



## Reactie van Stichting Mind Rights op de Tweede Nota van Wijziging van Wetsvoorstel Verplichte GGZ

### WVGGZ: “Wij Verdienen Geen Goede Zorg”?? Een omslag is noodzakelijk

Eindhoven, 8 juli 2014

Auteur: Ing. J.C. Santegoeds, [tekeertegendeisoleer@hotmail.com](mailto:tekeertegendeisoleer@hotmail.com)

voorzitter Stichting Mind Rights / oprichter Actiegroep Tekeer tegen de isoleer! [www.mindrightrights.nl](http://www.mindrightrights.nl)

Aan: Margré Jongeling/ team verplichte ggz, Ministerie van VWS / Ministerie van V&J

Betreft: Reactie van Stichting Mind Rights op de Tweede Nota van Wijziging van Wetsvoorstel Verplichte GGZ

Beste Margré Jongeling/ team verplichte ggz,

In reactie op de Tweede Nota van Wijziging van Wetsvoorstel Verplichte GGZ laat Stichting Mind Rights weten geen verbetering te zien in de voorgestelde wijzigingen in de Tweede Nota van Wijziging van Wetsvoorstel Verplichte GGZ d.d. 26 juni 2014.

**Stichting Mind Rights blijft onoverkomelijke fundamentele bezwaren houden mbt alle hoofdstukken, paragrafen en artikelen van het concept gewijzigde wetsvoorstel Verplichte GGZ d.d. 26 juni 2014, met uitzondering van het beginsel in artikel 5.7 (het recht om een eigen plan te maken).** Alle overige artikelen van WVGGZ zijn gebaseerd op achterhaalde uitgangspunten, zoals bijvoorbeeld de gewijzigde terminologie van artikel 1.1.r “ernstig nadeel”, hetgeen een verkapte herintroductie van het “bestwil-criterium” uit de Krankzinnigenwet uit de vorige eeuw is. Tijden veranderen. Het is 2014, geen 1970, en ook geen 1991. Hieronder volgen in hoofdlijnen de bezwaren van Stichting Mind Rights op wetsvoorstel Verplichte GGZ, gevolgd door een nadere toelichting op de volgende pagina’s.

In de WVGGZ wordt dwang enerzijds voorgesteld als een noodmaatregel: een ultimum remedium (laatste-keus middel) dat vermeden moet worden (Artikel 2.1.1). Maar anderzijds wordt dwang beschouwd als een spectrum van “zorg” (Artikel 3.2), waarbij jarenlange voortzetting van een Zorgmachtiging mogelijk is (artikel 6.4). Dit is zeer tegenstrijdig, en bovendien zijn deze uitgangspunten achterhaald en incorrect.

Het ultimum remedium-beginsel stamt uit 1991 (WHO, MI-principles<sup>1</sup>). De *MI-principles* zijn komen te vervallen door de totstandkoming van het VN-verdrag voor de Rechten van Personen met Beperkingen (CRPD<sup>2</sup>) in 2006. Het CRPD-Committee<sup>3</sup> benadrukt dat gedwongen psychiatrische behandeling een schending is van de mensenrechten, bijvoorbeeld een schending van het recht op vrijwaring van marteling en andere wrede, inhumane of vernederende behandeling of bestraffing en een schending van het recht om zelf te beslissen over medische behandeling<sup>4</sup>.

<sup>1</sup> (1991) 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](http://www.who.int/mental_health/policy/en/UN_Resolution_on_protection_of_persons_with_mental_illness.pdf)

<sup>2</sup> (2006) UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities (CRPD) [www.un.org/disabilities](http://www.un.org/disabilities)

<sup>3</sup> CRPD-Committee: Expert Committee on the Rights of Persons with Disabilities

<sup>4</sup> (2014) CRPD-Committee: General Comment No.1 on CRPD article 12: Equal Recognition before the law: <http://www.ohchr.org/EN/HRBodies/CRPD/Pages/GC.aspx>



Sinds 2013 pleit de VN-Special Rapporteur on Torture voor een absoluut verbod op alle vormen van dwang in de zorg (dus ook dwangmedicatie)<sup>5</sup>.

NB: De Nederlandse Staat heeft in 2013 een expliciete berisping gehad van het VN-Committee tegen Marteling (CAT-Committee<sup>6</sup>), en tevens van de VN-Special Rapporteur on Torture and other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment i.s.m. de VN-Special Rapporteur on the Right of Everyone to the Highest Attainable Standard of Physical and Mental Health<sup>7</sup>, inzake mensenrechtenschending door dwangtoepassing in de GGZ. Daarbij werd de vraag gesteld:

**“Hoe ver is Nederland met het afschaffen van dwang?” ;**

***“What measures have been undertaken to impose an absolute ban on all forced and non-consensual medical interventions against persons with disabilities, including the non-consensual administration of psychosurgery, electroshock and mindaltering drugs such as neuroleptics, the use of restraint and solitary confinement, for both long-and short-term application?”*** (Juan E. Mendez, UN Special Rapporteur on Torture, 2013/2014)<sup>8</sup>

Dwangtoepassing is geen therapeutisch-heilzame interventie, en wordt tegenwoordig beschouwd als “low care” of “no care”. De GGZ-sector erkent dat dwang **contra-productief** is en ontwikkelt alternatieven om dwang uit te bannen<sup>9</sup> onder de brede noemer **“High Care” en “Intensieve zorg”**<sup>10</sup>. Dwang is voor alle partijen onwenselijk. De intentie om dwang uit de zorg te bannen is reeds jaren terug vastgelegd in een intentieverklaring van veldpartijen om dwang terug te dringen<sup>11, 12</sup>. Goede zorg kan dwang voorkomen. Bij GGZ Breburg bijvoorbeeld is een dwangreductie van 90% behaald na invoering van het HIC-model<sup>13</sup>. **Dwangtoepassing indiceert een tekort aan goede zorg.**

Het wetsvoorstel Verplichte GGZ gaat niet over het verlenen van kwalitatief goede zorg, maar over het toepassen van dwang. In het wetsvoorstel wordt een kader geschetst van randvoorwaarden waaronder dwangtoepassing wettelijk mogelijk is (Artikel 3.3 en 3.4). De link met mogelijkheden voor vrijwillige zorg om daarmee verplichte zorg zoveel mogelijk te voorkomen wordt wel benoemd (artikel 2.1.1), maar niet nader uitgewerkt of gespecificeerd. Er bestaan grote verschillen in het aanbod van alternatieven door het land heen, waardoor de mate van dwangtoepassing enorm varieert<sup>14</sup>. Het recht op vrijheid wordt daarmee locatie-gebonden, en dat is discriminerend.

