

goede zorg. Wij maken een van onze duurste beroepsgroepen (de gedragswetenschappers) verantwoordelijk voor het aanwezig zijn in het hoofddossier van handtekeningen onder behandelplannen, aanvragen voor onderzoek, indicatieaanvragen, enzovoorts. Dit is tijdrovend, frustrerend en past niet bij het opleidingsniveau en de deskundigheid van deze beroepsgroep. Maar er zijn ook andere beroepsgroepen druk mee: medewerkers cliëntenbureau, groepsopvoeders en controleurs.

Ik citeer Gerrit Leene,⁴ directeur experiment Regelarme Zorg Philadelphia:

“Kom je als medewerker naast alle administratie nog wel voldoende aan de cliënt toe? En aan goede zorg? Allerlei instanties en onze eigen organisatie vragen ons protocollen te hanteren en lijsten aan te leveren met (steeds wisselende) informatie. De afgelopen jaren is de zorgsector steeds meer geprotocolleerd. Dit geldt voor zowel zorgorganisaties als zorgpersoneel. We halen de zekerheid over de kwaliteit van ons werk vaak uit het volgen van procedures. We vertrouwen steeds minder op onze eigen professionaliteit.”

Ik denk dat het anders kan en anders moet. Ik geloof met aan zekerheid grenzende waarschijnlijkheid dat we een win-winsituatie kunnen creëren. Andere instellingen zijn ons al voorgedaan zoals Philadelphia en Accare. Zij hebben met de instanties die onze kwaliteit toetsen nieuwe afspraken gemaakt.

Eerder geciteerd informed consent is een mogelijkheid die tijd en geld bespaart. Tijd die je zou kunnen stoppen in een morele gedragscode dat je als zorgaanbieder niets doet zonder informeren of instemming van de cliënt en/of zijn wettelijk vertegenwoordiger.

We moeten nagaan in welke mate strikt sturen op formele ondertekening van het zorg-/behandelplan van toegevoegde waarde is voor de cliënt. Een alternatief om betrokkenheid van de cliënt aan te tonen, is om de cliënt zelf

(indien mogelijk) een deel van het zorg-/behandelplan op te laten stellen. Een heldere zorgovereenkomst, in voor iedereen begrijpelijke taal, met daarin opgenomen zoveel mogelijk andere zaken die in- en/of toestemming vragen (bijvoorbeeld dat in het kader van de behandeling gegevens geanonimiseerd gebruikt kunnen worden voor onderzoek, wat de behandelingsdeling dan weer ten goede komt), zou kunnen volstaan, als we met cliënten en hun vertegenwoordigers maar blijven afstemmen over wat we (willen/kunnen) doen. Bovendien appelleert het aan het vertrouwen dat er tussen cliënt en zijn behandelaars dient te zijn. Ik geloof in chaining: als er van bovenaf en buitenaf geen vertrouwen is in hetgeen wat we doen, hoe kunnen we dan vertrouwen geven aan en krijgen van onze cliënten. Als een cliënt zich en/of zijn wettelijke vertegenwoordiger hun familielid/kind aan de zorgen van een AWBZ-instelling toevertrouwt, dienen wij alles in het werk te stellen om dit vertrouwen waard te zijn. Wij zullen voortdurend in overleg moeten zijn en moeten aftasten of wij dit vertrouwen niet beschamen. Handtekeningen garanderen dit niet.

Reacties: info@opvoedpraktijkwaalstroom.nl

85 Herstel de depressie in het cliëntenrecht

De rechtsbescherming van cliënten bij dwang in de zorg

Jolijn Santegoeds¹

De wetsvoorstellen Zorg en dwang en Verplichte ggz intensiveren het debat over dwang

¹ Jolijn Santegoeds is ervaringsdeskundige, www.mindrights.nl.

⁴ G. Leene, Brief aan de medewerkers van Philadelphia. Maart 2013.

in de zorg. Deze wetsvoorstellen berusten op verouderde uitgangspunten en zijn in strijd met het VN-verdrag inzake de rechten van personen met beperkingen en het verdrag tegen foltering en andere wrede, inhumane en vernederende behandeling of bestraffing.²

“Dit willen we niet in Nederland”

De vele politieke uitspraken sinds 1988, na het uitkomen van de onmenselijke leefsituatie van *Jolanda Venema*,³ blijken nog steeds niet waargemaakt. De laatste jaren kwamen vergelijkbare situaties in de media:

Brandon, de jongen die drie jaar vastgebonden zat aan de muur van een instelling, waarvan de Inspectie (IGZ) en de staatssecretaris zeiden: “De zorg aan Brandon voldoet aan de norm”,⁴

Wim, de man die na een dubbele dosis medicatie in eenzaamheid stikte in een isoleercel,⁵

Alex, de man die maandenlang naakt en verwaarloosd in een isoleercel zat,⁶

‘Roelie’, de vrouw die overleed door buitensporig ingrijpen van de verpleging bij NOVO en waarbij uiteindelijk ‘niemand’ verantwoordelijk gehouden werd voor haar dood,⁷

en ook *Lucas*, *Mick*, *Youp* en *Dexter*, en de wanhoop van hun ouders die geen goede zorg of ondersteuning kunnen vinden en deze uitzichtloze situatie werkelijk moe zijn.^{8,9}

Na de beroering rond de onmenselijke behandeling van Brandon leek de regering wederom

unaniem overtuigd van de noodzaak tot verandering: “Dit willen we niet in Nederland.”^{10,11}

Het kán anders

Het is aangetoond dat bij moeilijk hanteerbaar gedrag een zachte, persoonsgerichte benadering veel beter werkt dan de harde hand.^{12, 13, 14}

Er is een groeiend collectief besef dat geweld en machtsvertoon geen oplossing bieden voor problematisch gedrag.

