschil in de houding van het Ministerie is ten aanzien van enerzijds de somatische gezondheidszorg en anderzijds de geestelijke gezondheidszorg.

5. Met betrekking tot het punt van protocollen stelde verzoekster dat zij dit aspect al in haar eerste gesprek met vertegenwoordigers van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (op 20 maart 1995) aan de orde had gesteld. Uiteindelijk had de hoofdinspecteur de NVvP pas bij brief van 29 april 1998 gewezen op de wenselijkheid dat psychiaters tot een expliciete gedragscode zouden komen (zie onder D.1.).

Verzoekster merkte in dat verband het volgende op:

"...In de loop van 1996 en 1997 werd steeds duidelijker dat:

* de beroepsorganisaties, die ons eerder hadden gemeld bezig te zijn met 'protocollen' terzake (bijvoorbeeld NIP en Nvvhypnose), 'er niet uitkwamen':

* het wenselijk was, overheidssturing bij het opstellen én bij het op elkaar afstemmen van protocollen in te zetten.

Die wenselijkheid heeft de WFH heel concreet besproken met de Hoofdinspectie tijdens het overleg op 14 februari 1997. Ons werd toen aangeraden, zelf daarbij het voortouw te nemen.

Wij voorzagen moeilijkheden - om niet te zeggen: de onmogelijkheid. Immers: geen enkele beroepsorganisatie had tot dan toe zelfs maar met de WFH willen praten; zou men dan op onze uitnodiging voor een 'protocollenberaad' ingaan?..."

Verzoekster wees er in dit verband op dat zij op 16 maart 1998 een gesprek had gevoerd met de voorzitter van de NVvP. Daarover merkte zij het volgende op:

"...In dit gesprek meldde (bedoelde voorzitter; N.o.) dat hij op 28 april (1998; N.o.) periodiek overleg zou voeren met de Hoofdinspecteur. (N.B. Een uitvloeisel hiervan was de - langverwachte - brief van [de hoofdinspecteur; N.o.] aan het Bestuur van de NVvP dd. 29 april 1998!).

Voorts sprak (de voorzitter van de NVvP; N.o.) de bereidheid uit om, als er een formele oproep van VWS/Hoofdinspectie aan het NVvP-bestuur zou komen, vanuit de sectie psychotherapie van zijn vereniging zeker denk- en menskracht beschikbaar te laten komen om, samen met andere beroepsorganisaties te gaan werken aan richtlijnen als van het Royal College, die hij als "nuttig" bestempelde en waarvan hij zich in vorm en inhoud kon vinden.

Met andere woorden: de NVvP wachtte op initiatieven van VWS/Hoofdinspectie.

Eenzelfde houding heeft de WFH ook aangetroffen tijdens de gesprekken die in de loop van het voorjaar van 1998 zijn gevoerd met achtereenvolgens de Nvvhypnose (10/2), GGZ Nederland (het vroegere NVAGG; ook 10/2) en het NIP (27/2).

De NVPsychiatrie heeft, ondanks herhaalde schriftelijke en telefonische verzoeken, nimmer met de WFH willen spreken.

Deze inzichten heeft de WFH ingebracht tijdens het gecombineerde overleg met VWS en de Hoofdinspectie op 16 februari 1998. Zie het slotvoorstel van onze notitie 'Uitgangspunten en gesprekspunten': "Om het oplossen van dit probleem te bevorderen,

zou een bijeenkomst met betrokkenen van de therapeutische koepels, Volksgezondheid/Hoofdinspectie en de wetenschappelijke wereld kunnen worden belegd." (zie onder B.27.; N.o.).

6. Naar aanleiding van de opmerking van de Minister dat zij niet kan en niet wil treden in de eigen verantwoordelijkheid van beroepsgroepen voor het kwaliteitsbeleid van de door hun leden geboden hulpverlening (zie onder F.1.) stelde verzoekster de volgende vraag:

"...Is er verschil tussen overheidscontrole op medicijnen waarvan na enige tijd schadelijke bijwerkingen bekend worden, en controle op psychotherapieën zoals hypnose waarbij hetzelfde gebeurt (met ook nog schade aan 'derden')?..."

7. Onder het kopje "slotopmerkingen" stelde verzoekster het volgende:

"...Op grond van het bovenstaande vindt de WFH nog steeds dat het Ministerie van VWS inzake de problematiek van de tijdens psychotherapie bij volwassen patiënten opgekomen cq. ingeplante incestwanen (recovered memory therapieën) niet adequaat heeft gereageerd.

Wij vinden dat er niet kan worden volstaan met het vaststellen hiervan. Het blijft noodzakelijk, dat alle betrokken partijen binnen en buiten de overheid nu spoedig afdoende maatregelen treffen om:

- a) nieuwe gevallen te voorkomen door middel van algemeen in de branche geldende en door de Hoofdinspectie toetsbare protocollen/richtlijnen,
- b) oude gevallen, waar mogelijk, op te sporen, opnieuw te diagnosticeren en vervolgens alsnog beter te gaan behandelen.

Wij hopen dat dit uiteindelijk leidt tot een betere geestelijke gezondheidszorg in Nederland..."

H. Reactie Minister

1. In reactie op het commentaar van verzoekster wees de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport er bij brief van 11 augustus 1999 onder meer op dat "de zienswijze op wat besproken is met de WFH vanuit het Ministerie respectievelijk de Inspectie voor de Gezondheidszorg op onderdelen anders is dan die van verzoekster".

Zij deelde vervolgens het volgende mee:

"...Ik vat de problematiek nog eens samen: de WFH verwachtte, van het begin af aan, dat de overheid (Ministerie van VWS resp. IGZ) zou optreden tegen behandelaars die naar het oordeel van de WFH onjuiste therapieën toepasten, waardoor zowel patiënten als hun familieleden (ernstige) schade berokkend zou worden. De WFH is van het begin af aan

duidelijk gemaakt wat volgens de huidige wetgeving de (on)mogelijkheden in deze voor de overheid zijn. De toezichtopdracht aan de IGZ wordt in de Gezondheidswet als volgt omschreven: 'het toezicht op de naleving en de opsporing van overtredingen van het bepaalde bij of krachtens wettelijke voorschriften op het gebied van de volksgezondheid, een en ander voor zover de ambtenaren van het Staatstoezicht daarmee zijn belast bij of krachtens wettelijk voorschrift'. Twee wetten die in dit geval aan de orde kunnen zijn, zijn de Kwaliteitswet Zorginstellingen en de Wet Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (BIG). Daarin heeft de inspectie een directe taak toegewezen gekregen. In het eerste geval gaat het om toezicht op art. 2, 3, 4 en 5 van wet (art. 8-1). Kern daarvan is dat de zorgaanbieder 'verantwoorde zorg' aanbiedt (art. 2). Bij het bepalen van wat verantwoorde zorg is, wordt de beleidslijn gevolgd die, met instemming van het parlement, is ingezet met de zogeheten Leidschendamconferenties. De zorgaanbieder is in eerste instantie zelf verantwoordelijk, de koepels en beroepsverenigingen leggen zelf middels protocollen etc. vast wat de inhoud is van 'verantwoorde zorg'. In het onderhavige geval, te weten of herinneringen aan incest verdrongen kunnen worden, en zo ja, in hoeverre deze weer kunnen worden opgehaald, en met welke technieken, is er geen sprake van consensus in het veld, integendeel. De overheid kan aan het veld, c.q. beroepsbeoefenaren geen gedragslijn inzake bepaalde behandelingen in deze voorschrijven. Wat de overheid in dergelijke gevallen kan doen, is stimuleren dat door het veld aanvaarde normen c.q. protocollen geïmplementeerd worden. Deze veldnormen c.q. protocollen betekenen voor de IGZ tevens een maatstaf om de kwaliteit van de zorg te beoordelen. In het onderhavige geval echter ontbreekt een breed geaccepteerde handelwijze.

De andere hiervoor genoemde wet is de wet BIG. Een artikel dat in het onderhavige geval - gezien de formulering van de werkgroep die spreekt over 'schade bij patiënten' - in aanmerking zou kunnen komen, is art. 96 van de wet BIG waarin gesproken wordt over beroepsbeoefenaren die wel of niet in het register staan ingeschreven, en die 'bij het verrichten van handelingen op het gebied van de individuele gezondheidszorg kennelijk tredende buiten de grenzen van hetgeen overeenkomstig hoofdstuk III tot zijn gebied van deskundigheid wordt gerekend, bij het verrichten van handelingen op het gebied van de individuele gezondheidszorg buiten noodzaak schade of een aanmerkelijke kans op schade aan de gezondheid van een ander veroorzaakt (...)'. Als er sprake is van dergelijke handelingen komen we op het gebied van het strafrecht, diegene die dit strafbare feit pleegt, 'wordt gestraft met een hechtenis van ten hoogste drie maanden of geldboete van de tweede categorie.' De IGZ kan terzake opsporingsonderzoek doen. Vervolgens is het aan de Officier van Justitie om over vervolging te beslissen. Gezien de bewijsbaarheid van artikel 96, is relevant dat in de gevallen die de WFH naar voren brengt de patiënt zelf kennelijk niet klaagt over de behandeling. Ook bij de IGZ zijn geen meldingen van patiënten binnengekomen (...). Het gaat in de gevallen waarover de WFH klaagt, voor zover ik thans kan beoordelen, steeds om volwassen patiënten, vrijwel altijd dochters voornamelijk van leden van de WFH, in leeftijden van dertig, veertig jaar. Van deze volwassen kinderen hebben mij geen klachten bereikt. De IGZ heeft de werkgroep op het

bovenbeschreven probleem gewezen en aangegeven dat het strafrecht in zaken als de onderhavige geen reële optie is.

Overigens is dit punt ook van belang voor een gedragslijn die patiënten zelf kunnen volgen als zij van mening zijn dat de gezondheidszorg ten opzichte van hen faalt: een klacht indienen bij een klachtencommissie van een instelling volgens de Wet klachtrecht cliënten zorgsector. Die klacht kan ingediend worden door of namens de patiënt/cliënt. In het onderhavige geval is er geen sprake van klagende cliënten, maar van familieleden die van mening zijn dat de behandeling van hun familielid onjuist respectievelijk schadelijk is. De weg van het klachtrecht staat - tenzij de patiënt/cliënt ermee instemt - voor deze laatsten dus niet open.

Aangezien het toezicht respectievelijk klachtrecht geen mogelijkheden bieden in individuele gevallen - iets wat van het begin af aan duidelijk was - is de lijn die VWS ten aanzien van de WFH heeft gevolgd, daarom geweest de WFH op wegen te wijzen waarlangs zij meer aandacht konden vragen voor de door hen geconstateerde problematiek. Een van de suggesties was het organiseren van een congres, of het laten doen van onderzoek. VWS heeft daartoe via de geëigende kanalen dit punt aan de orde gesteld. Blijkens een fax d.d. 2-6'99 van (voorzitter WFH) aan (IGZ), is de WFH er kennelijk in geslaagd een onderzoek te doen starten met behulp van een budget van F. 50.000,-, ter beschikking gesteld door Zorgonderzoek Nederland (ZON). Het onderzoek wordt uitgevoerd onder supervisie van prof. dr. H. Merckelbach.

Een ander punt is het aan de orde stellen van onderhavige problematiek door de IGZ bij de beroepsgroepen. De IGZ heeft, naast de acties zoals genoemd in mijn brief d.d. 26 februari j.l. (zie onder F.; N.o.), in maart 1999 bij de Nederlandse Vereniging voor Psychotherapie en bij het Nederlands Instituut van psychologen erop aangedrongen te komen tot een protocol (zie onder D.2.; N.o.). Voorts heeft zij er bij GGZ Nederland (de GGZ-koepel) nogmaals op aangedrongen te komen tot een protocol. GGZ Nederland heeft mondeling toegezegd het initiatief te nemen om tot zo'n protocol te komen. Ik zal hierop ook bij andere gelegenheden blijven aandringen.