**De werkelijke hoofdvraag voor wetgeving mbt zorg in crisissituaties zou moeten zijn:  
“Hoe te voorzien in een goed zorgaanbod in crisissituaties dat dwang overbodig maakt?”**

<sup>5</sup> (2013) UN Special Rapporteur on Torture, J.E. Mendez, A/HRC/22/53 Torture and ill-treatment in health care settings (par. IV.D.2) [http://www.ohchr.org/Documents/HRBodies/HRCouncil/RegularSession/Session22/A.HRC.22.53\\_English.pdf](http://www.ohchr.org/Documents/HRBodies/HRCouncil/RegularSession/Session22/A.HRC.22.53_English.pdf)

<sup>6</sup> (2013) CAT Committee Concluding Observations on the Netherlands CAT/C/NLD/CO/5-6 (par. 21) [http://tbinternet.ohchr.org/\\_layouts/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CAT/C/NLD/CO/5-6&Lang=En](http://tbinternet.ohchr.org/_layouts/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CAT/C/NLD/CO/5-6&Lang=En)

<sup>7</sup> (2013) brief van UN Special Rapporteurs aan Nederlandse Staat: [https://spdb.ohchr.org/hrdb/24th/public\\_-\\_AL\\_Netherlands\\_08.10.13\\_\(2.2013\).pdf](https://spdb.ohchr.org/hrdb/24th/public_-_AL_Netherlands_08.10.13_(2.2013).pdf)

(2014) Jaarrapport van UN Special Rapporteur on Torture aan UN Human Rights Council A/HRC/25/60 add2 (pagina 84, JAL 08/10/2013 Case No. [NLD 2/2013](#) State Reply: [05/12/2013](#) ***Alleged forced psychiatric interventions, including seclusion for various periods of time and forced medication without informed consent.***)

[http://www.ohchr.org/EN/HRBodies/HRC/RegularSessions/Session25/Documents/A-HRC-25-60-Add2\\_EFS.doc](http://www.ohchr.org/EN/HRBodies/HRC/RegularSessions/Session25/Documents/A-HRC-25-60-Add2_EFS.doc)

<sup>8</sup> (2013/2014) Citaat uit brief van Speciale VN-Rapporteurs aan Nederlandse Staat (vraag 6, pagina 5)

[https://spdb.ohchr.org/hrdb/24th/public\\_-\\_AL\\_Netherlands\\_08.10.13\\_\(2.2013\).pdf](https://spdb.ohchr.org/hrdb/24th/public_-_AL_Netherlands_08.10.13_(2.2013).pdf)

<sup>9</sup> Best Practices rondom dwangreductie in de geestelijke gezondheidszorg <http://www.rijksoverheid.nl/documenten-en-publicaties/rapporten/2012/01/25/best-practices-rondom-dwangreductie-in-de-geestelijke-gezondheidszorg.html>

<sup>10</sup> High en Intensive Care: HIC: <http://hic-psy.nl/>

<sup>11</sup> (2011) Intentieverklaring GGZ: preventie van dwang in de GGZ: <https://www.dwangindezorg.nl/de-toekomst/ontwikkelingen-in-de-praktijk/intentieverklaring-om-dwang-te-verminderen>

<sup>12</sup> (2008) Intentieverklaring VG: Samen naar minder vrijheidsbeperking: <http://www.vgn.nl/artikel/2167>

<sup>13</sup> (2014) GGZ Breburg: 90% reductie van separatie na invoering HIC-model (Tom van Mierlo): [http://www.eenvandaag.nl/buitenland/51755/het\\_einde\\_van\\_de\\_isoleercel](http://www.eenvandaag.nl/buitenland/51755/het_einde_van_de_isoleercel)

<sup>14</sup> Cijfers dwang en drang, rapport 6 Jaar ARGUS, Hoofdstuk 6 Landelijke vergelijking <http://www.ggznederland.nl/uploads/assets/Rapport%20-%20zes%20jaar%20argus%2017062014.pdf.pdf>



**Stichting Mind Rights pleit ervoor om te stoppen met WVGZ en te starten met het voorbereiden van een wetsvoorstel in lijn met het VN-verdrag voor de Rechten van Personen met Beperkingen, waarin een goed zorgaanbod en behoud van zeggenschap in psychosociale crisissituaties wordt geregeld, gefaciliteerd en georganiseerd.** Zorg gaat om welzijn. Het doel is niet: Kwetsbare mensen ruw behandelen, maar het doel is goede zorg verlenen in crisissituaties.

- De energie die besteed wordt aan de WVGZ kan beter besteed worden aan het uitwerken van goede alternatieven en passende wetgeving die bijdraagt aan het werkelijke doel van de zorg: goede zorg verlenen.

## **Mogelijkheden voor vernieuwende wetgeving: Organiseer echte zorg!**

De volgende uitgangspunten zijn belangrijk:

- **Zoek een echte oplossing voor het probleem, in plaats van dwangtoepassing.**
- Investeer in goede zorg, in plaats van mishandeling. Goede zorg heeft toekomst, dwang niet.
- **Een adequaat zorgaanbod in crisissituaties is cruciaal:** goede zorg kan een crisis, escalaties en dwang voorkomen (preventie).

Dwang in de zorg is reeds op zorginhoudelijke gronden onwenselijk verklaard middels de intentieverklaringen<sup>15</sup>. Dwang dient dus zo snel mogelijk uitgebannen te worden. De discussie dient nu te gaan over alternatieven om dwang te vermijden: dwz het organiseren van een goed, passend, adequaat zorgaanbod waarbij dwang niet aan de orde is. Goede zorg kan dwang voorkomen.

De GGZ-sector ontwikkelt **Good Practices**<sup>16</sup> om dwang te voorkomen. Enkele belangrijke lessen daarbij zijn: Onmacht van de client beschouwen in sociale samenhang (elke reactie heeft een oorzaak), inzetten van de-escalatie vaardigheden (bijv. Non-Violent-Approach), betrekken van naasten (de-escalierend contact), ondersteunen van herstel ook tijdens crisis, preventie en vroegsignalering van onrust, nabijheid en gastvrijheid, contact en communicatie, creativiteit om persoonlijke oplossingen op maat te vinden enz. De Best Practices om dwang te voorkomen kenmerken zich door een focus op het **behouden van contact** met de client, en niet het verbreken van contact zoals bij dwangtoepassing gebeurt. De Inspectie stelt: “Een zieke patient laat je nooit alleen (...) dat betekent behalve ‘niet of nauwelijks separeren’ ook dat een noodzakelijke separatie geen *eenzame opsluiting* meer inhoudt”<sup>17</sup>. Een optimaal contact is cruciaal voor de zorgkwaliteit.