Dwangreductie in de ggz

De inzichten met betrekking tot zorgkwaliteit zijn in de loop der jaren veranderd; de doelmatigheid, subsidiariteit en proportionaliteit van dwang als zorginterventie zijn achterhaald. Dwang is geen goede zorg, het kan anders. Echte zorg is aandacht voor herstel, de-escalatie en maatwerk. Dwang leidt tot meer strijd, angst, paniek, trauma’s en dus meer problemen. Dit voortschrijdend inzicht wordt ook door professionals in de zorg omarmd. Sinds 2006 heeft de overheid structureel geïnvesteerd in landelijke projecten voor het terugdringen van dwang in de ggz.^{15,16} In 2010 werd een intentie-

2 JGGZR 2012/112 (nr. 7-8), ‘Nederland als laatste van medisch model naar mensenrechtenmodel? Wetsvoorstel Verplichte ggz in internationaal perspectief’, Jolijn Santegoeds.

3 Jolanda Venema: www.geschiedenis24.nl/andere-tijden/afleveringen/2008-2009/Jolanda-Venema.html.

4 Brandon van Ingen: www.eo.nl/tv/devijfdedag/reportage-detail/vastgeketend-het-hoeft-niet/.

5 Wim Maljaars: www.hollanddoc.nl/kijk-luister/documentaire/b/de-beslissing-van-wim-maljaars.html.

6 Alex Oudman: www.youtube.com/watch?v=Vx8laZG3zR4.

7 ‘Roelie’: <http://nieuwsuur.nl/onderwerp/536854-nog-altijd-veel-mis-in-gehandicaptenzorg.html>.

8 Lucas en Mick: www.eo.nl/tv/devijfdedag/reportage-detail/alex-oudman-toen-en-nu-1/.

9 Youp en Dexter: www.eenvandaag.nl/gezondheid/42443/nog_steeds_geen_oplossing_dex_en_brandon_kinderen.

10 <http://nos.nl/video/212737-kamer-debatteert-over-vastgebonden-brandon.html>.

11 www.eo.nl/tv/devijfdedag/reportage-detail/alex-oudman-toen-en-nu-1/.

12 Hoe is het nu met Alex en anderen?: www.eo.nl/tv/devijfdedag/reportage-detail/alex-oudman-toen-en-nu-1/.

13 Sebastiaan, ‘Het kan ook anders’: www.youtube.com/watch?v=1O_qctGKbfs.

14 Centrum voor Consultatie en Expertise (CCE) www.cce.nl.

15 Projecten Dwang en Drang en Beleidsregels Dwang en Drang www.veiligezorgiederszorg.nl/scrivo/asset.php?id=886568.

16 Minder dwang, Speerpuntenoverzicht patiëntveiligheidsprogramma ggz, GGZ Nederland i.s.m. Ministerie van VWS: www.veiligezorgiederszorg.nl/speerpunten/dwang-en-drang.html.

verklaring voor dwangreductie ondertekend met alle betrokken veldpartijen in de ggz.¹⁷

Sinds 2013 investeert het ministerie van VWS in het pilotproject van het Eindhovens Model voor supported decision-making met behulp van Eigen Kracht-conferenties in en ter preventie van crisissituaties op het gebied van geestelijke volksgezondheid.¹⁸ Het Eindhovens Model is een potentieel alternatief voor dwangtoepassing in de zorg,¹⁹ waarbij mensen in hun eigen kring hun eigen plan kunnen maken. Door een focus op wenselijke ondersteuning kunnen crisissituaties worden voorkomen, waardoor dwangtoepassing niet aan de orde is.^{20, 21} Het Eindhovens Model is ontwikkeld door Stichting Mind Rights²² in samenwerking met de Eigen Kracht-Centrale²³.

Bescherming tegen geweld

Sinds 2007 geldt er een verbod op geweld bij opvoeden:²⁴ *In de verzorging en opvoeding van het kind passen de ouders geen geestelijk of lichamelijk geweld of enige andere vernederende behandeling toe.* Dit geldt voor ouders, maar ook voor andere primaire opvoeders.²⁵ Deze bepaling impliceert dat kinderen niet mogen

worden onderworpen aan dwangmaatregelen. Het is evident dat dwangmaatregelen belastend en beschadigend zijn en onder de definitie van geweld passen.²⁶ Geen enkele vorm van geweld is acceptabel. Alle burgers hebben het recht op fysieke en emotionele integriteit en bescherming tegen geweld.

Schril contrast

De voorgaande uitgangspunten worden niet gereflecteerd in de wetsvoorstellen Zorg en dwang, Verplichte ggz of de Jeugdwet. De voortzetting en uitbreiding van dwang in de zorg staat in schril contrast met andere ontwikkelingen in de samenleving, zoals de inspanningen voor dwangreductie in de ggz, de maatschappelijke weerstand tegen dwangtoepassing in de zorg, en het verbod op geweld bij opvoeden.

Rechteloos

Het argument dat specifieke wetgeving over dwang in de zorg een betere rechtspositie geeft aan kwetsbare mensen met een diagnose of beperking is onjuist. Wetsvoorstellen die dwang in de zorg mogelijk maken, het ontnemen van rechten faciliteren en het 'toestaan' om kwetsbare mensen op een ruwe wijze te behandelen vanwege een tekort aan goede zorg, druisen in tegen de huidige kennis, tegen sociale opvattingen en tegen actuele burgerrechten.

Dat is het tegenovergestelde van bescherming en zorg.

De zaken van Brandon en Roelie illustreren dat zelfs de meest afschuwelijke excessen van dwangtoepassing kunnen worden afgedaan als 'voldoen aan de norm' en niet als een crimineel feit. Dit illustreert een totaal gebrek aan rechtsbescherming, onder andere door de IGZ, de

17 www.rijksoverheid.nl/documenten-en-publicaties/convenanten/2011/01/31/intentieverklaring-preventie-dwang-in-de-ggz.html.

18 www.mindrights.nl/Het_Eindhovens_Model_versie2_oktober2010def.pdf.