De WFH stelt aan het eind van haar reactie dat de overheid nu spoedig afdoende maatregelen moet treffen om nieuwe gevallen te voorkomen door middel van algemeen in de branche geldende en door de Hoofdinspectie toetsbare protocollen en richtlijnen, en door oude gevallen, waar mogelijk, op te sporen, opnieuw te diagnosticeren en vervolgens alsnog beter te gaan behandelen.

Wat betreft de protocollen: hierboven is al aangegeven wat de IGZ recent op dit gebied gedaan heeft. Ik wil hier echter geen ijdele verwachtingen wekken. Blijkens de meldingen bij de regionale inspecties gaat het in een aantal gevallen om therapeuten die niet in het BIG-register zijn opgenomen. In die gevallen geldt niet het tuchtrecht van de beroepsgroepen.

Wat betreft de 'oude gevallen' die 'opnieuw' gediagnostiseerd moeten worden en vervolgens 'alsnog beter' behandeld: hier heeft de WFH verwachtingen die onmogelijk gerealiseerd kunnen worden. Zoals boven al omschreven gaat het bij de casussen die de WFH naar voren brengt om volwassen kinderen, om wilsbekwame volwassenen. Deze bepalen volgens het in de Nederlandse gezondheidswetgeving uitgewerkte recht op zelfbeschikking zelf welke behandeling zij wensen. Zoals gezegd is ten aanzien van de casussen van de WFH nooit een melding bij de IGZ binnengekomen die erop zou wijzen dat deze volwassen kinderen zelf ontevreden zijn over hun behandeling. Indien zij zelf een andere behandeling wensen is dat aan deze kinderen zelf om dat te realiseren. Voor de overheid ligt hier geen taak..."

2. Bij haar reactie stuurde de Minister een door een inspectie-medewerker opgesteld overzicht mee. Dit overzicht bevat een reactie op de klachten van verzoekster, alsmede een reconstructie van het overleg dat in de periode 1995-1999 is gevoerd tussen vertegenwoordigers van verzoekster en vertegenwoordigers van de Inspectie voor de Gezondheidszorg.

Dit overzicht luidt als volgt:

"...De klacht van de WFH (voor wat betreft de inspectie) valt in de volgende onderdelen uiteen:

- 1) een klacht over de wijze waarop men door de Inspectie is bejegend ('Na traag en met merkbare tegenzin te zijn ingegaan op de herhaaldelijke verzoeken om overleg van de WFH sinds 1994')
2. een klacht over de wijze waarop de Inspectie heeft gereageerd op de vraag die de WFH haar voorlegde (te weten beïnvloeden beroepsvereniging) (punt 1 en 2 uit de klacht van de WFH)
- 3) een klacht over interne afstemming binnen het ministerie (directie GVM en IGZ)
- 4) een klacht over de deskundigheid van de IGZ

Op grond van een reconstructie van het dusverre gevoerde overleg met de WFH komt de IGZ tot het volgende overzicht:

Ad 1) Bejegening door IGZ. De voorstelling van zaken door de WFH komt niet overeen met de waarneming vanuit de IGZ, en ook niet met de reacties die de WFH ons mondeling en schriftelijk deed toekomen.

De WFH zocht contact met de IGZ kort na haar oprichting medio 1994, op een moment (november '94) dat de hoofdinspecteur van de toenmalige Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid, mw. (...), bezig was afscheid te nemen. De organisatie

bevond zich op dat moment in een intensieve fase: zij zou immers opgaan in de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ), waarin de voormalige inspecties voor de somatische gezondheidszorg, de geestelijke gezondheidszorg en die voor de geneesmiddelen geïntegreerd zouden worden. Mw. (...) heeft haar opvolger, dhr. (...), psychiater, persoonlijk ingelicht over het verzoek van de WFH inzake een gesprek.

Vrijwel meteen na zijn indiensttreding, per 1-3'95, ontving (de nieuwe Hoofdinspecteur voor de Geestelijke Gezondheidszorg, Gehandicaptenzorg en Ouderenzorg; N.o.) de werkgroep voor een gesprek. Hij verzocht twee voormalige GIGV-medewerkers (...) bij dit gesprek aanwezig te zijn, dit op grond van hun voorgaande werkzaamheden binnen de GIGV. Beide IGZ-medewerkers waren sinds 1-1'95 ingezet voor IGZ-brede taken, respectievelijk als stafjurist en als redactioneel medewerker.

Het gesprek dat 20 maart 1995 plaatsvond had een informatief karakter. Duidelijk was overigens dat de WFH een structureel overleg nastreefde. Daarvan is meteen al aan het begin duidelijk gemaakt dat daar geen sprake van kon zijn. Immers, de Inspectie beschikt niet over de benodigde menskracht om met elke groep die een deelbelang vertegenwoordigt een regulier overleg te starten. In enkele gevallen, bijvoorbeeld als de Inspectie geïnformeerd wil worden over nieuwe of zeer klemmende problematiek, kan men worden uitgenodigd voor één of enkele gesprekken. Dit is dan ook gebeurd: op 22 april 1996 is weer met de werkgroep gesproken. Een volgende afspraak is gemaakt voor 4 november 1996. Die was bedoeld ter evaluatie van een concrete actie die de WFH op advies van de IGZ had ondernomen (zie onder 2). Helaas moest deze afspraak worden verzet naar 14 februari 1997. Tijdens het gesprek dat toen plaatsvond is meegedeeld dat de kwestie nu voldoende duidelijk was; er kwamen geen nieuwe argumenten of feiten meer naar voren. Er zijn nog enige adviezen gegeven voor een vervolgtraject, en er is van de zijde van de IGZ meegedeeld dat een volgend gesprek pas weer zin had als er nieuwe feiten waren. Daarna heeft, op verzoek van de directie GVM van het Ministerie van VWS, mw. (...) van de IGZ (die ook bij bovengenoemde gesprekken aanwezig was), deelgenomen aan een gesprek dat GVM met de werkgroep had.

De insteek van de IGZ was constructief en positief. Dit blijkt onder meer uit twee memo's van (bedoelde inspectie-medewerkster; N.o.) aan resp. mw. (...) (15-10'97) van GVM en aan (de hoofdinspecteur; N.o.) (11 mei 1998).

De indruk bestond bij de IGZ-deelnemers aan de gesprekken, dat de WFH de aandacht die de IGZ aan deze kwestie besteedde en de praktische suggesties die zij deed waardeerde. Dit blijkt eveneens uit de brief van de werkgroep dd 20 mei 1996 aan (de hoofdinspecteur; N.o.): 'in aansluiting op ons waardevolle overleg van 22/4 j.l.'.

Ad 2) Notulen zijn niet gemaakt, aangezien het niet om regulier overleg ging, maar om eerst één informatief gesprek, dat naderhand nog gevolgd is door twee andere. De inhoud van de gesprekken staan de IGZ-deelnemers echter nog duidelijk voor de geest, en hun

waarnemingen komen ook met elkaar overeen. De belangrijkste punten worden ook kort samengevat in de memo van (bedoelde inspectie-medewerkster; N.o.) (...) dd 15-10'97 (zie onder B.22.; N.o.).

De gang van zaken was als volgt:

Tijdens het eerste gesprek in maart 1995 heeft de IGZ de werkgroep alle ruimte gegeven de problematiek uiteen te zetten. De werkgroep verwachtte van de IGZ dat zij de door de werkgroep als gevaarlijk beschouwde methode zou verbieden. De IGZ heeft toen eerst uitgelegd wat de taken en mogelijkheden zijn van de inspectie binnen de huidige wetgeving, die deels (Kwaliteitswet, Klachtwet, wet BIG) relatief nieuw is. De Kwaliteitswet zorginstellingen verwacht dat de Inspectie de Minister adviseert zodra de zorg beneden een verantwoord niveau komt. De wijze waarop die zorg wordt uitgeoefend is echter allereerst een aangelegenheid van de beroepsgroepen: deze moeten tot consensus komen en vervolgens protocollen en richtlijnen voor de diverse behandelmethoden opstellen. Aan de hand van de protocollen en richtlijnen kan de Inspectie vervolgens beoordelen of de zorg van een niveau is dat voldoet aan de eisen van de beroepsgroep zelf. Dan de Klachtwet. Binnen de nieuwe Klachtwet is de afhandeling van klachten toebedeeld aan het veld zelf. Patiënten kunnen een klacht indienen bij een klachtcommissie waarbij de zorginstelling is aangesloten. De Inspectie heeft geen taken toebedeeld gekregen binnen de Klachtwet.

Het tuchtrecht. In geval van medische beroepsbeoefenaren kan de Inspectie ingeschakeld worden als het gaat om een zaak van algemeen belang. Voorts kan een klacht worden ingediend bij beroepsgroepen die over een intern tuchtrecht beschikken. Hier heeft de inspectie wel een taak, via de wet BIG. Moeilijker wordt het echter als het behandelaars buiten het reguliere circuit betreft. Vooral deze behandelaars bleek de Werkgroep op het oog te hebben. Dat wordt bevestigd door een recent artikel over alternatieve genezers ('Levensgevaarlijke adviezen', Volkskrant dd 2-12'98), waarin de WFH verwijst naar een ook bij de IGZ bekende behandelaar ('van R.') die buiten het reguliere circuit opereert: 'Volgens de werkgroep [WFH] is bij dergelijke beschuldigingen vaak een sleutelrol weggelegd voor therapeuten als van R. die cliënten herinneringen aan misbruik 'aanpraten'.

De IGZ heeft tijdens onderhavig gesprek de werkgroep erop gewezen dat de enige mogelijkheid voor benadeelden (een mogelijkheid die overigens ook in andere gevallen openstaat) is dan een beroep te doen op de rechter.

Een ander punt dat tijdens dit eerste gesprek naar voren kwam was de waarheidsvraag: heeft incest al dan niet plaatsgevonden? De IGZ heeft van het begin af aan gezegd dat zij daar niet in kan treden, dat is een zaak voor justitie. Zij heeft gesteld dat zij op de hoogte is van het feit dat behandelaars zelf kunnen menen dat incest de oorzaak is van de psychische problematiek van patiënt, en dat door suggestie de patiënt deze gedachte overneemt, terwijl incest in werkelijkheid niet heeft plaatsgevonden. Ook kan de patiënt zelf

ten onrechte van mening zijn dat incest de oorzaak is van het psychisch lijden, in welke mening de behandelaar al dan niet mee kan gaan, c.q. versterken danwel ontcrachten. Eveneens kan het zo zijn, dat incest inderdaad heeft plaatsgevonden. Dat dit, zeker als dit op jonge leeftijd begint en langdurig plaatsvindt, ernstige gevolgen heeft voor betrokkenen, is eveneens bekend. Wat de beste behandelmethodes is, is niet duidelijk. De inspectie kan hier geen oordeel geven a) omdat er geen consensus bestaat onder de beroepsbeoefenaren, integendeel, b) omdat de wetenschappelijke literatuur geen uitsluitsel geeft in deze (waarbij a) en b) uiteraard nauw met elkaar verbonden zijn). (...).

De IGZ adviseerde de WFH contact op te nemen met de diverse koepels/beroepsgroepen, om aandacht te vragen voor het onderwerp.

Het volgende gesprek met de Werkgroep, dat 22 april 1996 plaatsvond, bevatte een herhaling van het voorgaande gesprek. Inderdaad ging de WFH kort daarna over tot het schrijven van brieven aan de beroepsgroep NIP en aan de koepel NVAGG. De WFH introduceerde zichzelf daarin als gesprekspartner van de IGZ. In een begeleidend schrijven aan (de hoofdinspecteur; N.o.) , gevoegd bij kopieën van deze brieven voor de IGZ, schreef de WFH, zoals ook reeds boven vermeld, over het 'waardevolle overleg' met de IGZ. Tijdens het gesprek van 22 april werden de werkgroep door de IGZ nog andere suggesties aan de hand gedaan, zoals het interesseren van de media voor het onderwerp, of het organiseren van een conferentie.