Het probleem in praktijk zit echter in de historische erflast van de GGZ-organisatie: **Preventie van dwang past niet goed in het huidige systeem.** Er is bijvoorbeeld vaak geen tijd voor persoonlijk contact, of er is binnen de reguliere GGZ-ketenen te weinig geregeld mbt alternatieven op cruciale momenten (alternatieven zijn onbekend, ongeorganiseerd, onbereikbaar enz.) Wat nodig is, is aanpassen van de zorgketen (zoals bijv. ontwikkeling **HIC-model**<sup>18</sup>). Op beleidsniveau betekent dit het stimuleren, ondersteunen en faciliteren van zorgkwaliteitsontwikkeling en cultuurverandering in de zorg. De hoofdvraag is dus:

**“Hoe te voorzien in een goed zorgaanbod in crisissituaties dat dwang overbodig maakt?”**

- **TIP: Organiseer zorg op maat, ook in crisissituaties, bijvoorbeeld door afstemming via Eigen Kracht-conferenties.**

<sup>15</sup> Intentieverklaring dwangreductie, zie voetnoot 11 en 12.

<sup>16</sup> Best Practices rondom dwangreductie in de geestelijke gezondheidszorg <http://www.rijksoverheid.nl/documenten-en-publicaties/rapporten/2012/01/25/best-practices-rondom-dwangreductie-in-de-geestelijke-gezondheidszorg.html>

<sup>17</sup> IGZ terugdringen separeren stagneert [http://www.igz.nl/Images/2011-12a%20Rapport%20incl.%20bijlagen%20Terugdringen%20separeren%20psychiatrische%20patienten\\_tcm294-315452.pdf](http://www.igz.nl/Images/2011-12a%20Rapport%20incl.%20bijlagen%20Terugdringen%20separeren%20psychiatrische%20patienten_tcm294-315452.pdf)

<sup>18</sup> High en Intensive Care: HIC: <http://hic-psy.nl/>



## Eigen Kracht-conferenties om dwang te voorkomen

In tegenstelling tot het reguliere traject onder de BOPZ waarbij onwenselijke dwangmogelijkheden en vrijheidsbeperkingen worden besproken, is een **Eigen Kracht-conferentie** ([www.eigen-kracht.nl](http://www.eigen-kracht.nl)) **gericht op het gezamenlijk vinden van wenselijke mogelijkheden om door de crisis heen te komen**. Via een Eigen Kracht-conferentie kunnen mensen met hun eigen kring van vrienden en naasten overleggen over wat zij nodig hebben om allemaal weer in beter vaarwater terecht te komen. Een Eigen Kracht-conferentie leidt tot een gezamenlijk plan met een rolverdeling voor alle aanwezigen die duidelijkheid biedt over hoe men samen verder zal gaan.

Een Eigen Kracht-conferentie is een besluitvormingsproces dat uitmondt in een plan. Het idee erachter is heel eenvoudig: Bij een probleem vraag je je sociale netwerk om mee te denken. Doordat de kring de hoofdpersoon goed kent, is het mogelijk om samen een plan op maat te maken. De hoofdpersoon behoudt daarbij de zeggenschap en regie. Eigen Kracht-conferenties (EK-c's) zijn een vorm van **Supported Decision Making**.

De Eigen Kracht-conferentie wordt georganiseerd door een onafhankelijke coördinator (zie [www.eigen-kracht.nl](http://www.eigen-kracht.nl)). Eigen Kracht-conferenties zijn behulpzaam bij het creëren van draagvlak voor een verbeterplan, de opbouw of het herstel van een sociaal netwerk en het doorbreken van sociaal isolement. **Psychosociaal welzijn is nauw verweven met de sociale context**.

Stichting Mind Rights heeft vanaf 2008 een alternatief uitgewerkt om dwang en ontvoogding in de BOPZ/WVGGZ-context tegen te gaan, en zorg op maat mogelijk te maken. Dit is **het "Eindhovens Model" op basis van Eigen Kracht-conferenties in de GGZ**. (ism de Eigen Kracht-Centrale, [www.eigen-kracht.nl](http://www.eigen-kracht.nl))

**Eigen Kracht-conferenties kunnen een persoon c.q. groep helpen om zelf balans te (her)vinden tussen draaglast en draagkracht in de eigen situatie, en kunnen een eventuele zorgvraag verhelderen en ondersteuning afstemmen op de betreffende situatie.**

- Visiedocument: **Het Eindhovens Model voor Supported Decision Making : Eigen Kracht-conferenties in crisissituaties op het gebied van geestelijke gezondheid** (2010, herziene versie i.s.m. de Eigen Kracht-centrale )  
zie: [http://mindrights.nl/Het\\_Eindhovens\\_Model\\_versie2\\_oktober2010def.docx](http://mindrights.nl/Het_Eindhovens_Model_versie2_oktober2010def.docx)

Sinds 2013 is er mbv subsidie van VWS en GGZ Nederland een **pilotproject** gestart met de inzet van **Eigen Kracht-conferenties ter voorkoming van BOPZ-maatregelen**. De pilot draait in 3 regio's (Eindhoven, Groningen en Noord-Holland-Noord) en staat onder leiding van Gert Schout (onderzoeker VUMC). De onderzoeksresultaten van VUMC worden medio 2015 verwacht.

Meer informatie over het lopende project met Eigen Kracht-conferenties ter voorkoming van BOPZ-maatregelen:

- VUMC onderzoek: [http://www.metamedicavumc.nl/new\\_pers\\_gert.html](http://www.metamedicavumc.nl/new_pers_gert.html)
- EK-c: <http://www.eigen-kracht.nl/nl/artikel/verplichte-zorg-binnen-ggz-te-voorkomen>
- OGGZ-Achtergrond: EK-c om dwang te voorkomen: <http://www.wmowonen-nh.nl/uitgelicht/2018eigen-kracht-conferenties-voorkomen-gedwongen-opnames2019>

De ontwikkeling van het "Eindhovens Model" en het inzetten van Eigen Kracht-conferenties wordt internationaal gezien als **een van 's werelds eerste kansrijke "good practices" voor Supported Decision Making ter voorkoming van gedwongen psychiatrische interventies**. De voortgang van dit project wordt wereldwijd gevolgd door diverse experts, zoals leden van het CRPD-Committee, de World Health Organization (WHO), het Subcommittee on the Prevention of Torture (SPT) en diverse grote mensenrechten-NGOs (bijv. Human Rights Watch).