19 www.eigen-kracht.nl/nl/artikel/verplichte-zorg-binnen-ggz-te-voorkomen.

20 Eigen Kracht-conferenties in de Openbare Geestelijke Gezondheidszorg. Een onderzoek naar proces en uitkomsten, Lectoraat OGGz Hanze Hogeschool Groningen, juli 2013 www.hanze.nl/NR/rdonlyres/2EB9A7A5-0A3E-406A-8ACE-F25AE762180D/0/EindrapportEigenKrachtconferentiesindeOGGzSchoutDeJongaugustus2013.pdf.

21 www.eigen-kracht.nl/nl/inhoud/onderzoeksresultaten.

22 www.mindrights.nl.

23 www.eigen-kracht.nl.

24 25 april 2007, art. 247, Boek 1 BW.

25 Factsheet opvoeden zonder geweld www.nji.nl/publicaties/FactsheetOpvoedenzondergeweld.pdf.

26 A/HRC/22/53 Mendez (2013) www.ohchr.org/Documents/HRBodies/HRCouncil/RegularSession/Session22/A.HRC.22.53_English.pdf.

staatssecretaris van VWS,²⁷ het rechtssysteem²⁸ (de OvJ, het hof en het OM) en de zorginstellingen.

Ervaringen van cliënten en naasten wijzen uit dat klachtenprocedures van instellingen vrij structureel niet tot gewenst resultaat leiden.²⁹ Ook blijken er nauwelijks advocaten te vinden die klachten rond dwangtoepassing, gedwongen opname of instellingsbeleid aannemen.³⁰ Het medisch tuchtrecht ligt eveneens al jarenlang onder vuur.³¹ Bij deze tuchtrechtzittingen blijven juristen vaak relatief op de achtergrond vanwege het medische jargon en de koppeling van recht aan diagnoses. Het cliëntenrecht is afhankelijk van ‘weging naar het eigen goed-dunken’ van de tuchtraadleden, en in de praktijk betekent dit doorgaans: toetsing aan de gedachten van een andere beroepsbeoefenaar met exact hetzelfde beroep. Dit riekt naar ambtsbescherming.³²

In de praktijk zijn cliënten doorgaans rechteloos; er is geen bescherming van de persoon, geen toegang tot rechtspraak, beschadigende praktijken zijn ‘toegestaan’, ‘voldoen aan de norm’ en worden op grote schaal gefaciliteerd door de huidige wetgeving. Succesvol klagen over een behandeling is vrijwel onmogelijk. De rechtsbescherming van cliënten is een illusie, zowel onder de huidige Wet Bopz alsook nagevoeg onveranderd onder de wetsvoorstellen Zorg en dwang, of Verplichte ggz.

27 www.nrc.nl/nieuws/2011/01/19/kabinet-verdedigt-behandeling-brandon/.

28 <http://nieuwsuur.nl/onderwerp/536854-nog-altijd-veel-mis-in-gehandicaptenzorg.html>.

29 Bron: Stichting Mind Rights www.mindrights.nl.

30 <http://tekeertegendeisoleer.wordpress.com/2012/10/01/noodklok-waar-is-de-advocaat-voor-ex-clienten/>.

31 http://pers.kro.nl/programmas/brandpunt_reporter/brandpunt_reporter_voorzitter_medisch_tuchtcollege_wil_positie_klager_versterken.

32 www.trouw.nl/tr/nl/4324/Nieuws/article/detail/1502477/2006/12/11/Medisch-tuchtcollege-Geen-optimale-kwaliteit.dhtml.

Alleen de media lijken enige bescherming te bieden aan cliënten. Na de media-aandacht voor Brandon, Alex en destijds Jolanda, verbeterde hun situatie. Zelfs wanneer het systeem van zorgverleners voorheen vasthield aan het argument dat er niets anders mogelijk was dan extreme dwangtoepassing, werd meermaals aangetoond dat dwang onnodig is wanneer er zorgzame inspanningen worden geleverd.

Depressie in het cliëntenrecht

De ontwikkeling van de rechtspositie van cliënten heeft decennialang grotendeels stilgestaan, mogelijk mede doordat de rol van juristen op verschillende momenten in de geschiedenis – wellicht onbedoeld – gemarginaliseerd werd.

In de vorige eeuw werden de rechten van cliënten gekoppeld aan diagnose. In 1979, met de zaak *Winterwerp v. the Netherlands*³³ oordeelde het Europees Hof voor de Rechten van de Mens (EHRM) dat een diagnose nodig was voor plaatsing in een instelling, en dat een persoon niet zonder diagnose gedwongen mag worden opgenomen. De zeggenschap over vrijheidsbeperking kwam daarmee voor een groot deel bij psychiaters te liggen: juristen zijn immers geen expert op het gebied van diagnoses.

In 1991 kwamen er richtlijnen van de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO), de zogeheten *Principles for the protection of persons with mental illness and the improvement of mental health care* (MI-principles),³⁴ met daarin een procedure waarbij dwangbehandeling werd toegestaan op basis van “gevaarlijk gedrag voor zichzelf of anderen, voortvloeiend uit een stoornis van de geestvermogens” (bekend als het gevaars-

33 Uitspraak EHRM: *Winterwerp v. Netherlands* <http://hudoc.echr.coe.int/sites/eng/pages/search.aspx?i=001-57597>.

34 WHO- Ten basic principles for the protection of persons with mental illness and improvement of mental health care www.who.int/mental_health/policy/en/UN_Resolution_on_protection_of_persons_with_mental_illness.pdf.

criterium). Ook in deze constructie werd de jurist op enige afstand gehouden door de koppeling van rechten aan diagnoses.