Vanuit de IGZ werden de volgende acties ondernomen: (De hoofdinspecteur; N.o.) besprak het onderwerp tijdens het bestuurlijk overleg met de NVAGG dd 12-12'95. Zijn bedoeling was dat de NVAGG zou komen tot een protocol incest, waarbij ook het belang van de ouders aandacht zou krijgen. Afgesproken wordt het punt nogmaals te laten terugkomen. Op de eerstvolgende vergadering met de NVAGG, nu GGZ-Nederland geheten, dringt hij nogmaals aan op de tot wenselijkheid van een dergelijk protocol. (De hoofdinspecteur; N.o.) stelt het onderwerp eveneens aan de orde bij het overleg tussen Staatstoezicht en Openbaar Ministerie (dd 19-4'96); voorts werden de brieven van de WFH aan de beroepsgroepen door (de hoofdinspecteur; N.o.) op de agenda geplaatst van het periodieke overleg met het OM (8-7'96) en op de agenda van de Bestuursvergadering van de NVvP dd 20-8'96.

Een gesprek in 1997 (14-2'97) tussen IGZ en WFH bevatte weer dezelfde punten. De WFH was er niet in geslaagd een afspraak te maken met de beroepsgroepen. De Inspectie raadde aan zoveel mogelijk casussen te verzamelen (halverwege '96 waren dat ruim zestig) en deze zo helder mogelijk te beschrijven. Ook kwam het thema van een conferentie weer naar voren. De WFH verzocht de IGZ om daarvan de organisatie en bekostiging op zich te nemen. De IGZ maakte duidelijk dat dat niet tot haar taken behoorde. Wel gaf zij praktische aanwijzingen hoe de WFH dat zelf kon aanpakken.

Vervolgens heeft de IGZ op verzoek van de Minister van VWS (dd 13-11 '97) een brief opgesteld voor de beroepsgroepen, om aan te dringen te komen tot protocollering. Een eerste concept was begin december gereed (5-12'97). Er is daarna binnen de IGZ overleg geweest wat de meest effectieve aanpak zou zijn. Toespitsing op incest en therapeutische methoden als hypnotherapie zou de effectiviteit van een dergelijke brief kunnen verminderen, naar het oordeel van de IGZ-medewerkers. Besloten is uiteindelijk een brief te schrijven met een bredere strekking: men zou moeten komen tot protocollering van psychotherapie waarbij geraakt werd aan belangen van derden.

Tijdens een bezoek van de werkgroep aan het ministerie van VWS (16-2'98), waarbij ook (eerderbedoelde inspectie-medewerkster; N.o.) (IGZ) was uitgenodigd, werd door deze laatste aan de werkgroep meegedeeld dat de IGZ in deze lijn aan het werk was. De werkgroep kon zich met deze insteek verenigen. Dit was tevens de bijdrage van de IGZ aan deze bijeenkomst. Het voornaamste punt van dit gesprek was het verzoek van de werkgroep aan VWS om subsidie voor haar activiteiten, waaronder te starten onderzoek. In de waarneming van de IGZ (bedoelde medewerkster; N.o.) heeft mw. (...) (GVM) op deskundige en bereidwillige wijze uiteengezet welke wegen hier voor de WFH openstonden, zoals het doen van een aanvraag om subsidie voor onderzoek bij ZON.

De uiteindelijke brief van de IGZ werd 29-4'98 naar de NVvP verstuurd. Gekozen werd voor de NVvP, omdat met deze beroepsgroep regulier overleg bestaat. Een kopie van de brief is naar GVM gestuurd; deze heeft op haar beurt een kopie van de brief naar de Werkgroep gestuurd.

De WFH zelf had inmiddels ook een brief naar de NVvP gestuurd, en een kopie daarvan naar de IGZ. Uit een memo van (eerderbedoelde inspectie-medewerkster; N.o.) aan (de hoofdinspecteur; N.o.) (dd 11-5'98) naar aanleiding van deze brief blijkt de positieve houding van de IGZ tegenover de werkgroep.

Ad 3) Interne afstemming tussen de directie GVM van VWS en de IGZ vond in een eerder stadium plaats dan door de WFH genoemd ('vond pas plaats in begin 1998'). Deze datum, door de Werkgroep genoemd in haar klacht bij de Ombudsman, is ook in tegenspraak met een brief van de Werkgroep zelf d.d. 28-2'96 aan (de hoofdinspecteur; N.o.): Als het goed is, hebben de heren (...) [van de betreffende beleidsafdeling] dit recent met u besproken [dat wil zeggen, de wenselijkheid van opnieuw overleg tussen IGZ en de Werkgroep]. Voorts was er bijvoorbeeld overleg in oktober 1997 tussen IGZ (eerderbedoelde inspectie-medewerkster; N.o.) en GVM (mw. ...) over de brief van de WFH aan de minister en het antwoord dat daarop moest komen.

Wat betreft de ervaringen van WFH-leden: met de regionale inspecties: die moesten (konden niet anders dan) eenzelfde gedragslijn volgen als die van de hoofdinspectie, zoals hierboven is uiteengezet.

Ad 4) Informatievoorziening. De WFH stelt hier dat 'relevante literatuur [...] klaarblijkelijk niet of slecht bestudeerd' werd door de IGZ. Uit de gesprekken die de IGZ met de WFH voerde, kregen de deelnemers van de zijde van de IGZ niet de indruk dat zij wat kennis van het onderwerp betreft tekort schoten tegenover haar gesprekspartners, integendeel. De visie van de WFH was, begrijpelijk voor een groep die bepaalde belangen behartigt, beperkter dan die van de IGZ. Dat bemoeilijkte ook het begrip bij de WFH voor de situatie waarin zowel de IGZ als de beroepsgroepen zich bevinden ten aanzien van het door de WFH gevraagde verbod van bepaalde methodes. De IGZ heeft getracht de WFH een beter en ruimer inzicht te geven in het hele veld van de psychotherapie. Dit punt wat de WFH thans in haar klacht naar voren brengt, is ook in tegenspraak met een eerdere reactie van haar tegenover de IGZ. Een van de IGZ-deelnemers aan de gesprekken publiceerde namelijk 14-12'95 in de wetenschapsbijlage van NRC Handelsblad een overzichtsartikel over Multiple Persoonlijkheidsstoornis (MPS) en (al dan niet ware) herinneringen aan incest - een artikel waarmee de werkgroep zich in het eerstvolgende gesprek (april '96) zeer ingenomen toonde..."

I. Reactie verzoekster

Naar aanleiding van de reactie van de Minister wees verzoekster erop dat voor haar het belang van de patiënten voorop staat. Protocollen die alleen een gedragscode bevatten "hoe te handelen bij kwesties die rechtstreeks raken aan belangen van derden" bestrijken volgens haar slechts de helft van de problematiek.

In reactie op de stelling van de Minister dat verzoeksters verwachtingen ten aanzien van "oude gevallen" onmogelijk gerealiseerd kunnen worden, merkte verzoekster het volgende op:

"...Ten eerste: de WFH kijkt voor de aanpak van dit aspect niet alléén naar de overheid, maar primair naar de beroepsorganisaties en naar de individuele therapeuten die indertijd dergelijke gevallen hebben behandeld.

Ten tweede: voelt geen enkele medicus cq. medische instantie zich moreel verplicht om eertijds gemaakte fouten te herstellen? Hoe zou dat zijn als x jaar geleden hartkleppen waren ingeplant, die nu pas blijken risicovol - mogelijk dodelijk - te zijn? Zou VWS hierbij geen aansprekende/sturende/coördinerende rol op zich (moeten) nemen?

Uit Amerikaans onderzoek is gebleken, dat het met de meeste vermeend incest-patiënten slechter gaat, zowel wat betreft hun geestelijke gezondheid als met relaties, werk etc. Hoe is dat hier?..."

J. Informatie Minister van Justitie

In het kader van het onderzoek van de Nationale ombudsman gaf de Minister van Justitie bij brief van 28 december 1998 de volgende informatie over de contacten tussen

verzoekster en zijn Ministerie, en over het resultaat daarvan:

"...Ter voldoening aan uw verzoek van 24 november jl. om u te informeren over de wijze waarop het ministerie van Justitie heeft gereageerd op het verzoek van de Werkgroep Fictieve Herinneringen om initiatieven te nemen bij de aanpak van de problematiek van de zogenoemde verdrongen of hervonden incestherinneringen, bericht ik u als volgt.

De Werkgroep Fictieve Herinneringen (voorheen onware incestherinneringen) heeft zich eind 1994 en begin 1996 met een schriftelijk verzoek om een informatief gesprek tot het ministerie van justitie gewend. Op beide verzoeken is afwijzend beslist, waarbij de werkgroep is gewezen op de waarborgen die het strafrecht een verdachte van seksueel misbruik geeft.

Nadat de werkgroep medio 1996 wederom contact had opgenomen met het ministerie, is zij uitgenodigd voor een gesprek. Centraal tijdens dit gesprek in november 1996 stond de wens van de werkgroep om meer aandacht te vragen van justitie en politie-organisaties voor de problematiek van de zogenoemde hervonden herinneringen.

De behoefte om meer inzicht te krijgen in de problematiek van beschuldigingen van seksueel misbruik waarbij sprake is van hervonden herinneringen en de noodzaak tot nadere beleidsontwikkeling te kunnen beoordelen hebben mijn ambtsvoorgangster aanleiding gegeven om een studie naar dit onderwerp te laten verrichten. Daartoe is het Nederlands Studiecentrum Criminaliteit en Rechtshandhaving (NSCR) benaderd.

Aan de Werkgroep Fictieve Herinneringen is tijdens het gesprek in november toegezegd dat contact zou worden opgenomen met de Nederlandse Vereniging voor Rechtspraak tot welke vereniging de werkgroep zich eveneens had gericht. Bij contact met de secretaris van die vereniging bleek dat de brief van de werkgroep nog in behandeling was. Tevens is de aandacht van de Rechterschool te Zutphen gevraagd voor de problematiek van de hervonden herinneringen. Desgevraagd werd meegedeeld dat dit onderwerp bij de opleiding van politiefunctionarissen aan de orde wordt gesteld. Bij contact met het openbaar ministerie nadien bleek de behandelende ambtenaren dat een werkgroep werd gevormd om zich over de problematiek van de hervonden herinneringen te buigen. Er is contact opgenomen met deze werkgroep om de werkzaamheden ten departemente en bij het openbaar ministerie op elkaar af te stemmen.

Ongeveer terzelfder tijd is bij mijn ambtsvoorgangster de behoefte gerezen om de behandeling van aangiftes van seksueel misbruik in afhankelijke relaties in zijn algemeenheid nader te doen bezien. Dit heeft geleid tot een verzoek aan het College van procureurs-generaal dit onderwerp ter hand te nemen en daarover te rapporteren. Een ontwikkelteam is ingesteld voor het formuleren van nieuwe inhoudelijke eisen aan de opsporing en vervolging in zedenzaken, die er mede op gericht zijn een mogelijk onjuiste aangifte in een zo vroeg mogelijk stadium te onderkennen. Dit team, samengesteld uit

medewerkers van het openbaar ministerie, de politie, de Rechercheschool en de raad voor de kindbescherming, is gevraagd de problematiek van de fictieve herinneringen bij zijn werkzaamheden te betrekken.

Na ontvangst van het rapport 'Hervonden misdrijven, over aangiftes van seksueel misbruik na therapie' van het NSCR in oktober 1997 heeft mijn ambtsvoorganger dit aan het College van procureurs-generaal toegezonden met verzoek het rapport onder de aandacht te brengen van voormeld team. De Werkgroep Fictieve Herinneringen is hiervan op de hoogte gesteld, onder mededeling dat zij nader zal worden geïnformeerd zodra de besluitvorming dat mogelijk maakt.