Naast het praktijk-project van het Eindhovens Model met Eigen Kracht-conferenties ter voorkoming/afwendend van BOPZ-maatregelen, heeft Stichting Mind Rights meermaals constructieve feedback inclusief alternatieve mogelijkheden gegeven gedurende de consultatie omtrent WVGZ. Zie bijvoorbeeld het nog steeds actuele rapport uit 2010 met feedback per hoofdstuk/thema van Wetsvoorstel Verplichte GGZ/BOPZ en een mogelijk alternatief ontwerp:

- **Manifest 5: Dwang is geen oplossing maar een probleem! (2010)**  
[http://mindrights.nl/manifest5\\_dwang%20is%20geen%20oplossing%20maar%20een%20probleem.pdf](http://mindrights.nl/manifest5_dwang%20is%20geen%20oplossing%20maar%20een%20probleem.pdf)

### **Aanbeveling : Regel zorg in plaats van dwang!**

Er zijn diverse bouwstenen te vinden voor een alternatief wetsvoorstel (principes uit het VN-verdrag voor de Rechten van Personen met Beperkingen, concrete methodes uit de reeds-ontwikkelde Good Practices en HIC-model, de mogelijkheid voor regie-ondersteuning dmv Eigen Kracht-conferenties, Crisiskaart enz.).

De WVGZ moet van tafel. De WVGZ is in strijd met de mensenrechtenstandaarden. Doorgaan met de WVGZ is verspilling. Het doel is niet: Kwetsbare mensen ruw behandelen, maar het doel is goede zorg verlenen in crisissituaties. Er is een transitie nodig. Alternatieven zijn mogelijk, maar dienen gerealiseerd te worden.

De werkelijke hoofdvraag voor wetgeving mbt zorg in crisissituaties zou dus moeten zijn: <b>“Hoe te voorzien in een goed zorgaanbod in crisissituaties dat dwang overbodig maakt?”</b>
---

**NB. In alle landen die de mensenrechten respecteren is men momenteel bezig met de transitie van dwang naar zorg. Laten we aub niet verder achterop raken.**

Een nadere toelichting mbt de ontwikkelende mensenrechtenstandaarden is te vinden in de bijlage op de volgende pagina's.



## Bijlage met aanvullende informatie mbt mensenrechten voor GGZ-lienten.

In 2006 is het VN-verdrag voor de Rechten van Personen met Beperkingen (CRPD) tot stand gekomen. Het CRPD voorstaat een paradigma-verandering mbt de rechten van personen met psychische/ psychiatrische/ psychosociale problemen. In 2007 heeft de Nederlandse Staat een eerste handtekening gezet (intentie voor ratificatie). Deze handtekening impliceert een inspanningsverplichting om Nederlandse praktijken te harmoniseren met het VN-verdrag voor de Rechten van Personen met Beperkingen. Ratificatie is gepland op 1 juli 2015.

De hoeksteen van alle mensenrechten is **gelijkwaardigheid**. Voor de wet is iedereen gelijk. Ieder mens heeft recht op **erkenning als persoon (legal capacity<sup>19</sup>)**.

De wettelijke erkenning van een persoonlijkheid omvat 2 componenten:

1. **de toekenning van rechten (vrijheid, integriteit, zeggenschap, respect enz.)**
2. **de toekenning van wettelijke handelingsbevoegdheid (zelfbeschikking).**

Het recht op zelfbeschikking is een onvervreemdbaar mensenrecht. Zonder handelingsbevoegdheid kunnen de overige rechten immers niet uitgeoefend worden. Een ziektebeeld of diagnose mag geen grond zijn ontneming van fundamentele rechten (non-discriminatie). **Zorg hoort nimmer bij te dragen aan een vermindering van rechten en welzijn.** Zorg en ondersteuning dient heilzaam te zijn, en dient de rechten, wil en voorkeuren van de persoon te respecteren.

Het CRPD verlegt de visie **van Substitute Decision Making naar Supported Decision Making**.

“Substitute Decision Making” was een laatste-keus middel in 1991 onder de MI-principles (WHO). In 2006 is dit beginsel vervangen door het CRPD, waarbij de ontneming van zeggenschap niet langer toelaatbaar is. Er is een recht op Support.

Het recht op zorg staat niet boven het recht op zelfbeschikking, maar is bedoeld ter **versterking van burgerschap**. Het recht op zorg is geen rechtvaardiging voor de ontneming van zelfbeschikking en andere fundamentele rechten en vrijheden.

Aanbevolen Nederlandstalige informatie over de inhoud van het VN-verdrag en de gevolgen voor het Nederlandse GGZ-stelsel:

- Weblog: **VN-verdrag erkent de rechten van personen met beperkingen**  
<http://tekeertegendeisoleer.wordpress.com/2014/03/23/vn-verdrag-erkent-de-rechten-van-personen-met-beperkingen/>
- Publicatie Journaal GGZ en Recht (nr.112 JGGZR 7-8 2012): **Nederland als laatste van medisch model naar mensenrechtenmodel?** – wetsvoorstel verplichte ggz in internationaal perspectief <http://www.mindrights.nl/JGGZR%207-8%20Jolijn%20Santegoeds.pdf>
- Publicatie Journaal GGZ en Recht (nr.85 JGGZR 6-7 2013): **Herstel de depressie in het cliëntenrecht** – de rechtsbescherming van cliënten bij dwang in de zorg  
[http://tekeertegendeisoleer.files.wordpress.com/2013/11/jggzr-6-7-santegoeds\\_herstel-de-depressie-in-het-clientenrecht.pdf](http://tekeertegendeisoleer.files.wordpress.com/2013/11/jggzr-6-7-santegoeds_herstel-de-depressie-in-het-clientenrecht.pdf)
- Persbericht van Stichting Mind Rights over de brief van de Speciale VN-Rapporteurs (2014): **VN waarschuwt voor mensenrechtenschendingen in de Nederlandse psychiatrie**  
<http://tekeertegendeisoleer.wordpress.com/2014/03/23/vn-waarschuwt-voor-mensenrechtenschendingen-in-de-nederlandse-psychiatrie/>

<sup>19</sup> Legal capacity, art 12 CRPD, zie: General Comment No.1 on CRPD article 12: Equal Recognition before the law:  
<http://www.ohchr.org/EN/HRBodies/CRPD/Pages/GC.aspx>



## Citaten uit diverse expert-rapporten van de Verenigde Naties

(Nowak 2008) A/63/175 [www.un.org/disabilities/images/A.63.175.doc](http://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.**

(Nowak 2009) 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.