Herstel van cliëntenrechten

In de huidige eeuw is er een internationale cultuuromslag. Het VN-verdrag inzake de rechten van personen met beperkingen³⁵ is de leidende internationale mensenrechtenstandaard sinds 2008 en vervangt de MI-principles.³⁶ Dwang is niet meer toegestaan onder de noemer zorg, ook niet op grond van een diagnose, of gedeeltelijk op grond van een diagnose.³⁷ De koppe-

ling tussen recht en diagnose is losgelaten. In 2013 is het absolute verbod op dwangtoepassing in de zorg ook expliciet benadrukt door de Special Rapporteur on Torture.³⁸

35 UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities (CRPD) www.un.org/disabilities

36 A/63/175 www.un.org/disabilities/images/A.63.175.doc. Torture and other cruel, inhuman or degrading treatment or punishment - Note by the Secretary-General. Point 44. The Special Rapporteur notes that in relation to persons with disabilities, the Convention on the Rights of Persons with Disabilities complements other human rights instruments on the prohibition of torture and ill-treatment by providing further authoritative guidance. For instance, article 3 of the Convention proclaims the principle of respect for the individual autonomy of persons with disabilities and the freedom to make their own choices. Further, article 12 recognizes their equal right to enjoy legal capacity in all areas of life, such as deciding where to live and whether to accept medical treatment. In addition, article 25 recognizes that medical care of persons with disabilities must be based on their free and informed consent. Thus, in the case of earlier non-binding standards, such as the 1991 Principles for the Protection of Persons with Mental Illness and for the Improvement of Mental Health Care (resolution 46/119, annex), known as the MI Principles, the Special Rapporteur notes that the acceptance of involuntary treatment and involuntary confinement runs counter to the provisions of the Convention on the Rights of Persons with Disabilities.

37 OHCHR A/HRC/10/48 <http://www2.ohchr.org/english/bodies/hrcouncil/docs/10session/A.HRC.10.48.pdf>.

Chapter 5. Right to liberty and security of the person

Point 48. A particular challenge in the context of promoting and protecting the right to liberty and security of persons with disabilities is the legislation and practice related to health care and more specifically to institutionalization without the free and informed consent of the person concerned (also often referred to as involuntary or compulsory institutionalization).

Prior to the entrance into force of the Convention, the existence of a mental disability represented a lawful ground for deprivation of liberty and detention under international human rights law.⁽⁴²⁾ The Convention radically departs from this approach by forbidding deprivation of liberty based on the existence of any disability, including mental or intellectual, as discriminatory. Article 14, paragraph 1 (b), of the Convention unambiguously states that “the existence of a disability shall in no case justify a deprivation of liberty”. Proposals made during the drafting of the Convention to limit the prohibition of detention to cases “solely” determined by disability were rejected.⁽⁴³⁾ As a result, unlawful detention encompasses situations where the deprivation of liberty is grounded in the combination between a mental or intellectual disability and other elements such as dangerousness, or care and treatment. Since such measures are partly justified by the person’s disability, they are to be considered discriminatory and in violation of the prohibition of deprivation of liberty on the grounds of disability, and the right to liberty on an equal basis with others prescribed by article 14.

Point 49. Legislation authorizing the institutionalization of persons with disabilities on the grounds of their disability without their free and informed consent must be abolished. This must include the repeal of provisions authorizing institutionalization of persons with disabilities for their care and treatment without their free and informed consent, as well as provisions authorizing the preventive detention of persons with disabilities on grounds such as the likelihood of them posing a danger to themselves or others, in all cases in which such grounds of care, treatment and public security are linked in legislation to an apparent or diagnosed mental illness. This should not be interpreted to say that persons with disabilities cannot be lawfully subject to detention for care and treatment or to preventive detention, but that the legal grounds upon which restriction of liberty is determined must be de-linked from the disability and neutrally defined so as to apply to all persons on an equal basis.

38 A/HRC/22/53 Mendez (2013), www.ohchr.org/Documents/HRBodies/HRCouncil/RegularSession/Session22/A.HRC.22.53_English.pdf.

Aan het EHRM vormen de zaken *Shtukaturov v. Russia* (2008) en *Stanev v. Bulgaria* (2012) belangrijke bescheiden mijlpalen in deze cultuuromslag.³⁹

Het EHRM veroordeelde in de zaak *Shtukaturov v. Russia*⁴⁰ de afwezigheid van contact met de cliënt in kwestie bij wettelijke vertegenwoordiging en plaatsing in een instelling en noemde de vertegenwoordiging een “zeer serieuze schending van het recht op privacy” (art. 8 EVRM). Het EHRM stelde dat een diagnose niet de enige grond mag zijn voor het ontnemen van zeggenschap en dat de ontneming van zeggenschap geen grond is voor vrijheidsbeneming.

*Stanev v. Bulgaria*⁴¹ is de eerste zaak waarbij het EHRM heeft geoordeeld dat een persoon die wetmatig gedwongen opgenomen is in een gesloten (verblijfs)instelling onrechtmatig van zijn vrijheid is beroofd onder artikel 5.1 EVRM.⁴² Wetmatige gedwongen opname kan dus vrijheidsberoving zijn. Het EHRM stelde dat wettelijke vertegenwoordiging niet betekent dat de persoon niet in staat is om toestemming te verlenen. Een zorgbehoefte rechtvaardigt geen vrijheidsbeperking en de persoon dient zoveel mogelijk vrijheid te genieten, wat betekent dat services maximaal moeten aansluiten bij de wensen van de cliënt. Als er geen instemming is, dan is de zaak verdacht van vrijheidsberoving. Beide uitspraken laten de absolute koppeling tussen diagnoses en rechten los. Nu er vanuit een mensenrechtenperspectief gehandeld dient te worden, is er ook ruimte

voor juristen om voor de rechten van cliënten op te komen.