De inhoud van het rapport heeft tot veel reacties uit de betrokken beroepsgroepen geleid, waarbij bleek dat de meningen sterk uiteenliepen. De schriftelijke reacties die het ministerie van Justitie ontving zijn onder de aandacht gebracht van eerdergenoemd ontwikkelteam van het openbaar ministerie. Betrokkenen zijn hiervan in kennis gesteld, waarbij begrip werd gevraagd voor het standpunt dat over de juistheid van de verschillende meningen over dit onderwerp geen uitspraak door de minister van Justitie kon worden gedaan.

Het ontwikkelteam heeft in het voorjaar van 1998 gerapporteerd. Het team heeft regels geformuleerd voor de opsporing van zedendelicten, in het bijzonder gerelateerd aan incest. Daarbij is de problematiek van de hervonden herinneringen betrokken. Er wordt een indeling gemaakt in vier fasen: het informatieve gesprek, de aangifte, het opsporingsonderzoek en de toepassing van dwangmiddelen. Voor deze fasen wordt aangegeven met welke factoren rekening gehouden moet worden, hoe de oordeelsvorming verantwoord kan gebeuren en welke voorwaarden moeten zijn vervuld alvorens tot handelen wordt overgegaan. Voor zaken waarin sprake is van bepaalde bijzondere omstandigheden, waarbij hervonden herinneringen ook specifiek worden genoemd, wordt consultatie van een expertisegroep voor professioneel overleg voorgeschreven. Gedacht wordt daarbij aan enkele vaste teams van deskundige politie-ambtenaren en externe deskundigen.

Een standpunt over de betrouwbaarheid van hervonden herinneringen wordt in de aanwijzing niet ingenomen, dat zal in elke concrete zaak moeten worden beoordeeld.

Het is de bedoeling dat deze regels in de vorm van een aanwijzing van het openbaar ministerie worden gepubliceerd in de Staatscourant. Deze publikatie, aanvankelijk voorzien voor medio 1998, ondervindt vertraging omdat het overleg met de Raad van Hoofdcommissarissen over de implementatie van de aanwijzing nog niet kon worden afgesloten. Naar verwacht zal de aanwijzing thans in het voorjaar van 1999 worden gepubliceerd.

In uw verzoek om informatie vraagt u ook of over de onderhavige problematiek overleg heeft plaatsgevonden tussen mijn ministerie en dat van VWS. Het ministerie van VWS heeft in het najaar van 1997 contact opgenomen met het ministerie van Justitie naar aanleiding van een brief van de Werkgroep Fictieve Herinneringen over het rapport van het NSCR aan de minister van VWS (de brief van verzoekster van 6 oktober 1997, zie onder B.21.; N.o.). Aan de betrokken ambtenaar van het ministerie van VWS is meegedeeld dat het rapport was voorgelegd aan het eerder genoemde ontwikkelteam van het openbaar ministerie. Een kopie van het antwoord van de minister van VWS aan de werkgroep, gedateerd 13 november 1997, is toegezonden aan het ministerie van Justitie. De minister van VWS stonden blijkens haar antwoord geen mogelijkheden ter beschikking om te voldoen aan het verzoek van de werkgroep om te bevorderen dat via richtlijnen, protocollen en scholing de aanpak van bepaalde therapieën wordt verbeterd. Zij zegde in de brief wel toe de Inspectie van de Gezondheidszorg te zullen verzoeken het onderwerp fictieve herinneringen nogmaals met nadruk onder de aandacht van de beroepsgroepen te brengen.

Op 30 september jl. (1998; N.o.) heeft wederom een gesprek plaatsgevonden van medewerkers van het ministerie van Justitie met de Werkgroep Fictieve Herinneringen. Toegezegd is dat de aanwijzing van het openbaar ministerie aan de werkgroep zal worden toegezonden zodra deze is gepubliceerd. De werkgroep heeft tijdens dit gesprek uiting gegeven aan haar gevoelens van ongenoegen over het verloop van de contacten met het ministerie van VWS. De medewerkers van het ministerie van Justitie hebben toegezegd hiervoor de aandacht te zullen vragen van het hoofd van de directie Geestelijke Volksgezondheid, Verslavingszorg en Maatschappelijke Opvang van het ministerie van VWS. Dat is inmiddels gebeurd. Van de zijde van het ministerie van VWS is vernomen dat op 16 november jl. (1998; N.o.) een gesprek met de Werkgroep Fictieve Herinneringen is gevoerd..."

Achtergrond

1. Grondwet

Artikel 22, eerste lid:

"De overheid treft maatregelen ter bevordering van de volksgezondheid."

2. Gezondheidswet (Wet van 18 januari 1956, Stb. 51)

Artikel 36:

"De hoofdinspecteurs, de inspecteurs en de onder hun bevelen werkzame ambtenaren van het staatstoezicht op de volksgezondheid zijn belast met:

- a. de handhaving van de wettelijke voorschriften op het gebied van de volksgezondheid;
- b. het uitbrengen van adviezen en het verstrekken van inlichtingen aan Onze Minister en de Directeur-Generaal van de Volksgezondheid op verzoek of uit eigen beweging, met betrekking tot vraagstukken op het gebied van de volksgezondheid."

Ingevolge het bepaalde in artikel 37 zijn hoofdinspecteurs, inspecteurs, en de onder hun bevelen werkzame ambtenaren, bevoegd onderzoekingen te verrichten.

Ingevolge het bepaalde in artikel 39 zijn de ambtenaren van de Inspectie voor de Gezondheidszorg binnen hun ambtsgebied bevoegd alle plaatsen te betreden, teneinde een voor de juiste uitvoering van hun taak noodzakelijk geacht onderzoek in te stellen.

3. Wet klachtrecht cliënten zorgsector (Wet van 29 mei 1995, Stb. 308).

Op 1 augustus 1995 is de Wet klachtrecht cliënten zorgsector (hierna: de Klachtwet) in werking getreden. In artikel 2 van deze wet is bepaald dat de zorgaanbieders op het terrein van de gezondheidszorg en de maatschappelijke zorg een klachtenregeling dienen te treffen. Deze klachtenregeling dient er onder meer in te voorzien dat klachten van cliënten van een zorgaanbieder worden behandeld door een klachtencommissie. Zo'n commissie dient te bestaan uit ten minste drie leden, onder wie een voorzitter die niet werkzaam is voor of bij de zorgaanbieder. Voorts bevat artikel 2 een aantal voorschriften waaraan bij de behandeling van klachten moet worden voldaan.

Artikel 2, lid 7, van de Klachtwet luidt als volgt:

"De zorgaanbieder draagt er zorg voor dat over elk kalenderjaar een openbaar verslag wordt opgesteld, waarin het aantal en de aard van de door de klachtencommissie behandelde klachten worden aangegeven. De zorgaanbieder zendt het verslag voor 1 april van het daaropvolgende kalenderjaar aan de bevoegde regionale inspecteur van het staatstoezicht op de volksgezondheid."

Op grond van de Wet klachtrecht cliënten zorgsector kan, met uitzondering van het geval waarin een cliënt inmiddels is overleden, uitsluitend door of namens de betrokken cliënt (dat wil zeggen, de natuurlijke persoon aan wie de zorgaanbieder maatschappelijke zorg of gezondheidszorg verleent of heeft verleend) een klacht worden ingediend.

4. Kwaliteitswet zorginstellingen (Wet van 18 januari 1996, Stb. 80; in werking getreden op 1 april 1996).

Artikel 1:

"1. In deze wet en de daarop berustende bepalingen wordt verstaan onder:

(...)

b. instelling: het organisatorisch verband dat strekt tot de verlening van zorg;

c. zorgaanbieder:

1e. de natuurlijke of de rechtspersoon, die een instelling in stand houdt;

2e. de natuurlijke personen of rechtspersonen, die gezamenlijk een instelling vormen..."

Artikel 2:

"De zorgaanbieder biedt verantwoorde zorg aan. Onder verantwoorde zorg wordt verstaan zorg van goed niveau, die in ieder geval doeltreffend, doelmatig en patiëntgericht wordt verleend, en die afgestemd is op de reële behoefte van de patiënt."

Artikel 3:

"De zorgaanbieder organiseert de zorgverlening op zodanige wijze, voorziet de instelling zowel kwalitatief als kwantitatief zodanig van personeel en materieel, en draagt zorg voor een zodanige verantwoordelijkheidstoedeling, dat een en ander leidt of redelijkerwijs moet leiden tot een verantwoorde zorg..."

Artikel 4:

"1. Het uitvoeren van artikel 3 omvat mede de systematische bewaking, beheersing en verbetering van de kwaliteit van de zorg..."

Artikel 5:

"1. De zorgaanbieder legt jaarlijks vóór 1 juni per instelling een verslag ter openbare inzage, waarin hij verantwoording aflegt van het beleid dat hij in het afgelopen kalenderjaar heeft gevoerd ter uitvoering van de zorg die hij in dat jaar heeft verleend.

2. In dat verslag geeft de zorgaanbieder daartoe onder meer aan:

(...)

c. welk gevolg hij heeft gegeven aan klachten en meldingen over de kwaliteit van de verleende zorg.

3. De zorgaanbieder zendt een afschrift van het verslag aan Onze Minister en aan de regionale inspecteur van het staatstoezicht op de volksgezondheid..."

Artikel 7:

"1. Indien Onze Minister van oordeel is dat de artikelen 2, 3, 4 of 5 niet of in onvoldoende mate of op onjuiste wijze worden nageleefd, kan hij de zorgaanbieder een schriftelijke

aanwijzing geven.

2. In de aanwijzing geeft Onze Minister met redenen omkleed aan op welke punten de artikelen 2, 3, 4 of 5 niet of in onvoldoende mate of op onjuiste wijze worden nageleefd, alsmede de in verband daarmee te nemen maatregelen.

3. Een aanwijzing bevat de termijn waarbinnen de zorgaanbieder er aan moet voldoen.

4. Indien het nemen van maatregelen in verband met gevaar voor de veiligheid of de gezondheid redelijkerwijs geen uitstel kan lijden, kan de ingevolge artikel 8 met het toezicht belaste ambtenaar een schriftelijk bevel geven. Het bevel heeft een geldigheidsduur van zeven dagen, welke door Onze Minister kan worden verlengd.

5. De zorgaanbieder is verplicht binnen de daarbij gestelde termijn aan de aanwijzing onderscheidenlijk onmiddellijk aan het bevel te voldoen..."

Artikel 8, eerste lid:

"Met het toezicht op de naleving van de bij de artikelen 2, 3, 4 en 5 gestelde eisen onderscheidenlijk de krachtens artikel 7 gegeven aanwijzingen of bevelen zijn belast de hoofdinspecteurs, de inspecteurs en de onder hun bevelen werkzame ambtenaren van het staatstoezicht op de volksgezondheid."

Artikel 10, eerste lid:

"De in artikel 8 bedoelde ambtenaren zijn bevoegd elke plaats te betreden (...) voor zover dat voor de vervulling van hun taak redelijkerwijs nodig is."

Artikel 11, eerste en tweede lid:

"1. De in artikel 8 bedoelde ambtenaren zijn bevoegd inlichtingen te verlangen, voor zover dat voor de vervulling van hun taak redelijkerwijs nodig is.

2. Zij zijn bevoegd inzage te verlangen van zakelijke gegevens en bescheiden, voor zover dat voor de vervulling van hun taak redelijkerwijs nodig is."

Artikel 13, eerste lid:

"Onverminderd artikel 88 van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg is een ieder verplicht aan de in artikel 8 bedoelde ambtenaren alle medewerking te verlenen die deze redelijkerwijs kunnen verlangen ter uitoefening van hun bevoegdheden."

Artikel 14, eerste lid:

"Onze Minister heeft ter zake van de overtreding van een krachtens artikel 7, eerste of vierde lid, gegeven aanwijzing onderscheidenlijk bevel de bevoegdheid tot toepassing van bestuursdwang."

5. Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet van 11 november 1993, Stb. 655)

De Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG) is gefaseerd in werking getreden. Op grond van artikel 3 van de Wet BIG zijn er registers waarin degenen die aan de daarvoor bij en krachtens de Wet BIG gestelde voorwaarden voldoen, op hun aanvraag worden ingeschreven. Er zijn registers voor acht verschillende beroepsgroepen. Zo is er een register voor artsen (waaronder begrepen psychiaters) en een register voor psychotherapeuten. De registers worden beheerd door de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

De Wet BIG bevat onder meer een onderdeel "Tuchtrechtspraak" (Hoofdstuk VII), en een onderdeel "Strafbepalingen" (hoofdstuk X). Deze hoofdstukken bevatten bepalingen over het tuchtrecht voor beroepsbeoefenaren en strafbepalingen. De datum van inwerkingtreding van de desbetreffende hoofdstukken is 1 december 1997. Voor enkele beroepsgroepen, waaronder die van psychotherapeuten, is de mogelijkheid van inschrijving in het desbetreffende register op een later tijdstip geopend. De opleidingsvereisten voor psychotherapeuten en de mogelijkheid van inschrijving in het register voor psychotherapeuten zijn geregeld in het Besluit psychotherapeut van 17 maart 1998 (Stb. 155; in werking getreden op 1 april 1998).

Op grond van de nieuwe regelgeving zijn degenen die staan ingeschreven in een van de hiervoor bedoelde registers, onderworpen aan tuchtrechtspraak. Per 1 april 1998 vallen derhalve ook psychotherapeuten, die als zodanig zijn ingeschreven in het BIG-register, onder het tuchtrecht.

Niet onder de nieuwe tuchtregels vallen beroepsbeoefenaren die niet in het BIG-register staan ingeschreven.

In verband met deze nieuwe tuchtregels is de Medische Tuchtwet (Wet van 2 juli 1928, Stb. 222) per 1 december 1997 komen te vervallen. Overigens vielen uitsluitend geneeskundigen, apothekers, verloskundigen en tandartsen onder de werking van de Medische Tuchtwet. Daarmee had die wet een beperkter bereik dan de Wet BIG.

Artikel 40, eerste lid, van de Wet BIG luidt als volgt:

"Degene die in een register (...) staat ingeschreven (...) en die zijn beroep uitoefent anders dan in het kader van een instelling als bedoeld in de Kwaliteitswet zorginstellingen, organiseert zijn beroepsuitoefening op zodanige wijze en voorziet zich van zodanig materiaal, dat een en ander leidt of redelijkerwijze moet leiden tot verantwoorde zorg."

In artikel 47 van de Wet BIG is het volgende gesteld:

"1. Degene die in een der in het tweede lid vermelde hoedanigheden in een register ingeschreven staat, is onderworpen aan tuchtrechtspraak ter zake van:

a. enig handelen of nalaten in strijd met de zorg die hij in die hoedanigheid behoort te betrachten ten opzichte van:

1e. degene, met betrekking tot wiens gezondheidstoestand hij bijstand verleent of zijn bijstand is ingeroepen;

2e. degene die, in nood verkerende, bijstand met betrekking tot zijn gezondheidstoestand behoeft;

3e. de naaste betrekkingen van de onder 1e en 2e bedoelde personen;

b. enig ander dan onder a bedoeld handelen of nalaten in die hoedanigheid in strijd met het belang van een goede uitoefening van individuele gezondheidszorg.

2. De in het eerste lid bedoelde hoedanigheden zijn die van:

arts,

(...)

psychotherapeut..."

Artikel 96:

"1. Degene die, hetzij niet ingeschreven staande in een register, hetzij wel in een register ingeschreven staande doch bij het verrichten van handelingen op het gebied van de individuele gezondheidszorg kennelijk tredende buiten de grenzen van hetgeen overeenkomstig hoofdstuk III tot zijn gebied van deskundigheid wordt gerekend, bij het verrichten van handelingen op het gebied van de individuele gezondheidszorg buiten noodzaak schade of een aanmerkelijke kans op schade aan de gezondheid van een ander veroorzaakt, wordt gestraft met hechtenis van ten hoogste drie maanden of geldboete van de tweede categorie.

2. Indien de in het eerste lid bedoelde persoon weet of ernstige reden heeft om te vermoeden dat hij schade of een aanmerkelijke kans op schade aan de gezondheid van een ander veroorzaakt, wordt hij gestraft met gevangenisstraf van ten hoogste zes maanden of geldboete van de derde categorie..."

6. Leidraad meldingen (Stcrt. 1996, nr. 236)

Per 1 december 1996 is de Leidraad klachtonderzoek uit 1988 vervangen door de "Leidraad Onderzoek door de Inspectie voor de Gezondheidszorg naar aanleiding van meldingen" (hierna: de Leidraad meldingen).

In haar voorwoord bij de publicatie van de nieuwe leidraad in de Staatscourant stelde de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport onder meer het volgende:

"De taak van de Inspectie ligt in het toezicht houden op de naleving van wettelijke voorschriften op het gebied van de volksgezondheid en het bewaken van de kwaliteit van de gezondheidszorg. Dat er met de totstandkoming van de Wet klachtrecht cliënten zorgsector (zie hiervoor onder 3.; N.o.) voor de Inspectie in beginsel geen taak meer is weggelegd als behandelaar van klachten, doet niet af aan het feit dat de Inspectie in veel gevallen ook door klachten van burgers op het spoor wordt gezet van mogelijke misstanden."

7. Het boek "Hervonden herinneringen en andere misverstanden"

In april 1996 verscheen de eerste druk van het boek "Hervonden herinneringen en andere misverstanden" van prof. dr. H.F.M. Crombag en prof. dr. H.L.G.J. Merckelbach (Uitgeverij Contact; ISBN 90 254 0679 3).

In hun boek concludeerden zij onder meer dat empirisch bewijs voor het bestaan van 'hervonden herinneringen' ontbreekt.

8. Het rapport "Een kleine fout? Over trauma-wanen bij volwassen kinderen"

Aan het door verzoekster in oktober 1997 gepubliceerde rapport "Een kleine fout? Over trauma-wanen bij volwassen kinderen" (zie bevindingen, onder A.23. en B.23.) zijn de volgende passages ontleend.

"...Inleiding

Op zaterdagochtend 30 juli 1994 kwamen vier ten onrechte van incest beschuldigde ouders voor het eerst bijeen op initiatief van (...) voorzitter van de vereniging Ouders voor Kinderen (OvK). De maanden daaraan voorafgaand had OvK, gespecialiseerd in de problematiek van onterechte incest-beschuldigingen rond jonge kinderen (vaak in echtscheidingssituaties) enkele sterk op elkaar gelijkende verhalen gehoord rond volwassen kinderen, meestal dochters. Die verhalen hadden het volgende patroon: nadat een volwassen kind voor het één of ander in psychotherapie was gegaan, verslechterde de verhouding met de ouders geleidelijk, vaak gevolgd door het verbreken van alle contacten; en dan kwam, na kortere of langere tijd, als donderslag bij heldere hemel, de incestbeschuldiging.

De Werkgroep Fictieve Herinneringen (WFH) heeft sindsdien veel verhalen gehoord van en dossiers gevormd over beschuldigde ouders (meestal vaders; de moeders zijn óf voelen zich in die gevallen steeds 'medebeschuldigden'), die allemaal graag 'hun kant van de zaak' willen vertellen en de waarheid willen laten uitzoeken, maar daar bij de therapeuten geen kans toe krijgen. Veel verhalen: tot najaar 1997 zijn ruim 125 'gevallen' bij de werkgroep gemeld, vooral onder impuls van artikelen in kranten en radio- of TV-uitzendingen; bijvoorbeeld die van '2-Vandaag' in het najaar van 1996.

(...)

In 20% van de gevallen gaat de beschuldiging gepaard met het doen van aangifte bij de politie; een deel daarvan leidt tot soms zeer langdurige juridische trajecten, die vrijwel alle eindigen in sepot of vrijspraak. In één bij de werkgroep bekend geval is het gekomen tot een strafrechtelijke veroordeling. Een 'geluk bij een ongeluk' van een straftraject is, dat de betrokken ouders uit het strafdossier informatie krijgen over de beschuldigingen en over de daarbij betrokken therapeut(en). Op grond daarvan kunnen die ouders eventueel tegenacties (tucht- of civielrechtelijk) overwegen. Wij weten overigens niet of er bij 'oude' gevallen, die niet bij de werkgroep bekend zijn, indertijd veroordelingen op grond van hervonden incest-herinneringen hebben plaatsgevonden. Mogelijk wordt dat door het ministerie van Justitie nog eens uitgezocht, zoals de werkgroep begin 1997 heeft gevraagd.

De oudste bij de werkgroep bekende beschuldigingen dateren van 1987. Tot 1992 gaat het, voorzover wij weten, nog maar om enkele per jaar; in 1993 t/m 1996 lopen ze echter in de dubbele cijfers. Het aantal nieuw gemelde beschuldigingen neemt sinds begin 1997 weer af. Voorzover bekend is een ruime meerderheid, namelijk 60%, van de kinderen in therapie (geweest) bij reguliere therapeuten, waarvan meer dan de helft in loondienst werkend bijvoorbeeld bij een Riagg of een algemeen of psychiatrisch ziekenhuis.

Anderen zijn behandeld door alternatieve therapeuten (13%) en niet-therapeuten (10%), bijvoorbeeld een dominee, een leraar of een andere vertrouwenspersoon. In 17% van de gevallen weten de ouders niet welke soort therapeut er in het spel was, maar wel dat er een therapeut bij betrokken is (geweest). Deze gegevens over de betrokken therapeuten staan haaks het algemeen verbreide geloof dat het slechts enkele 'kwakzalvers' zijn die een actieve rol zouden vervullen bij de fictieve incest-verhalen.

(...)

De werkgroep, die nu bestaat uit zes ouders die zelf ten onrechte van incest zijn beschuldigd (respectievelijk partners daarvan), pretendeert geen wetenschappelijkheid. Zij beschikt alleen over de gegevens uit de ruim 100 dossiers van de beschuldigde ouders. Maar wij beschikken wel over 'ervaringsdeskundigheid' als ouders van kinderen met psychische problemen, naar wie therapeuten ten onrechte niet hebben geluisterd.

Die negatieve ervaring delen wij overigens met veel ouders/naaste verwanten van volwassen psychiatrische patiënten, zeker in de geschiedenis gezien.

Onze belangrijkste drijfveer - naast onze verontwaardiging dat zoveel ouders 'zomaar' zijn beschuldigd van zoiets afschuwelijks als incest ('je wordt nog liever van moord verdacht') - is onze diepe bekommernis over onze kinderen die met een afschuwelijk fictief verleden zijn opgezaald. En die daarvoor vaak zeer langdurige, in hun sociale omgeving ingrijpende, behandelingen ondergaan met een nog ongewisse uitkomst.

(...)

Hoofdstuk 3: Een rol voor een therapeut

Zoals gezegd: sommige ouders wisten wel dat hun kind in therapie was. De één kreeg de rekeningen van de therapeut toegestuurd omdat de verzekering nog via de ouders liep. De ander hoorde er - aanvankelijk; totdat er 'bepaalde onderwerpen' in de therapie aan de orde werden gesteld - door het kind zelf over vertellen. Een derde hoorde het weer via-via, bijvoorbeeld van één van de andere kinderen.

Maar in vrijwel alle gevallen speelde een therapeut blijkbaar een belangrijke rol in het 'naar boven komen, respectievelijk naar boven brengen' van het incest-verhaal. Blijkbaar: want de meeste ouders weten weinig tot niets over de therapie die hun kind onderging of nog steeds ondergaat; niet over de diagnose en evenmin iets over de aard van de behandeling zelf. Alleen als er een strafdossier is, komen de ouders daaruit meestal wel het één en ander te weten.

(...)