(2014) CRPD-Committee General Comment No1. on article 12 of the CRPD: Equal recognition before the law <http://www.ohchr.org/EN/HRBodies/CRPD/Pages/GC.aspx>

Point 13. Legal capacity and mental capacity are distinct concepts. Legal capacity is the ability to hold rights and duties (legal standing) and to exercise those rights and duties (legal agency). It is the key to accessing meaningful participation in society. Mental capacity refers to the decision-making skills of a person, which naturally vary from one person to another and may be different for a given person depending on many factors, including environmental and social factors. Legal instruments such as the Universal Declaration of Human Rights (art. 6), the International Covenant on Civil and Political Rights (art. 16) and the Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination Against Women (art. 15) do not specify the distinction between mental and legal capacity. Article 12 of the Convention on the Rights of Persons with Disabilities, however, makes it clear that “unsoundness of mind” and other discriminatory labels are not legitimate reasons for the denial of legal capacity (both legal standing and legal agency). Under article 12 of the Convention, perceived or actual deficits in mental capacity must not be used as justification for denying legal capacity.

Point 15. In most of the State party reports that the Committee has examined so far, the concepts of mental and legal capacity have been conflated so that where a person is considered to have impaired decision-making skills, often because of a cognitive or psychosocial disability, his or her legal capacity to make a particular decision is consequently removed. This is decided simply on the basis of the diagnosis of an impairment (status approach), or where a person makes a decision that is considered to have negative consequences (outcome approach), or where a person’s decision-making skills are considered to be deficient (functional approach). The functional approach attempts to assess mental capacity and deny legal capacity accordingly. It is often based on whether a person can understand the nature and consequences of a decision and/or whether he or she can use or weigh the relevant information. This approach is flawed for two key reasons: **(a) it is discriminatorily applied to people with disabilities; and (b) it presumes to be able to accurately assess the inner-workings of the human mind and, when the person does not pass the assessment, it then denies him or her a core human right — the right to equal recognition before the law.** In all of those approaches, a person’s disability and/or decision-making skills are taken as legitimate grounds for denying his or her legal capacity and lowering his or her status as a person before the law. Article 12 does not permit such discriminatory denial of legal capacity, but, rather, requires that support be provided in the exercise of legal capacity.

Point 16. Article 12, paragraph 3, recognizes that **States parties have an obligation to provide persons with disabilities with access to support** in the exercise of their legal capacity. States parties must refrain from denying persons with disabilities their legal capacity and must, rather, provide persons with disabilities access to the support necessary to enable them to make decisions that have legal effect.

Point 17. **Support in the exercise of legal capacity must respect the rights, will and preferences of persons with disabilities and should never amount to substitute decision-making.** Article 12, paragraph 3, does not specify what form the support should take. “Support” is a broad term that encompasses both informal and formal support arrangements, of varying types and intensity. For example, persons with disabilities may choose one or more trusted support persons to assist them in exercising their legal capacity for certain types of decisions, or may call on other forms of support, such as peer support, advocacy (including self-advocacy support), or assistance with communication. [...]





## Overzicht en toelichting van VN-publicaties en jurisprudentie mbt de paradigma-verandering mbt dwang in de zorg.

### Ontwikkelingen binnen het VN-CRPD-framework:

1. De universele mensenrechtenstandaarden mbt dwang in de GGZ zijn sinds 2006 in ontwikkeling, oa door de totstandkoming van het **VN-Verdrag voor de Rechten van Personen met Beperkingen (CRPD) in 2006**<sup>20</sup>.
2. Het CRPD Committee ziet toe op de implementatie van het VN-verdrag voor de Rechten van Personen met Beperkingen. De **Concluding Observations van het CRPD Committee**<sup>21</sup>, illustreren sinds 2011 de paradigma-verandering en de afkeur van dwangtoepassing (inclusief ambulante dwang). Zie bijv. de CRPD Concluding Observations mbt Australië en Oostenrijk.
3. Op 11 april 2014 heeft het CRPD Committee de **General Comment on CRPD Article 12**<sup>22</sup> aangenomen, waarin toegelicht wordt dat alle personen, ongeacht diagnose, ziektebeeld of beperking, recht hebben op **zelfbeschikking als volwaardige burgers**.

### Ontwikkelingen binnen het VN-Torture-framework:

4. Deze veranderde visie mbt dwangtoepassing voortvloeiend uit het CRPD werd reeds door de voorgaande **VN-Special Rapporteur on Torture**, Manfred Nowak opgepakt in 2008 (A/63/175 p.44) en in 2009 (A/HRC/10/48 p.48,49). Nowak stelde o.a. dat persoonsveranderende dwangmedicatie in veel gevallen een vorm van marteling en mishandeling is.
5. Sinds 2013 pleit de huidige VN-Special Rapporteur on Torture, Juan Ernesto Mendez, voor **een absoluut verbod op alle vormen van dwang in de zorg** (A/HRC/22/53<sup>23</sup>). Mendez stelt vast: **Wanneer dwangbehandeling leidt tot ernstige pijn of lijden, dan valt het binnen het domein van marteling en mishandeling**<sup>24</sup>.

### Berispingen vanuit het VN-Torture-framework aan de Nederlandse Staat:

6. Het **VN-Comite tegen Marteling (CAT-Committee)** maakt zich anno 2013/2014 zorgen om de mensenrechten in de Nederlandse GGZ, en vraagt om opheldering mbt de veelvuldige en excessieve dwangtoepassing in Nederland (CAT/C/NLD/CO/5-6, par. 21)<sup>25 26</sup>

<sup>20</sup> VN-Verdrag voor de Rechten van Personen met Beperkingen [www.ohchr.org/en/hrbodies/crpd/pages/crpdindex.aspx](http://www.ohchr.org/en/hrbodies/crpd/pages/crpdindex.aspx)

<sup>21</sup> CRPD Concluding Observations:

[http://tbinternet.ohchr.org/\\_layouts/treatybodyexternal/TBSearch.aspx?Lang=en&TreatyID=4&DocTypeID=5](http://tbinternet.ohchr.org/_layouts/treatybodyexternal/TBSearch.aspx?Lang=en&TreatyID=4&DocTypeID=5)