Veranderingen

Het VN-verdrag inzake de rechten van personen met beperkingen (CRPD) erkent dat het hebben van een diagnose of beperking geen grond mag zijn voor beperking van rechten. Iedereen is in de eerste plaats mens. Personen met beperkingen zijn een zeer diverse groep. Sommigen hebben zeer intensieve zorg nodig en anderen slechts enkele voorzieningen ter accommodatie of om niet gediscrimineerd te worden. Het CRPD heeft een kader gesteld dat geen verschil maakt tussen mensen, ook niet op basis van zorgbehoefte. *CRPD-preamble (j)* erkent de noodzaak tot bevorderen en beschermen van de mensenrechten van alle personen met beperkingen, inclusief zij die meer intensieve zorg nodig hebben. De *Concluding Observations van het CRPD-committee*⁴³ bevatten uitspraken tegen institutionalisering en tegen

43 CRPD Concluding Observations: www.ohchr.org/EN/HRBodies/CRPD/Pages/Sessions.aspx
 CRPD Concluding Observations on Austria, 27 t/m 33 en 36 t/m 39 www.ohchr.org/EN/HRBodies/CRPD/Pages/Session10.aspx
 CRPD Concluding Observations on Paraguay, 29 t/m 38 en 47 t/m 50 www.ohchr.org/EN/HRBodies/CRPD/Pages/Session9.aspx
 CRPD Concluding Observations on Tunisia, 22 t/m 25, en 28,29 www.ohchr.org/EN/HRBodies/CRPD/Pages/Session5.aspx
 CRPD Concluding Observations on Spain, 33 t/m 36 en 39,40 www.ohchr.org/EN/HRBodies/CRPD/Pages/Session6.aspx
 CRPD Concluding Observations on Peru, 24,25, 28 t/m 33 www.ohchr.org/EN/HRBodies/CRPD/Pages/Session7.aspx
 CRPD Concluding Observations on Argentina, 19,20,23,24, 35,36 www.ohchr.org/EN/HRBodies/CRPD/Pages/Session8.aspx
 CRPD Concluding Observations on China, 21,22, 25,26 www.ohchr.org/EN/HRBodies/CRPD/Pages/Session8.aspx
 CRPD Concluding Observations on Hungary, 25 t/m 28 en 33,34,35 www.ohchr.org/EN/HRBodies/CRPD/Pages/Session8.aspx

39 Artikel: *Stanev v. Bulgaria*: On the Pathway to Freedom, O. Lewis: www.wcl.american.edu/hrbrief/19/2lewis.pdf.

40 Uitspraak EHRM: *Shtukaturov v. Russia*, 44009/05, 27 maart 2008: <http://hudoc.echr.coe.int/sites/eng/pages/search.aspx?i=001-85611>.

41 Uitspraak EHRM: *Stanev v. Bulgaria*, 36760/06, 17 januari 2012: <http://hudoc.echr.coe.int/sites/eng/pages/search.aspx?i=001-108690>.

42 www.mdac.info/en/17/01/2012/Europe_s_highest_human_rights_court_issues_landmark_disability_rights_ruling.

wilsvertegenwoordiging, en benadrukken de vereiste om de benodigde ondersteunende services voor personen met een zorgvraag te realiseren in de samenleving. Het gaat om inclusie. De Mensenrechtencommissaris van de Raad van Europa, Thomas Hammarberg, verwoordde deze missie in 2009 als volgt:

“We should remember that there is a great difference between taking away the right to take decisions about one’s life and to provide access to support’. The first views people with disabilities as ‘objects’ of treatment, charity and fear. The second places the person with disabilities at the centre of decision-making and views them as ‘subjects’ entitled to the full range of human rights.”⁴⁴

Inmiddels is het VN-verdrag door 25 van de 28 Europese lidstaten geratificeerd⁴⁵ en ook door de Europese Unie. In de landen om ons heen is de vernieuwing al bezig. De Nederlandse ratificatie van het VN-verdrag inzake de rechten van personen met beperkingen staat gepland op 1 juli 2015. Nederland behoort inmiddels tot de achterhoede bij de invoering van dit mensenrechtenverdrag.

Het *Committee Against Torture* heeft haar zorgen geuit over de dwangtoepassingen in de zorg in Nederland.⁴⁶ In mei 2014 zal de Nederland-

se Staat zich opnieuw moeten verantwoorden aan dit comité in een follow-upcontact.

Cultuuromslag? Zorginnovatie of middeleeuws?

In het wetsvoorstel Zorg en dwang wordt vastbinden (dwang) in de thuissituatie ironisch genoeg benoemd als “minder belastend dan in een instelling”. Deze opvatting is reeds lang geleden achterhaald: de hele zorgsector is feitelijk opgericht om het vastbinden, opsluiten en andere wanhooppraktijken in de thuissituatie tegen te gaan vanuit het perspectief van menselijkheid. Dwang in de thuissituatie is geen vernieuwing; het is de meest primitieve praktijk ter wereld! Het opheffen van het tekort aan zorg en ondersteuning in de thuissituatie^{47, 48} zou veel innovatiever en strategischer zijn.⁴⁹

Recht op zorg en accommodatie als burger

Vanuit de beginselen van gelijkwaardigheid en inclusie, stellen het CRPD en andere mensenrechtenverdragen dat er voorzien moet worden in ‘redelijke accommodatie’. Redelijke accommodatie dient geïnterpreteerd te worden als ‘accommodatie’, wat gelijkwaardigheid (non-exclusief) en de verplichte realisatie benadrukt. Het voorzien in accommodatie dient een redelijke en geen buitensporige last te vormen, wat betekent dat dit niet ten koste hoeft te gaan van de services aan andere personen, maar in balans

44 Thomas Hammarberg, Council of Europe’s Commissioner on Human Rights 2006-2012: *Persons with mental disabilities should be assisted but not deprived of their individual human rights*: www.coe.int/t/commissioner/viewpoints/090921_EN.asp?

45 UN enable, list of ratifications of CRPD, www.un.org/disabilities/countries.asp?navid=12&pid=166.

46 CAT/C/NLD/CO/5-6 para 21. *The Committee is concerned at the high numbers of persons with mental and psychosocial disabilities who are held in mental health care institutions on involuntary basis, often for a lengthy period of time. The Committee is further concerned at the frequent use of solitary confinement, restraints and forced medication which may amount to inhumane and degrading treatment. Taking into account the information received during the consideration of the report on plans regarding mental health care, the Committee*

remains concerned at the lack of focus on alternatives to hospitalization of persons with mental and psychosocial disabilities. Finally, the Committee is concerned about the frequent lack of effective and impartial investigation of the excessive use of restrictive measures in mental health care institutions (arts. 2, 11, 13 and 16).