Hoofdstuk 4. De therapeutische waarheid

(...)Wij hebben zeker oog voor de moeilijkheden waar therapeuten zich voor geplaatst zien. Een behandelaar zal in eerste instanties een verhaal van een patiënt dienen te respecteren, serieus moeten nemen. Zodra er echter ernstige strafbare feiten aan de orde komen met grote gevolgen voor patiënt én aangeklaagde, en zeker ook voor de behandeling, kan ons inziens niet worden volstaan met de 'therapeutische waarheid', maar moet het verhaal op enige manier worden geverifieerd. Zeker als bij het construeren van het verhaal suggestieve (hypnose-)technieken zijn gebruikt.

Wij weten natuurlijk heel goed dat er incest - een verwerpelijk iets - plaats vindt; waarschijnlijk vaker dan vroeger werd gedacht respectievelijk werd gerapporteerd. Maar wij weten óók dat wanen' en fantasieën, zeker bij psychiatrische patiënten, voor komen. Wij kunnen ons niet voorstellen dat **een juiste** diagnose bij iemand met psychische problemen niet, net als bij fysieke problemen, belangrijk is. Alleen dan kan immers een goede behandeling volgen. Een zware behandeling gericht op incest-herbelevingen bij

iemand die dit niet heeft meegemaakt, kan niet anders dan schadelijk zijn. Wij ouders willen dat ons kind - of het nu jong of volwassen is - uiteindelijk goed en effectief wordt geholpen, beter wordt van een therapie. Hoe dat precies gebeurt is minder relevant. Wij willen echter niet de schuld krijgen van iets vreselijks waaraan wij niet schuldig zijn en wij willen onze kinderen niet behandeld zien met angstaanjagende therapieën, met ouders als zondebokken.

Het stellen van een psychiatrische diagnose lijkt ons zeker een moeilijke zaak. Een eventueel lichamelijk onderzoek bij een psychisch zieke - vreemd genoeg blijft zo iets vaak achterwege - zou wellicht een deel van de vraagpunten kunnen ophelderen. Mogelijk dat hersenonderzoek, momenteel erg in ontwikkeling, in de (nabije) toekomst hier (deels) uitkomst kan bieden. In dit verband herinneren wij er aan, dat vroeger (nog niet eens zo lang geleden) ouders, en met name moeders, de schuld kregen van autisme respectievelijk van schizofrenie bij hun kinderen.

Ziekten, waarvan nu genoegzaam bekend is dat die voortkomen uit een verstoring in de hersenen.

Nog vreemder dan het achterwege laten van een medisch onderzoek (bijvoorbeeld over eventuele zwangerschappen) achten wij het, dat een psychotherapeut - psychiater, psycholoog of anderszins - zelden andere bronnen raadpleegt dan de patiënt die voor hem zit in de behandelkamer. Andere bronnen: bijvoorbeeld de huisarts van vroeger; broers/zusters; onderwijzers/leraren; vrienden/vriendinnen; eventuele vroegere hulpverleners. Of: de ouders.

Ook in klinisch wetenschappelijk onderzoek wordt meestal volstaan met het naar boven gekomen of naar boven gebrachte (trauma-)verhaal van patiënten. Dat wordt als feit geloofd, zelfs al twijfelen de patiënten er soms zelf aan. Toch blijkt uit andere wetenschappelijke disciplines, bijvoorbeeld geheugenonderzoek, dat dit soms tot onwaarschijnlijkheden leidt, die om een duidelijke verklaring vragen. De discussie tussen de verschillende disciplines is weinig vruchtbaar als men niet bereid is of het niet nodig vindt de eigen theorieën te toetsen.

(...)

Hoofdstuk 8: Reacties van politie en Justitie

Politiemensen reageren, zo blijkt uit wat aan de werkgroep is gerapporteerd, heel verschillend op een incest-aangifte. Het is beslist niet zo, dat:

"de politie (...) inmiddels genoeg ervaring < heeft > om te voorzien wanneer een (incest-)aangifte terecht wordt gedaan." (dr. Nel Drayer, VU, in Vrij Nederland, 23-9-1995)

(...)

De WFH heeft inmiddels goede hoop op reële verbeteringen in de aanpak van politie en justitie, na het uitkomen van het advies van dr. Peter van Koppen (Nederlands Studiecentrum Criminaliteit en Rechtshandhaving, NSCR) aan de Minister van Justitie, begin oktober 1997. Na onderzoek concludeert Van Koppen over de kwaliteit van opsporing en vervolging, én over het belang van goede richtlijnen (pagina 31):

"Mijn onderzoek (...) laat zien dat aangifte, opsporing en vervolging bij aangeefsters en bij andere betrokkenen veel leed veroorzaakt, terwijl vrijwel geen enkele aangifte tot een veroordeling leidt. De manier waarop veel opsporingsonderzoeken worden aangepakt, draagt in sterke mate bij aan het veroorzaakte leed. Het is daarom belangrijk dat een richtlijn wordt uitgevaardigd voor de wijze waarop dit soort zaken door politie en justitie moet worden behandeld."

In de vervolgens door hem voorgestelde concept-richtlijnen kan de WFH zich vinden. Wij hebben er immers steeds voor gepleit, dat **de waarheid** zo goed mogelijk moest worden uitgezocht.

In het volgende hoofdstuk komen we op het onderzoek en het advies van Van Koppen terug.

Hoofdstuk 9: Activiteiten van de Werkgroep Fictieve Herinneringen

(...)

Eind november, begin december 1994 waren wij zover dat we 'de overheden' en 'het therapeutische veld' op hun verantwoordelijkheden konden gaan wijzen voor het oplossen van deze problematiek. Inmiddels hadden zich, na een kleine advertentie-actie reeds enkele tientallen ten onrechte beschuldigde ouders (meest echtparen) bij de werkgroep aangemeld. Wij stuurden brieven+bijlagen (vouwblad, factsheet, literatuurlijst en pers-knipsels) naar de ministeries van Volksgezondheid, Justitie en Binnenlandse Zaken; naar de Vaste Commissies van de Tweede Kamer in deze sectoren; naar de Hoofdinspectie Geestelijke Gezondheidszorg; naar 16 koepelorganisaties op het gebied van de geestelijke volksgezondheid en naar enkele organisaties op justitie-gebied. In onze brieven verzochten wij steeds om overleg over en onderzoek naar deze problematiek.

In de maanden en jaren daarna informeerden wij, deels desgevraagd, ook een groot aantal beïnvloeders in het therapeutische, juridische en wetenschappelijke veld en (deels desgevraagd) diverse vertegenwoordigers van kranten, tijdschriften, radio en TV.

Wat is de balans van al die activiteiten?

Balans

De ministeries van Volksgezondheid en van Justitie kwamen traag op gang; nu is er bij Justitie voortgang onder impuls van het advies-Van Koppen. Volksgezondheid heeft ons in enkele gesprekken, waarin men wel begrip voor de problematiek toonde, toch vooral verwezen naar de therapeutische koepelorganisaties. Binnenlandse Zaken voelde zich eertijds (en nog steeds?) niet aangesproken.

Wat 'de politiek' betreft: enerzijds blijkt de gezondheidszorg veel te veel te zijn gedelegeerd aan de koepelorganisaties, die het vervolgens onderling duidelijk niet eens kunnen worden. Anderzijds was het onderwerp 'beweerd-incest' ook - vooral in de beginperiode - duidelijk controversieel, zoals uit de magere gesprek-oogst bij de Kamercommissies blijkt.

De therapeutische koepelorganisaties houden, soms door niet (meer) te antwoorden, al drie jaar de boot af, vooral onder het mom dat hun leden toch zorgvuldig werken. Zij (b)lijken intern soms ernstig verdeeld, bijvoorbeeld het NIP. De 'grip' van het Ministerie van Volksgezondheid respectievelijk de Hoofdinspectie op de koepels is ons inziens onvoldoende.

(...)

Hoofdstuk 10: Ontwikkelingen in de opinies van leidende therapeuten

Uit de diverse citaten in de voorgaande hoofdstukken en uit de tekst van hoofdstuk 4 in het bijzonder blijkt dat in Nederland een kleine groep schrijvende therapeuten de opinies in de geestelijke gezondheids-branche in sterke mate beïnvloed heeft en nog steeds beïnvloedt: dr. Nel Drayer (VU Amsterdam) en prof. dr. Onno van der Hart (buitengewoon hoogleraar in Utrecht) als belangrijkste. Beiden overigens vaak in samenwerking met dr. Suzette Boon, gespecialiseerd in ritueel en satanisch misbruik. Op het terrein van de dissociatieve stoornissen wordt mevrouw Drayer in de eerste helft van de jaren 90 als (één van) de deskundigen beschouwd.

Tegen-geluiden, met name van de hoogleraren Wagenaar, Crombag en Merckelbach, worden vooral gepubliceerd in de niet-klinisch gerichte vakpers. Veel deskundigen lijken huiverig om zich in de - 'politiek' moeilijke - discussies te mengen.

(...)

Hoofdstuk 11: Wat valt er voor de werkgroep nog te doen?

Na ruim drie jaar beraadt de werkgroep zich op de toekomst.

Enerzijds groeit de groep ouders nog steeds. Na de VARA TV-uitzending op 14 oktober 1997 van 'Witteman', herhaald op 15/10 's middags, meldden zich bijvoorbeeld binnen enkele dagen 15 nieuwe 'gevallen' bij de werkgroep. Er blijft behoefte bestaan aan (periodiek) advies en bijstand. Maar de groep is nu eigenlijk te groot geworden om met een

klein team vrijwilligers goed te kunnen helpen met een lotgenoten-telefoon, nieuwsbrieven en bijeenkomsten.

Anderzijds denken we dat het tij bij overheden (met name bij Justitie, zoals gezegd; nog niet in de sector Volksgezondheid) aan het keren is. Eén van de concrete verbeteringen die de komende tijd zou moeten worden ingevoerd, is het opstellen en verplicht stellen van protocollen voor therapeuten. Ten eerste over het verbieden van suggestieve technieken en ten tweede over het omgaan met (al of niet fictieve) trauma-verhalen. Het zijn vooral de therapeutische koepels die hier het voortouw moeten nemen ten behoeve van hun leden. Maar ook afzonderlijke instellingen, bijvoorbeeld psychiatrische ziekenhuizen, kunnen natuurlijk voor zichzelf dergelijke protocollen ontwerpen. Een belangrijk onderdeel van dergelijke protocollen zou moeten zijn: het praten met ouders, broers en zusters, huisarts, eventuele vroegere therapeuten en anderen die voor externe validatie van 'trauma-verhalen' kunnen zorgen. Indien dat gebeurt door bijvoorbeeld een collega van de behandelende therapeut, dan schaadt dat niet de vertrouwelijkheid van de behandelrelatie met de patiënt. Men hoeft het helemaal niet over het traumaverhaal te hebben.

Het informeren en horen van ouders en andere naaste verwanten is in de (geestelijke) gezondheidszorg is al veel langer een belangrijk aandachtspunt. In de Wet Beroepen Individuele Gezondheidszorg (Wet BIG), die eind 1997 wordt ingevoerd (na al enkele jaren geleden door het Parlement te zijn aanvaard), is aan de 'naaste betrekkingen' - gelukkig - een rol toebedeeld. Zoals gezegd tellen ouders van volwassen patiënten - of die nu wel of niet van iets worden beschuldigd - tot op heden helaas te weinig mee. Terwijl die ouders hun eigen kinderen toch vaak heel goed kennen en er veel nuttige informatie over zouden kunnen meedelen.

Een verdergaande maatregel die recent onderwerp van discussie is, betreft het verbieden van therapeutische technieken die hervonden herinneringen opwekken. In Groot-Brittannië heeft het Royal College of Psychiatry recent het toepassen door hun leden van dergelijke technieken afgeraden.

Voor politie en justitie is het van belang dat men zich bewust wordt van het bestaan van het fenomeen van de fictieve trauma-verhalen, met alles wat daaraan vast zit. Het zou goed zijn als bijvoorbeeld op de recherschool hieraan expliciet aandacht werd geschonken. Maar ook tijdens periodieke her- en bijscholing van Officieren van Justitie en rechters zou deze problematiek moeten worden behandeld. De richtlijnen die de Minister van Justitie, gelet op het advies-Van Koppen hopelijk binnenkort uitvaardigt, zullen hier een goed houvast kunnen bieden.