<sup>22</sup> General Comment No.1 on CRPD article 12: Equal Recognition before the law:

<http://www.ohchr.org/EN/HRBodies/CRPD/Pages/GC.aspx>

<sup>23</sup> A/HRC/22/53 [www.ohchr.org/Documents/HRBodies/HRCouncil/RegularSession/Session22/A.HRC.22.53\\_English.pdf](http://www.ohchr.org/Documents/HRBodies/HRCouncil/RegularSession/Session22/A.HRC.22.53_English.pdf)

<sup>24</sup> A/HRC/22/53 artikel 64: [...] *Both this mandate and United Nations treaty bodies have established that involuntary treatment and other psychiatric interventions in health-care facilities are forms of torture and ill-treatment. Forced interventions, often wrongfully justified by theories of incapacity and therapeutic necessity inconsistent with the Convention on the Rights of Persons with Disabilities, are legitimized under national laws, and may enjoy wide public support as being in the alleged "best interest" of the person concerned. Nevertheless, to the extent that they inflict severe pain and suffering, they violate the absolute prohibition of torture and cruel, inhuman and degrading treatment (A/63/175, paras. 38, 40, 41).*

<sup>25</sup> CAT/C/NLD/CO/5-6

[http://tbinternet.ohchr.org/\\_layouts/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CAT/C/NLD/CO/5-6&Lang=En](http://tbinternet.ohchr.org/_layouts/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CAT/C/NLD/CO/5-6&Lang=En)

<sup>26</sup> <http://tekeertegendeisoleer.wordpress.com/2013/06/10/vn-levert-kritiek-op-dwang-in-de-geestelijke-gezondheidszorg/>



7. De VN-Special Rapporteur on Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (Juan E. Mendez), en de VN-Special Rapporteur on the Right of Everyone to the Enjoyment of the Highest Attainable Standard of Mental and Physical Health (Anand Grover), benoemen in hun jaarrapport aan de VN-Mensenrechtenraad (Human Rights Council) in maart 2014 de correspondentie met de Nederlandse Staat, waarbij de Speciale VN-Rapporteurs hun **bezorgdheid over mensenrechtenschendingen door dwangtoepassingen in de Nederlandse GGZ**. (pagina 84, A/HRC/25/60 add2 <sup>27</sup>)
- klik hier voor de **brief van de Speciale VN-Rapporteurs aan de Nederlandse Staat**: [https://spdb.ohchr.org/hrdb/24th/public - AL Netherlands 08.10.13 \(2.2013\).pdf](https://spdb.ohchr.org/hrdb/24th/public - AL Netherlands 08.10.13 (2.2013).pdf)  
Zie in het bijzonder vraag 6: “Hoe ver is Nederland met het afschaffen van dwang?”;

***“What measures have been undertaken to impose an absolute ban on all forced and non-consensual medical interventions against persons with disabilities, including the non-consensual administration of psychosurgery, electroshock and mindaltering drugs such as neuroleptics, the use of restraint and solitary confinement, for both long-and short-term application?” (Juan E. Mendez, UN Special Rapporteur on Torture, 2013/2014)<sup>28</sup>***

Er is duidelijk sprake van een ingrijpende transitie (paradigma-verandering) waarbij het beginsel van het laatste-keus middel (1991) vervangen wordt door een absoluut verbod op alle vormen van dwang in de zorg (2013).

Nederland heeft het CRPD nog steeds niet geratificeerd (gepland medio 2015), maar heeft wel het Verdrag tegen Marteling (CAT<sup>29</sup>) en het bijbehorende Facultatief Protocol (OPCAT<sup>30</sup>) geratificeerd, hetgeen impliceert dat mishandeling en marteling absoluut ontoelaatbaar is. Hieruit volgt dat een absoluut verbod op dwang in de zorg zo snel mogelijk gerealiseerd dient te worden.

---

<sup>27</sup> <http://www.ohchr.org/en/HRBodies/HRC/RegularSessions/Session25/Pages/ListReports.aspx>

<sup>28</sup> (2013/2014) Citaat uit brief van Speciale VN-Rapporteurs aan Nederlandse Staat (vraag 6, pagina 5)

[https://spdb.ohchr.org/hrdb/24th/public - AL Netherlands 08.10.13 \(2.2013\).pdf](https://spdb.ohchr.org/hrdb/24th/public - AL Netherlands 08.10.13 (2.2013).pdf)

<sup>29</sup> CAT: Convention Against Torture

<sup>30</sup> OPCAT: Optional Protocol to the Convention Against Torture



## Rechteloze positie van cliënten

De volgende passage uit *Journal GGZ en Recht: Herstel de depressie in het cliëntenrecht*, Santegoeds (nr.85 JGGZR 6-7 2013), geeft een beeld van de rechteloze positie van cliënten bij dwang in de GGZ:

### 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, de ontneming 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<sup>31</sup> en Roelie<sup>32</sup> 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, o.a. door de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ), de staatssecretaris van VWS<sup>33</sup>, het rechtssysteem<sup>34</sup> (de officier van justitie, het Hof en het OM) en de zorginstellingen.

Ervaringen van cliënten en naasten wijzen uit, dat klachtenprocedures van instellingen vrij structureel niet tot gewenste resultaat leiden<sup>35</sup>. Ook blijken er nauwelijks advocaten te vinden die klachten rond dwangtoepassing, gedwongen opname of instellingsbeleid aannemen<sup>36</sup>. Het Medisch Tuchtrecht ligt eveneens al jarenlang onder vuur<sup>37</sup>. Bij deze tuchtrecht-zittingen 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 goeddunken” van de Tuchtraad-leden, en in de praktijk betekent dit doorgaans: toetsing aan de gedachten van een andere beroepsbeoefenaar met exact hetzelfde beroep. Dit riekt naar ambtsbescherming<sup>38</sup>.

In de praktijk zijn cliënten doorgaans rechteloos: Er is geen bescherming van de persoon, geen toegang tot rechtsspraak, 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 nagenoeg onveranderd onder de wetsvoorstellen Zorg en Dwang, of Verplichte GGZ.

Enkel 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.