47 www.eo.nl/tv/devijfidedag/reportage-detail/alex-oudman-toen-en-nu-1/.

48 www.eenvandaag.nl/gezondheid/42443/nog_steeds_geen_oplossing_dex_en_brandon_kinderen.

49 Onderzoeksrapport Inclusion International: *Inclusive Communities = Stronger Communities* - Global Report on Article 19: The right to live and be included in the community, <http://inclusion-international.org/wp-content/uploads/2010/05/Global-Report-Living-Colour-dr2-2.pdf>.

dient te zijn (NB: institutionalisering is doorgaans duurder dan ambulante zorg, en bijvoorbeeld speciale scholen zijn duurder dan aanvullende hulpmiddelen op reguliere scholen). Inclusie gaat dus voornamelijk om een herverdeling van bestaand budget. De politiek-civiele rechten zijn niet onderhevig aan progressieve realisatie, omdat zij gebaseerd zijn op gelijkheid en non-discriminatie. Het voorzien in adequate, acute zorg is een verplichting onder het recht op zorg.

De zaak *Olmstead v. L.C.* (United States, 1999)⁵⁰ stelt dat het verlies van rechten in de geestelijke gezondheidszorg ongelijke behandeling is vergeleken met anderen. Daarbij waren er twee prominente bevindingen: 1. Institutionalisering is gebaseerd op de veronderstelling dat een persoon niet in staat is of onwaardig is om in de samenleving te leven, en dat is ongelijke behandeling. 2. De persoon moest alle vrijheid opgeven om geestelijke gezondheidszorg te ontvangen, wat een ongelijke behandeling is vergeleken met de medische zorg. Door 'accommodatie' had deze vrijheidsbeperking voorkomen kunnen worden. De zaak *Olmstead v. L.C.* bekrachtigt dat segregatie discriminatie is, en dat zorg en ondersteuning op de meest geïntegreerde manier moeten worden aangeboden.

In de zaak van *H.L. v. United Kingdom* (2005)⁵¹ oordeelde het EHRM dat de informele (niet-onvrijwillige) opname in een psychiatrisch ziekenhuis van een afhankelijke, niet-protesterende volwassene (GBGB: geen bereidheid/geen bezwaar) in tegenspraak was met artikel 5 van het EVRM. Als verweer werd gepleit "dat er geen sprake was van detentie", maar dat was niet van centraal belang onder artikel 5 van het EVRM. Het EHRM vond de opname van passieve volwassenen, die de facto gevangen waren

(niet weg konden) "niet in overeenstemming met een procedure voorgeschreven bij wet", maar arbitraire detentie en niet rechtmatig onder artikel 5 EVRM. Dus ook een opname zonder daadwerkelijke dwangtoepassing kan vrijheidsbeperking zijn, zeker in het licht van de zaak *Olmstead v. L.C.*

Beide zaken, *Olmstead v. L.C.* en *H.L. v. UK*, illustreren dat alternatieven voor institutionalisering in de vorm van maatschappelijke ondersteuning in de samenleving (*community based treatment*) beschikbaar dienen te zijn.

Ondanks alle voortschrijdende kennis en de vele ontwikkelingen om ons heen is dwangtoepassing en verwaarlozing in de zorg in Nederland nog steeds een dagelijkse praktijk. Met bijna 140 bedden per 100.000 inwoners staat Nederland wat betreft het aantal personen in instellingen op nummer 2 in Europa.⁵² 64 procent van de instellingen in de verstandelijk gehandicaptenzorg in Nederland voldoet niet aan de minimumnormen van de IGZ en 57 procent gaat slordig om met vrijheidsbepalende maatregelen.⁵³ Plaatsing/verblijf in een instelling die niet aan de normen voldoet, kan geen rechtsbescherming genoemd worden. Dat is verwaarlozing en zelfs beschadiging. Het risico op exploitatie, geweld en misbruik is in instellingen het hoogst.^{54,55} Onderzoek toont

52 Trimboos-instituut: GGZ-bedden in Europa per 100.000 inwoners www.ggzbreburg.nl/~media/Files/Publicaties/RvB2/Bedden%20tellen%20-%20Presentatie%20RvB2%20-%20Zweist%20-%20207%20november%202012.ashx.

53 <http://nieuwsuur.nl/onderwerp/537036-resultaten-eigen-onderzoek-nieuwsuur.html>.

54 Raad van Europa: *There is now ample evidence of increased risks of exploitation, violence and abuse as a result of living in an institution. Institutions are places where "unspeakable indignities" are more likely to happen than in community settings. As the former UN Special Rapporteur on Torture pointed out in 2008: Persons with disabilities are often segregated from society in institutions, including prisons, social care centres, orphanages and mental health institutions. They are deprived of*

50 *Olmstead v. L.C.*, 527 U.S. 581 (1999), http://en.wikipedia.org/wiki/Olmstead_v._L.C.

51 *H.L. v. U.K.* (45508/99) (2005) <http://hudoc.echr.coe.int/sites/eng/pages/search.aspx?i=001-66757>.

aan dat kinderen in een jeugdzorginstelling twee keer zoveel risico lopen om misbruikt te worden als kinderen die thuis opgroeien. Voor kinderen met een verstandelijke beperking is dat risico drie keer zo groot.⁵⁶ Recht op bescherming betekent recht op veiligheid. Instellingen zijn niet de veiligste plek.