Een enkel woord nog over civiele en tuchtrecht-procedures. Civiele claims kennen wij van twee kanten: enerzijds van de kant van kinderen die wegens het beweerde incest allerlei schadevergoedingen van hun ouders eisen, bijvoorbeeld voor gederfde inkomstans wegens niet-afgemaakte opleidingen en afgebroken carrières en voor leed en immateriële

schades; en anderzijds van de kant van ouders, bijvoorbeeld wegens het doen van een valse aangifte of wegens het verspreiden van laster.

Zowel ouders als kinderen kunnen uiteraard ook een civiele procedure starten tegen een therapeut. Die van een kind, als ex-patiënt direct-betrokkene, zal veel kansrijker zijn dan van ouders, die slechts een afgeleid belang en indirecte schades zullen kunnen aantonen.

Enkele van de ons bekende civiele procedures lopen nog; ze kosten zo mogelijk nog meer tijd dan de strafrechtelijke trajecten. Voor verreweg de meeste ouders komt overigens het aanspannen van een civiele zaak tegen hun eigen kind niet in aanmerking wegens de kwetsbaarheid van het kind. Wel zouden veel ouders graag de desbetreffende therapeut voor de rechter dagen. Bewijsrechtelijke vereisten en financiële risico's vormen daarbij echter vaak te hoge drempels.

Iets anders ligt het met het indienen van klachten bij tuchtcolleges. De vormvereisten daarvoor zijn niet zo strikt: een klachtbrief naar het betrokken tuchtcollege volstaat. Het inschakelen van een advocaat is niet nodig, hoewel uiteraard wel nuttig. De ervaringen tot nu toe van de paar ouders die tuchtrechtzaken hebben aangespannen zijn echter niet onverdeeld gunstig, al is een enkel succesje geboekt. Behalve dat ze net zo lang duren als civiele zaken (het NIP zegt zelf dat hun organisatie niet op het grote aantal klachten is ingericht), lijken de huidige colleges meer het belang van hun leden te willen beschermen, desnoods via formele argumenten, dan tot objectieve afweging te komen van de in het geding zijnde belangen. Hopelijk zal het nieuwe tuchtrechtsysteem van de Wet BIG vanaf eind 1997 tot evenwichtiger uitkomsten leiden.

Dat is dan niet alleen in het belang van de procespartij 'ouders'. Als een beroepsbeoefening via een goed-werkend tuchtrechtsysteem wordt gecontroleerd, komt dat ten goede aan het benodigde kwalitatieve niveau van die beroepsgroep. En kwaliteitsverbetering achten wij in alle psychotherapeutische geledingen - en bepaald niet alleen bij zogenaamde 'kwakzalvers' - hoogst noodzakelijk.

(...)

Hoofdstuk 13: De toekomst; van de kinderen en de ouders

Inmiddels hebben zo'n 6-8 kinderen hun aanvankelijke beschuldiging impliciet of expliciet ingetrokken. Dit getal is niet exact, omdat sommige herstelprocessen nog gaande zijn.

Impliciet wil zeggen: er zijn weer contacten tussen kind en ouders ontstaan, maar het 'verhaal' blijft - voorlopig? - onbesproken. Deze groep noemen wij, naar analogie van de FMSF, returners. Expliciet betekent: de beschuldiging is met zoveel woorden herroepen; dit zijn retractors. Niet alleen zijn retractors veel bevredigender voor hun ouders dan returners, uit hun verhalen kan ook nauwkeurig worden afgeleid hoe die trauma/incest-herinneringen naar boven zijn gekomen respectievelijk in therapie zijn

opgewekt. Vooral dat laatste: in therapie door therapeuten opgewekt, ingeplant. Bij vrouwen die om wat voor reden of oorzaak dan ook depressief waren geworden, geestelijk ziek waren geworden, oorzaken zochten voor het feit dat ze 'niet lekker in hun vel zaten' en erger.

Alle ten onrechte beschuldigde ouders hopen er natuurlijk op dat hun kind vroeger of later de beschuldigingen zal herroepen; desnoods impliciet. Voordat het zover is, hopen de ouders, dat het dan tenminste goed met hun kind zal gaan. Soms zijn ze daar een beetje van op de hoogte, bijvoorbeeld via een ander kind. Meestal echter weten de ouders jaren- en jarenlang niets over hun kind. Is het nog steeds in therapie? Heeft het een relatie? Heeft het zelf inmiddels kinderen? Is het gelukkig...?

We moeten vrezen dat veel kinderen niet tot herroepen in staat zullen blijken te zijn, omdat ze in de trauma-waan blijven geloven of omdat ze er niet op terug durven te komen. In beide gevallen betekent dat een grote tragedie.

(...)

Tenslotte

Er moet in de geestelijke volksgezondheid een heleboel verbeteren; dat hebben wij naar aanleiding van 'onze' problematiek wel gemerkt. Die veranderingen kunnen wij niet bewerkstelligen. Dat moet de overheid doen, in samenspraak met - maar niet: afwentelend op - de therapeutische koepels. Groepen als de WFH kunnen daartoe beslist nuttige informatie en suggesties aandragen.

Totdat wij als ouders met de beschuldigingen van onze psychisch zieke kinderen werden geconfronteerd, hadden we eigenlijk allemaal een hoge dunk van het functioneren van 'de overheid': van Volksgezondheid en van Justitie. En ook wel van de politie en de medische stand.

Maar nu?

Wij zijn cynisch en argwanend geworden; wij vertrouwen de overheid niet meer, die ons in de kou laat staan; noch de medici en psychologen, die wegkruipen achter de vertrouwensregels met hun (ex-)patiënten en alles beter denken te weten dan de ouders.

En, wie ervaringen heeft opgedaan met politie en Justitie, spreekt van veel vooringenomenheid en incompetentie.

De grootste blaam in de problematiek rond de trauma-wanen, waardoor ouders worden beschuldigd en aangeklaagd, treft echter een brede stroming in de psychotherapie, die verschijnselen-van-nu zonder meer - zonder externe validatie - koppelt aan oorzaken-van-vroeger, voortkomend uit het 'disfunctionele gezin' en veroorzaakt door de

'mishandelende en misvormende ouders'.

In het spoor van vooral Amerikaanse voorgangers, die op hun beurt zijn beïnvloed door vooringenomen ideeën over mannen en over de waarde van het gezin, hebben enkele Nederlandse trendsetters - Drayer en Van der Hart voorop - vervolgens veel therapeutische 'werkers in het veld' beïnvloed, zodat men "incest ging zien waar die niet was" (Uit De Volkskrant van 13-5-1995: 'Verdwenen en bedachte herinneringen').

Deze brede en sterke stroming heeft als in een moderne heksenjacht gedurende 10 jaar de geesten van patiënten 'gespoeld' en zowel kinderen als ouders in het ongeluk gestort. Controle vanuit de eigen beroepsverenigingen was er nauwelijks. Nuchtere wetenschappers die met tegengeluiden en bedenkingen kwamen, werden door de klinici niet serieus genomen en vaak ontkenning verweten, 'omdat ze nooit zielige patiënten in hun spreekkamers zagen'.

Toezicht vanuit de overheid - het ministerie van Volksgezondheid respectievelijk de Inspectie Gezondheidszorg - schoot ernstig tekort. De politiek hield zich jarenlang afzijdig.

De media waren vaak op sensationele verhalen uit — de goeden, die er ook zijn, niet te na gesproken.

Kortom: het geestelijke gezondheidszorg-systeem in Nederland functioneert, ten aanzien van een probleem als de trauma-waarneming in ieder geval, bepaald niet.

Dat is voor al die ouders óók een schokkende ervaring..."

9. Het zogenoemde "rapport Van Koppen"

Op verzoek van de Minister van Justitie bracht dr. P.J. van Koppen, verbonden aan het Nederlands Studiecentrum Criminaliteit en Rechtshandhaving (NSCR), in oktober 1997 door middel van het rapport "Hervonden misdrijven. Over Aangiftes van Seksueel Misbruik na Therapie" advies uit aan de Minister over de wijze waarop de politie zou moeten handelen in zaken van 'verdrongen of hervonden herinneringen van seksueel misbruik'.

In de hoofdstukken 2 en 3 van het rapport is het volgende gesteld:

"...2. Verdrongen herinneringen

Over het bestaan van verdrongen herinneringen is recent een grote controverse ontstaan. Aan de ene kant zijn er klinici en therapeuten die vooral op basis van ervaringen met patiënten verhalen vertellen over tijdens therapie teruggevonden en dus langdurig verdrongen herinneringen. Aan de andere kant wordt gesteld dat verdringen van herinneringen niet mogelijk is. Recent verscheen van de hand van Crombag en Merckelbach een uitgebreide studie van deze controverse. Zij bespreken de vijf

onderzoeken die erop zouden wijzen dat langdurige verdringing van traumata mogelijk is. Vier van die studies maken gebruik van een retrospectieve methode die, vrijwel per definitie, niet geschikt is voor het beantwoorden van de onderzoeksvraag. In de vijfde studie speelt een groot aantal andere problemen, zodat voorlopig de conclusie moet zijn dat de empirische basis voor het bestaan van verdrongen herinneringen ontbreekt.

Naast het ontbreken van een empirische basis voor verdrongen herinneringen staat een aantal argumenten dat het bestaan van verdrongen herinneringen juist tegenspreekt. Verdrongen herinneringen na (langdurig) seksueel misbruik gaan uit van de veronderstelling dat de verdringing veroorzaakt is door het trauma van het seksuele misbruik. Verdrongen herinneringen worden echter niet gevonden bij individuen die andersoortige traumata opliepen: Vietnam-veteranen en concentratiekamp-slachtoffers. Hun probleem is juist veel eerder dat zij lijden aan zogenaamde intrusies: de herinnering die hen niet loslaat. Er is geen reden te bedenken waarom langdurig seksueel misbruik wél tot verdringen van herinneringen zou leiden en bijvoorbeeld een langdurig verblijf in een concentratiekamp niet.

(...)

Zaken waarin verdrongen herinneringen een rol spelen, hebben in grote lijnen de volgende kenmerken gemeen: (1) De aangifte wordt gedaan door volwassen slachtoffers nadat zij gedurende een periode in therapie zijn geweest; (2) het betreft seksueel misbruik dat langdurig was en veelal lang geleden heeft plaatsgevonden; (3) de verhalen van de slachtoffers vertonen een incrementeel karakter, dat wil zeggen dat in de tijd voorafgaand aan de aangifte en vaak ook daarna het verhaal in ernst en omvang blijft groeien, soms tot satanische rituelen en gewelddadige abortussen, kannibalisme en baby moorden aan toe; (4) in de therapie worden suggestieve methoden als hypnose, regressietherapie en geleide herinnering toegepast.

3. De rol van therapie

De aanwijzingen worden steeds sterker dat bij het totstandkomen van dit soort verhalen van slachtoffers en bij de groei daarvan de therapeut een cruciale rol speelt. Vaak betreft het cliënten van de therapeut die zich enige tijd voorafgaand aan de aangifte gemeld hebben met problemen van andere aard dan seksueel misbruik. Voorzover dergelijke zaken beschreven zijn, is het de therapeut die als eerste tot de conclusie komt dat vermoedelijk sprake is van seksueel misbruik in de jeugd en vervolgens tracht de cliënt ertoe te bewegen zich dat vermeende seksuele misbruik i.e herinneren. Daartoe wordt gebruik gemaakt van uiteenlopende technieken, zoals hypnose, geleide herinnering, *journaling*, droominterpretaties, *body memories*, het lezen van populaire boeken op het betreffende gebied en het wegnemen van twijfels bij de cliënt. Een dergelijke vorm van therapie, de zogenaamde *recovered memory*-therapie, wordt vrij algemeen aangewezen als bron van pseudoherinneringen, herinneringen aan gebeurtenissen die niet hebben

plaatsgevonden. Over deze vorm van therapie wordt daarom gezegd dat die "as currently practised, is unsound in principle and often harmful."