<sup>31</sup> Brandon van Ingen, de jongen die 3 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”: [www.eo.nl/tv/devijfdedag/reportage-detail/vastgeketend-het-hoeft-niet/](http://www.eo.nl/tv/devijfdedag/reportage-detail/vastgeketend-het-hoeft-niet/)

<sup>32</sup> ‘Roelie’, de vrouw die overleed door buitensporig ingrijpen van de verpleging bij NOVO en waarbij uiteindelijk “niemand” verantwoordelijk gehouden wordt voor haar dood...: <http://nieuwsuur.nl/onderwerp/536854-nog-altijd-veel-mis-in-gehandicaptenzorg.html>

<sup>33</sup> [www.nrc.nl/nieuws/2011/01/19/kabinet-verdedigt-behandeling-brandon/](http://www.nrc.nl/nieuws/2011/01/19/kabinet-verdedigt-behandeling-brandon/)

<sup>34</sup> <http://nieuwsuur.nl/onderwerp/536854-nog-altijd-veel-mis-in-gehandicaptenzorg.html>

<sup>35</sup> Bron: Stichting Mind Rights [www.mindrightrights.nl](http://www.mindrightrights.nl)

<sup>36</sup> <http://tekeertegendeisoleer.wordpress.com/2012/10/01/noodklok-waar-is-de-advocaat-voor-ex-clienten/>

<sup>37</sup> [http://pers.kro.nl/programmas/brandpunt\\_reporter/brandpunt\\_reporter\\_voorzitter\\_medisch\\_tuchtcollege\\_wil\\_positie\\_klager\\_versterken](http://pers.kro.nl/programmas/brandpunt_reporter/brandpunt_reporter_voorzitter_medisch_tuchtcollege_wil_positie_klager_versterken)

<sup>38</sup> [www.trouw.nl/tr/nl/4324/Nieuws/article/detail/1502477/2006/12/11/Medisch-tuchtcollege-Geen-optimale-kwaliteit.dhtml](http://www.trouw.nl/tr/nl/4324/Nieuws/article/detail/1502477/2006/12/11/Medisch-tuchtcollege-Geen-optimale-kwaliteit.dhtml)



Een andere illustratie van de rechteloosheid van cliënten bij dwangtoepassing is de afwijzende reactie op de brief van de Speciale VN-Rapporteurs (*Joint Allegation Letter*) zoals vrijgegeven in het (2014) Jaarrapport van UN Special Rapporteur on Torture aan UN Human Rights Council A/HRC/25/60 add2 (pagina 84, JAL 08/10/2013 Case No. [NLD 2/2013](#) State Reply: [05/12/2013](#) ***Alleged forced psychiatric interventions, including seclusion for various periods of time and forced medication without informed consent:***

De Nederlandse Staat geeft aan geen gehoor te geven aan het verzoek van de Speciale VN-Rapporteurs om klachten over mensenrechtenschendingen in de GGZ te onderzoeken.

- Zie hier de **afwijzende brief van de Nederlandse Staat aan de Speciale VN-Rapporteurs:** State Reply 05/12/2013:  
[https://spdb.ohchr.org/hrdb/24th/Netherlands\\_05.12.13\\_\(2.2013\).pdf](https://spdb.ohchr.org/hrdb/24th/Netherlands_05.12.13_(2.2013).pdf)

## Mogelijkheden voor het versterken van de rechtspositie van cliënten

Om de impasse mbt de rechteloosheid van cliënten bij dwangtoepassing in de GGZ te doorbreken is het nodig om de rechtspositie van cliënten te versterken, hetgeen eveneens gesignaleerd is door de VN Special Rapporteur on Torture, Juan E. Mendez in 2013:

**Citaat van de Special Rapporteur on Torture, Mendez (2013) A/HRC/22/53<sup>39</sup> Torture in Health Care Settings, par. V. Conclusions and Recommendations A. Significance of categorizing abuses in health-care settings as torture and ill-treatment, artikel 82 t/m 84**

**82. The prohibition of torture is one of the few absolute and non-derogable human rights, a matter of *jus cogens*, a peremptory norm of customary international law. Examining abuses in health-care settings from a torture protection framework provides the opportunity to solidify an understanding of these violations and to highlight the positive obligations that States have to prevent, prosecute and redress such violations.**

83. The right to an adequate standard of health care (“right to health”) determines the States’ obligations towards persons suffering from illness. In turn, the absolute and non-derogable nature of the right to protection from torture and ill-treatment establishes objective restrictions on certain therapies. In the context of health-related abuses, the focus on the prohibition of torture strengthens the call for accountability and strikes a proper balance between individual freedom and dignity and public health concerns. In that fashion, **attention to the torture framework ensures that system inadequacies, lack of resources or services will not justify ill-treatment. Although resource constraints may justify only partial fulfilment of some aspects of the right to health, a State cannot justify its non-compliance with core obligations, such as the absolute prohibition of torture, under any circumstances.**

**84. By reframing violence and abuses in health-care settings as prohibited ill-treatment, victims and advocates are afforded stronger legal protection and redress for violations of human rights.** In this respect, the recent general comment No. 3 (2012) of the Committee against Torture on the right to a remedy and reparation offers valuable guidance regarding proactive measures required to prevent forced interventions. Notably, the Committee considers that the duty to provide remedy and reparation extends to all acts of ill-treatment, so that it is immaterial for this purpose whether abuses in health-care settings meet the criteria for torture per se. This framework opens new possibilities for holistic social processes that foster appreciation of the lived experiences of persons, including measures of satisfaction and guarantees of non-repetition, and the repeal of inconsistent legal provisions.

<sup>39</sup> A/HRC/22/53 [www.ohchr.org/Documents/HRBodies/HRCouncil/RegularSession/Session22/A.HRC.22.53\\_English.pdf](http://www.ohchr.org/Documents/HRBodies/HRCouncil/RegularSession/Session22/A.HRC.22.53_English.pdf)



## Leidraad voor verbeteringen in wetgeving en beleid

De aanbevelingen van de Special Rapporteur on Torture in 2013 (A/HRC/22/53) bieden een leidraad voor beleidswijzigingen:

**(Mendez 2013) A/HRC/22/53<sup>40</sup> Torture in Health Care Settings , par. V. Conclusions and Recommendations B. 4. Persons with psychosocial disabilities, Artikel 89.**

The Special Rapporteur calls upon all States to:

- (a) Review the anti-torture framework in relation to persons with disabilities in line with the Convention on the Rights of Persons with Disabilities as authoritative guidance regarding their rights in the context of health-care;
- (b) **Impose an absolute ban on all forced and non-consensual medical interventions against persons with disabilities, including the non-consensual administration of psychosurgery, electroshock and mind-altering drugs such as neuroleptics, the use of restraint and solitary confinement, for both long- and short-term application. The obligation to end forced psychiatric interventions based solely on grounds of disability is of immediate application and scarce financial resources cannot justify postponement of its implementation;**<sup>41</sup>
- (c) Replace forced treatment and commitment by services in the community. Such services must meet needs expressed by persons with disabilities and respect the autonomy, choices, dignity and privacy of the person concerned, with an emphasis on alternatives to the medical model of mental health, including peer support, awareness-raising and training of mental health-care and law enforcement personnel and others;
- (d) Revise the legal provisions that allow detention on mental health grounds or in mental health facilities, and any coercive interventions or treatments in the mental health setting without the free and informed consent by the person concerned. Legislation authorizing the institutionalization of persons with disabilities on the grounds of their disability without their free and informed consent must be abolished.