Bewijslast

Een rechtvaardige beslissing dient te geschieden op basis van bewijzen. De bewijslast inzake dwangtoepassing – het aantonen dat er een stoornis en gevaar is, en een koppeling daartussen, en het aantonen dat dwangtoepassing de beste optie is – ligt logischerwijs bij de verzoevende partij. Het is onwaarschijnlijk dat dergelijke bewijzen bestaan.

In de psychiatrische diagnostiek zijn er geen bewijzen voor het bestaan van stoornissen. Elke paar jaar komen toppsychiaters bijeen om de DSM (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) op te stellen. Dat gebeurt door stemming over de criteria die gebruikt zullen worden om stoornissen te definiëren. Er zijn meermaals theorieën aangenomen die later weer ingetrokken, vervangen of gewijzigd zijn. In de psychiatrische diagnostiek bestaan trends, vanwege het subjectieve stemgedrag inzake stoornissen. De psychiatrische diagnostiek

their liberty for long periods of time including what may amount to a lifelong experience, either against their will or without their free and informed consent. Inside these institutions, persons with disabilities are frequently subjected to unspeakable indignities, neglect, severe forms of restraint and seclusion, as well as physical, mental and sexual violence. The lack of reasonable accommodation in detention facilities may increase the risk of exposure to neglect, violence, abuse, torture and ill-treatment.
<https://wcd.coe.int/ViewDoc.jsp?id=1917847>.

55 Manfred Nowak, Interim report of the Special Rapporteur on torture and other cruel, inhuman or degrading treatment or punishment, A/63/175, 28 July 2008, para. 38.

56 Conclusie van de commissie-Samson in 2012: <http://nos.nl/artikel/426206-toezicht-jeugdzorg-schoottekort.html>.

kent geen objectief wetenschappelijk kader of fundament, en kan dus ook geen objectieve grond vormen voor vrijheidsbeperking. Al in 1973 weerlegde de Rosehan study (*On being sane in insane places*) de concepten van 'gek zijn' en 'gezond zijn'.

De gevaarcomponent kan men eveneens niet bewijzen. Men kan immers niet in de toekomst kijken. Door de focus op gevaar verliest men meestal de zorg uit het oog. De associatie met gevaar bekrachtigt stigma: 97 procent van de ggz-cliënten komt nooit in aanraking met justitie.⁵⁷ Het is bovenal de vraag of gevaar kan worden voorspeld. Gemiddeld scoort een derde of twee derde vals-positief in risicotaxaties en wordt nooit gevaarlijk. Voorspellingen gebaseerd op checklists en statistieken zijn discriminerend: de hoogste cijfers worden gevonden bij jonge, arme mannen met een andere afkomst, maar collectieve preventieve opsluiting is uiteraard geen optie. Statistiek kan men niet toepassen op een individu.

Opvattingen over gevaar en stoornis kunnen per persoon verschillen. Het besluit over gedwongen behandeling wordt daardoor subjectief en daarmee is gedwongen interventie een soort loterij.

In 2012 heeft het EHRM meerdere uitspraken gedaan die dwangtoepassing in de zorg veroorzaken. In de zaak *Bureš v. Czech Republic* (2012)⁵⁸ oordeelde het Hof dat zowel de toepassing van fysieke dwangmaatregelen, als het nalaten van de staat om maatregelen te treffen ter preventie van marteling en vernederende behandeling (*torture and ill-treatment*) een schending

57 GGZ Nederland Meerjarenvisie 2013-2020, p. 14, www.ggz nederland.nl/nieuws-los/2013-396-meerjarenvisie-ggz.pdf.

58 *Bureš v. Czech Republic* 37679/08 (2013), <http://hudoc.echr.coe.int/sites/eng/pages/search.aspx?i=001-113812>.

59 www.mdac.info/en/19/10/2012/european-court-finds-use-restraints-constitutes-inhuman-and-degrading-treatment.

is van artikel 3 EVRM. Het Hof stelde dat louter rusteloosheid geen rechtvaardiging vormt om een persoon ten minste twee uur aan een bed te fixeren, en dat er geen alternatieven zijn geprobeerd: fixatie was routine. Mede vanwege het verweer “dat er geen sprake was van een wetsovertreding” en daarmee het stopleggen van gerechtelijk onderzoek werd 20.000 euro compensatie toegekend aan mr. Bureš vanwege de schending van zijn rechten en de psychologische en fysieke pijn die hij heeft geleden.

In de zaak *Plesó v. Hungary* (2 oktober 2012)⁶⁰,⁶¹ besloot het EHRM dat gedwongen opname, waarbij niet is aangetoond dat de persoon gevaarlijk is voor zichzelf of anderen, in strijd is met artikel 5 EVRM, en er werd 10.000 euro compensatie toegekend. Het EHRM stelde dat enkel een diagnose geen grond mag vormen voor gedwongen opname, en dat personen met beperkingen in staat gesteld dienen te worden om eigen beslissingen te nemen over hun behandeling, net als ieder ander. Het EHRM stelde dat het weigeren van opname of medische behandeling behoort bij iemands ‘recht om ziek te zijn’ (*‘the right to be ill’*).

Ook *Sykora v. Czech Republic* (22 november 2012)⁶²⁶³ werd in het gelijk gesteld door het EHRM op basis van artikel 5 en 8 EVRM, waarbij compensatie van 20.000 euro werd toegekend vanwege schadelijke dwangmedicatie, gedwongen opname van 20 dagen (arbitraire detentie), de ontneming van zeggenschap, en het negeren van het verzet en de keuze van de persoon.

De zaken *Bureš v. Czech Republic*, *Plesó v. Hungary* en *Sykora v. Czech Republic* illustreren dat er aan het Europees Hof voor de Rechten van de Mens een visieverschuiving plaatsvindt waarbij dwangtoepassing in de zorg steeds vaker wordt geïdentificeerd en erkenning krijgt als zijnde schending van de mensenrechten.

Stigma en depersonalisatie

Het taalgebruik om personen met psychosociale en/of intellectuele beperkingen te beschrijven bevat van oudsher vele denigrerende woorden. Maar de woorden zijn niet het probleem (die veranderen door de tijd heen sowieso). Het is hoofdzakelijk de houding van personen die resulteert in segregatie.