Hypnose vormt, zoals gezegd, een belangrijk onderdeel van deze vorm van therapie. Met hypnose zouden geheel vergeten gebeurtenissen toch herinnerd kunnen worden. Het is sinds jaar en dag bekend dat zulks niet het geval is. Inmiddels vaardigde de American Medical Association officiële richtlijnen uit over hypnose en kwam tot de volgende conclusie: "Recollections obtained under hypnosis can involve confabulations and pseudomemories and not only fail to be more accurate, but actually appear to be less reliable than non-hypnotic recall."

Onder bepaalde omstandigheden kunnen pseudoherinneringen gemakkelijk tot stand komen, ook als er geen sprake is van hypnose. Die omstandigheden komen nogal eens voor in psychotherapie. De therapeut laat daarbij zijn cliënt fantaseren over iets wat zou kunnen zijn voorgevallen in haar leven en tegelijkertijd laat hij haar terugdenken aan werkelijk gebeurde, authentieke episodes. Desnoods gaat hij met zijn cliënt terug naar het ouderlijk huis en laat haar daar fantaseren. Dat is in de experimentele psychologie een beproefd recept om hele hardnekkige pseudoherinneringen uit te lokken.

Niet alleen hypnose, maar ook de andere in recovered memory-therapie gebruikte methoden zijn bijzonder suggestief en vergroten in sterke mate de kans dat pseudoherinneringen ontstaan.

Tot nu toe besprak ik de externe factoren die een rol spelen bij het ontstaan van pseudoherinneringen. Daarnaast zijn er ook interne factoren: sommige mensen zijn gevoeliger voor het ontstaan van pseudoherinneringen dan anderen.

(...)

In therapie is over het algemeen het waarheidsgehalte van de herinneringen van de cliënt van minder belang; het gaat in de eerste plaats om de beleving van de cliënt, in *recovered-memory*-therapie wordt echter bijzonder veel aandacht besteed aan het naar boven halen van herinneringen, die in veel gevallen als pseudoherinneringen kunnen worden gekwalificeerd. Op die manier wordt de cliënt met een gruwelijk en verzonnen verleden opgezadeld. De schade van de pseudoherinneringen wordt echter sterk uitgebreid als die buiten de therapie-kamer komen. Dan wordt niet alleen het leven van de cliënt verwoest, maar ook dat van anderen. Als in therapie een verhaal wordt opgebouwd op basis waarvan later aangifte wordt gedaan, is het waarheidsgehalte wel degelijk van belang. Na langdurige therapie zijn echter, ook voor de aangeefster, de door hypnose en andere suggestieve technieken geïnduceerde pseudoherinneringen en de ware toedracht niet meer te scheiden.

Toch is ook in de therapie het waarheidsgehalte van de herinneringen van belang omdat in de *recovered memory*-therapie de confrontatie met de ouders vaak als belangrijk sluitstuk van de therapie wordt gezien, ook de strafrechtelijke en civielrechtelijke confrontatie. Door de recente verruiming van de verjaringstermijn in zedenzaken wordt gelegenheid geboden na vele jaren alsnog aangifte te doen of een civiele vordering in te stellen. Op die manier bevordert de verruiming van de verjaringstermijn therapieën die op zichzelf genomen schadelijk kunnen zijn voor de cliënt en haar omgeving..."

Hoofdstuk 8 heeft als opschrift "**Hoe te handelen bij aangiftes van seksueel misbruik dat lang geleden plaats vond?**" In dat hoofdstuk doet de auteur door middel van een stappenplan een voorstel voor de wijze waarop met aangiftes moet worden omgegaan. Bij zijn voorstellen is de auteur uitgegaan van het belang van de waarheidsvinding in de opsporing. In dat verband heeft hij het volgende opgemerkt:

"...Zaken die hoogstwaarschijnlijk niet tot een veroordelend vonnis zullen leiden, moeten zo vroeg mogelijk in het strafrechtelijk traject beëindigd worden. Dat is niet alleen een rechtstatelijk belang, maar dient ook het belang van de aangeefster, verdachten en andere betrokkenen. In veel gevallen kan men zich afvragen of het welzijn van de aangeefster gediend is met strafrechtelijk ingrijpen; maar zeker is dat niet met strafrecht dat nergens toe leidt. Voor aangeefsters is het opnieuw vertellen van traumatische herinneringen een traumatische ervaring op zichzelf. Voor verdachten grijpt een aanhouding voor seksueel misbruik diep in het leven in, ook als later sepot of vrijspraak volgt. Een aantal van de voorstellen lijkt op het eerste gezicht in strijd met het belang van het slachtoffer. Zo is het gebruikelijk om bij zedenaangiften uit te gaan van het verhaal van het slachtoffer en haar verhaal niet in twijfel te trekken. Doorvragen op tegenstrijdigheden lijkt daarmee in strijd, maar kan later in de procedure het slachtoffer veel ellende besparen..."

De hoofdstukken 9 en 10 van het rapport bevatten de conclusie en de aanbevelingen.

Deze luiden als volgt:

"...9. Conclusie

Strafzaken en civiele zaken waarin verdrongen herinneringen een rol spelen komen met een zekere regelmaat voor in Nederland, hoewel hun aantal niet groot is. Dergelijke zaken vergen echter wel een grote inspanning van politie en justitie. Tot nu toe hebben dergelijke zaken slechts in een enkel geval tot een veroordeling geleid, terwijl in alle andere gevallen de vervolging heeft geleid tot vrijspraak of al in een eerder stadium is gestrand. In vrijwel alle gevallen heeft de opeenvolging van beschuldiging, aangifte en het optreden van de politie zeer grote negatieve consequenties gehad voor aangeefster/ verdachten en andere betrokkenen.

De meeste zaken op basis van verdrongen herinneringen leiden niet tot een veroordeling door gebrek aan bewijs; in een aantal zaken bleek de beschuldiging evident vals. In theorie kan nooit geheel uitgesloten worden dat de verhalen van aangeefsters voor een deel op waarheid berusten en voor een deel gedrag van verdachten beschrijven dat strafwaardig is; in de praktijk kan echter geen onderscheid meer worden gemaakt tussen de pseudoherinneringen van de aangeefster en delen van haar verhaal die op feiten zijn gebaseerd. Bij verklaringen van aangeefsters die langdurig in therapie zijn geweest en zeggen hun herinnering aan het seksuele misbruik verdrongen te hebben, kan van meet af aan worden aangenomen dat achteraf feit en fictie niet meer gescheiden kunnen worden als niet onafhankelijk bewijsmateriaal voorhanden is.

Bij de opsporing in dergelijke zaken speelt het probleem dat het niet altijd bij voorbaat duidelijk is of verdrongen herinneringen een rol spelen, zelfs niet als een therapeut bij de aangifte betrokken is. Het stappenplan dat ik hierboven weergeef, is erop gericht om ervoor te zorgen dat zaken met verdrongen herinneringen zo spoedig mogelijk worden geïdentificeerd en zodanig worden behandeld dat indien zij niet tot een veroordeling leiden, zo weinig mogelijk schade aan alle betrokkenen wordt toegebracht.

De Wet Verlenging Verjaringstermijnen Zedenzaken maakt het mogelijk dat in therapieën die pseudoherinneringen induceren een strafrechtelijke of civielrechtelijke confrontatie als afsluiting gekozen wordt. Op die manier bevordert deze wet aangiftes en civiele vorderingen op basis van verdrongen herinneringen.

Tot slot, het lijkt erop dat de besproken vormen van therapie niet alleen problematisch zijn in het straf- en civiele recht, maar ook uitermate schadelijk voor de cliënt en haar relatie met de omgeving. Het verdient dan ook aanbeveling de betrokken beroepsverenigingen te verzoeken over het therapeutische effect van dit soort therapieën een standpunt in te nemen.

10. Aanbevelingen

Op grond van bovenstaande overwegingen, doe ik u de volgende aanbevelingen:

1. Een richtlijn aan opsporingsambtenaren uit te vaardigen volgens de lijnen zoals ik die hierboven in paragraaf 8 weergaf.
2. Opdracht te geven tot een evaluatie van de Wet Verlenging Verjaringstermijn Zedenzaken, 1994 (Stb. 529), waarbij de belangrijkste vraag zou moeten zijn in welke mate de Wet aangiftes bevordert die niet tot vervolging en veroordeling leiden.
3. De relevante beroepsorganisaties uit te nodigen zich uit te spreken over vormen van therapie die bevorderlijk zijn voor hervonden herinneringen..."

10. Rapport Nationale ombudsman 95/271

Op 18 juli 1995 bracht de Nationale ombudsman een rapport uit naar aanleiding van een verzoekschrift van de Nederlandse Vereniging van Hemofilie-Patiënten te Badhoevedorp (rapport 95/271).

In hoofdstuk II van de OVERWEGINGEN ging de Nationale ombudsman in algemene zin in op de rol van de overheid op het terrein van de volksgezondheid.

Hij overwoog in dat verband het volgende:

"...In het eerste lid van artikel 22 van de Grondwet is bepaald dat de overheid maatregelen treft ter bevordering van de volksgezondheid. Dit artikellid bevat daarmee een ruime opdracht aan de overheid, die door haar nader dient te worden ingevuld. Meer specifieke opdrachten aan de overheid zijn neergelegd in een aantal bijzondere wetten op het terrein van de volksgezondheid. Grondwet en bijzondere wetten op het terrein van de volksgezondheid bieden gezamenlijk een raamwerk waarbinnen de overheid aan haar rol op dit gebied inhoud dient te geven, en haar taken dient uit te voeren. Overigens heeft de betrokkenen minister een eigen verantwoordelijkheid wat betreft de totstandkoming van wetgeving op dit terrein.

Een en ander impliceert dat van de overheid mag worden verwacht dat zij de ontwikkelingen op het gebied van de volksgezondheid op de voet volgt, en dat zij waar nodig tijdig zelf optreedt. In dit verband moet worden onderkend dat de overheid geen directe bemoeienis heeft met de individuele medische behandeling van patiënten. De behandeling van patiënten is immers de verantwoordelijkheid van de betreffende behandelaren. In de regel zal de overheid zich er toe kunnen beperken de behandelpraktijk te volgen. Wanneer zich echter situaties voordoen waarin blijkt van problemen waarop de behandelaren (nog) geen passend antwoord hebben, kan dat voor de overheid, gezien haar in de Grondwet neergelegde opdracht, reden geven tot een meer actieve opstelling, ter daadwerkelijke bevordering van de volksgezondheid..."

11. Lijst met gebruikte afkortingen

BIG (Wet op de) beroepen in de individuele gezondheidszorg

DIS Dissociatieve Identiteits Stoornis

FMSF False Memory Syndrome Foundation (VS)

GGZ-N Geestelijke Gezondheidszorg Nederland

GIGV Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid

GVC Directie Geestelijke Gezondheidszorg, Verslavingsaangelegenheden en Consumentenbeleid van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (sinds

1996: Directie GVM)

GVM Directie Geestelijke Gezondheidszorg, Verslavingszorg en Maatschappelijke Opvang van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (tot 1996: Directie GVC)

IGZ Inspectie voor de Gezondheidszorg

MPS Meervoudig Persoonlijke Syndroom (of: Stoornis)

NIP Nederlands Instituut van Psychologen

NSCR Nederlands Studiecentrum Criminaliteit en Rechtshandhaving

NVAGG Nederlandse Vereniging voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg

NVvP Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie

Riagg Regionale instelling voor ambulante geestelijke gezondheidszorg

OM openbaar ministerie

OvK vereniging Ouders voor Kinderen

WFH Werkgroep Fictieve Herinneringen (verzoekster)

WOIH Werkgroep Onware Incest-Herinneringen

ZON ZorgOnderzoek Nederland

ZFR Ziekenfondsraad