Samen met voorgaande informatie vertaalt zich dit naar de volgende stappen in de Nederlandse GGZ-context:

- **Per direct stoppen met de voorbereiding van WVGGZ**
- **Starten met voorbereiden van een wetsvoorstel in lijn met het VN-verdrag voor de Rechten van personen met beperkingen, dat een adequaat zorgaanbod en behoud van zeggenschap in psychosociale crisissituaties regelt, faciliteert en organiseert.**
- **Uitvoeren van actief transitiebeleid mbt de gehele GGZ-sector**
  - **Zorgaanbod op peil brengen / Maximalisering van zorgkwaliteit.**
    - Stimuleren Good Practices, HIC-Model, Eigen Kracht-conferenties enz.
  - **Versterken van de rechtspositie van cliënten**, o.a. door:
    - Beschermen van het recht op zelfbeschikking en vrijheid van cliënten,
    - Tegengaan van marteling en mishandeling in de GGZ,
    - Verbeteren van toegang tot rechtsspraak en rechtsbijstand, en het herijken van rechtsspraak en jurisprudentie inzake de rechten van cliënten
    - Bestrijden van discriminatie en marginalisatie overal in de samenleving
- **Voorbereiden van een absoluut verbod op dwangtoepassing in de zorg**, oa door wetgeving die dwang, ontneming van zeggenschap, discriminatie en elke vorm van ruwe of disrespeetvolle bejegening tav cliënten verbiedt en strafbaar maakt.

<sup>40</sup> A/HRC/22/53 [www.ohchr.org/Documents/HRBodies/HRCouncil/RegularSession/Session22/A.HRC.22.53\\_English.pdf](http://www.ohchr.org/Documents/HRBodies/HRCouncil/RegularSession/Session22/A.HRC.22.53_English.pdf)

<sup>41</sup> Convention on the Rights of Persons with Disabilities, art. 4, para. 2.



## Overzicht van relevante voorgaande publicaties van Stichting Mind Rights

2014

- **TV en Radio: Uitzending EenVandaag 29 mei 2014: Het einde van de isoleercel?**  
[http://www.eenvandaag.nl/buitenland/51755/het\\_einde\\_van\\_de\\_isoleercel](http://www.eenvandaag.nl/buitenland/51755/het_einde_van_de_isoleercel)
- Artikel/ pamflet: **Je hoeft niet 100% gezond te zijn om mensenrechten te hebben**  
<http://tekeertegendeisoleer.wordpress.com/2014/05/22/je-hoeft-niet-100-gezond-te-zijn-om-mensenrechten-te-hebben/>
- Weblog: **VN-verdrag erkent de rechten van personen met beperkingen**  
<http://tekeertegendeisoleer.wordpress.com/2014/03/23/vn-verdrag-erkent-de-rechten-van-personen-met-beperkingen/>
- Persbericht van Stichting Mind Rights over de brief van de Speciale VN-Rapporteurs: **VN waarschuwt voor mensenrechtenschendingen in de Nederlandse psychiatrie**  
<http://tekeertegendeisoleer.wordpress.com/2014/03/23/vn-waarschuwt-voor-mensenrechtenschendingen-in-de-nederlandse-psychiatrie/>

2013

- Publicatie Journaal GGZ en Recht: **Herstel de depressie in het cliëntenrecht** – de rechtsbescherming van cliënten bij dwang in de zorg  
[http://tekeertegendeisoleer.files.wordpress.com/2013/11/jggzr-6-7-santegoeds\\_herstel-de-depressie-in-het-clientenrecht.pdf](http://tekeertegendeisoleer.files.wordpress.com/2013/11/jggzr-6-7-santegoeds_herstel-de-depressie-in-het-clientenrecht.pdf)
- **Schaduwrapport aan CAT-committee: Torture and ill-treatment in mental health care in the Netherlands**  
[http://www2.ohchr.org/english/bodies/cat/docs/ngos/StichtingMindRights\\_Netherlands\\_CA\\_T50.pdf](http://www2.ohchr.org/english/bodies/cat/docs/ngos/StichtingMindRights_Netherlands_CA_T50.pdf)
  - Weblog: **VN levert kritiek op dwang in de geestelijke gezondheidszorg**  
<http://tekeertegendeisoleer.wordpress.com/2013/06/10/vn-levert-kritiek-op-dwang-in-de-geestelijke-gezondheidszorg/>

2012

- Publicatie Journaal GGZ en Recht: **Nederland als laatste van medisch model naar mensenrechtenmodel?** – wetsvoorstel verplichte ggz in internationaal perspectief  
<http://www.mindrighs.nl/JGGZR%207-8%20Jolijn%20Santegoeds.pdf>

2010

- Reactie op consultatie WVGZ: **Het Eindhovens Model voor Supported Decision Making : Eigen Kracht-conferenties in crisissituaties op het gebied van geestelijke gezondheid** (herziene versie i.s.m. de Eigen Kracht-centrale, [www.eigen.kracht.nl](http://www.eigen.kracht.nl))  
[http://mindrights.nl/Het\\_Eindhovens\\_Model\\_versie2\\_oktober2010def.docx](http://mindrights.nl/Het_Eindhovens_Model_versie2_oktober2010def.docx)

- Reactie op consultatie WVGZ: **Manifest 5: Dwang is geen oplossing maar een probleem!**  
[http://mindrights.nl/manifest5\\_dwang%20is%20geen%20oplossing%20maar%20een%20probleem.pdf](http://mindrights.nl/manifest5_dwang%20is%20geen%20oplossing%20maar%20een%20probleem.pdf)

Meer info op [www.mindrighs.nl](http://www.mindrighs.nl) (Docu & Info) en [www.tekeertegendeisoleer.wordpress.com](http://www.tekeertegendeisoleer.wordpress.com)