Binnen justitie geldt het zogeheten Blackstone-principe: ‘Beter tien schuldigen vrij, dan één onschuldige in de cel’. In de Nederlandse geestelijke gezondheidszorg wordt dit principe niet toegepast. Zelfs integendeel: vaak neigt men ernaar om voor detentie te kiezen op grond van een verkeerd beeld van ‘bescherming’. Het feit dat in de ggz detentie boven vrijlating wordt verkozen, illustreert dat men cliënten niet (h) erkent als personen, wat een zeer zware mensenrechtenschending is.

De depersonalisatie van mensen met beperkingen wordt aangeduid met de Engelse termen ‘*sanism*’ of ‘*ablism*’, wat inhoudt: overmatig focussen op (on)gezondheid (parallel aan racisme en seksisme). Er zijn veel vooroordelen over psychiatrische diagnoses, zoals gevaarlijkheid. Veel juristen zijn bevooroordeeld en zijn geneigd om de ggz-sector over te laten aan de ggz-professionals: zij denken dat bepaalde dingen wel goed zijn voor cliënten, terwijl die niet goed zijn voor anderen (zoals vastbinden, opsluiten, ongewenst drogeren, verplicht steriliseren enzovoort, onder de noemer zorg).

60 *Plesó v. Hungary* 41242/08 (2012), <http://hudoc.echr.coe.int/sites/eng/pages/search.aspx?i=001-113293>.

61 www.law.harvard.edu/news/2012/11/15_disability-rights-echr-hpod-assoc-fiala-burtora.html.

62 *Sykora v. Czech Republic* 23419/07 (2012), <http://hudoc.echr.coe.int/sites/eng/pages/search.aspx?i=001-113293>.

63 www.mdac.info/en/22/11/12/kafka-story-line-european-court-human-rights.

Toekomst

De wetsvoorstellen over dwang in de zorg beogen een ‘cultuuromslag’ in de zorg, echter deze wetsvoorstellen impliceren een visie die gestoeld is op achterhaalde beeldvorming uit de vorige eeuw. Deze wetsvoorstellen staan in schril contrast met de internationale tijdsgesest, en zijn niet toekomstbestendig.⁶⁴ Uiteindelijk wordt niemand beter van dwangtoepassing. De energie kan beter besteed worden aan wetten die echte zorg regelen en geen primitieve praktijken meer toelaten. Echte zorg is een investering in iemands bestaan (geen dwang). Er is behoefte aan wetgeving die het recht op zorg en bescherming van de persoon regelt, en het recht op vrijwaring van dwang in de zorg.⁶⁵

Er is nog een wereld te winnen in de sector van het cliëntenrecht in Nederland.

64 1 juli 2015: ratificatie VN-verdrag inzake de rechten van personen met beperkingen.

65 A/HRC/22/53 Mendez (2013) Torture and ill-treatment in health care settings, www.ohchr.org/Documents/HRBodies/HRCouncil/RegularSession/Session22/A.HRC.22.53_English.pdf.

86 Uit de cel naar het psychiatrisch ziekenhuis

Els Noorlander¹

Bij justitiabelen komt veel psychopathologie voor. Het klinkt logisch dat als die niet behandeld wordt dat nadelig kan zijn voor de komende resocialisatie, dus is behandelen aan de orde. Dat kan bij lichtere psychopathologie (angst-stoornis, de meeststemmingsstoornissen

tijdens detentie. Maar het kan de moeite lonen om mensen via een justitiekanaal behandelafdelingen binnen de ggz binnen te loodsen. Daartoe zijn nu reeds vele mogelijkheden in de diverse fasen van het strafproces. Om er wat te noemen: bijzondere voorwaarde bij schorsing van voorlopige hechtenis (art. 80 Sv), artikel 37 Sr, bijzondere voorwaarde bij opleggen van voorwaardelijk gevangenisstraf (art. 14c Sr), de ISD-maatregel, en tijdens detentie nog artikel 43 Pbw en artikel 15 Pbw. Nog afgezien van de tbs-mogelijkheden.

De nieuwe Wet forensische zorg zal deze mogelijkheden nog verder verruimen, en met name geldt dat voor artikel 37, plaatsing in een psychiatriesch ziekenhuis, als ontoerekeningsvatbaarheid niet langer een voorwaarde zal zijn. Dit klinkt mooi, maar wat zijn hierbij de gevolgen voor de psychiatrische ziekenhuizen? Hiermee is ervaring opgedaan, namelijk met patiënten die zich binnen het justitiesysteem bevonden, wier vrijheidsstraf of strafrechtelijke maatregel ten einde liep en voor wie op de valreep van vrijlating nog een Bopz-maatregel werd verkregen. Vanaf dat moment is justitie niet meer verantwoordelijk, maar wel het ziekenhuis dat in die regio opnameplicht voor de Bopz heeft, en de patiënt wordt daar dan ook onverwijld heen vervoerd. Hierbij speelt de gedachte bij justitie dat een gesloten afdeling binnen een psychiatrisch ziekenhuis ook de zorg en beveiliging kan bieden die nodig is. De Bopz-rechter denkt dat kennelijk ook. Een gedachte die op zijn minst van een aantal onjuiste stellingen uitgaat, met ingewikkelde gevolgen.

De aard van het ziektebeeld

Een belangrijke factor is dat er globaal twee soorten psychiatrische ziektebeelden bestaan: psychiatrische ziektebeelden (As I van de DSM) persoonlijkheidsstoornissen (As II van de DSM-IV). Een derde groep vormen nog de verslavingen (die kenmerken van As I en As II vertonen). De kernopdracht van het psychiatrisch ziekenhuis wordt gevormd door de ern-

¹ E.A. Noorlander is psychiater bij Delta Psychiatrisch Centrum (onderdeel van Antegroep), Poortugaal.