

**Strijdigheid tussen
conceptwetsvoorstel Verplichte GGZ
&
VN-Verdrag inzake de Rechten van Personen met Beperkingen
(CRPD)**

**Tijd voor een transitiebeleid voor
sociale innovatie van de GGZ**

Het nieuwe VN-Verdrag (CRPD),
De Cultuuromslag mbt dwangreductie in de GGZ
De controverse mbt Wetsvoorstel Verplichte GGZ
Voortschrijdende Beleidsontwikkeling

Datum: 16 april 2009

Auteur: Ing. **Jolijn Santegoeds**, ervaringsdeskundige en mensenrechtenactivist
Email: tekeertegendeisoleer@hotmail.com

Actiegroep Tekeer tegen de isoleer! / Stichting Mind Rights ,
www.mindrightrights.nl , KVK 17198277 Eindhoven, ING-rekeningnummer: 2762216

*Tevens Board Member & Treasurer of World Network of Users and Survivors of Psychiatry
(WNUSP, www.wnusp.net)*

Inhoudsopgave

Inleiding

Leeswijzer

Inleidende perspectieven.

Hoofdstuk 1. Het nieuwe VN-Verdrag (CRPD)

- 1.1 Een nieuw VN-Verdrag
- 1.2 Inhoud van het VN-Verdrag
 - 1.2.1 Gelijkwaardigheid en non-discriminatie
 - 1.2.2 Principes en hoofdlijnen van het CRPD
 - Artikel 12 Zelfbeschikking
 - Artikel 14 Vrijheid en Artikel 15 Vrijwaring van marteling en mishandeling
 - Artikel 17 Recht op lichamelijke en geestelijke integriteit
 - Artikel 19 Zelfstandig leven in de samenleving
 - Artikel 25 Vrije geïnformeerde keuze van zorg.
- 1.3 Ondertekening en ratificatie
- 1.4 Ratificatie door Nederland?

Hoofdstuk 2. Sociale Transitie

- 2.1 Visie op dwang in de Nederlandse GGZ vanuit cliëntenperspectief
 - 2.1.1 Crisis en gevaarcriterium
 - 2.1.2 Dwang
 - 2.1.3 Alternatieven voor dwang
- 2.2 Actuele cultuurverandering in de intramurale GGZ: kwaliteit van zorg
- 2.3 Nederlandse wetgeving Verplichte GGZ en het nieuwe VN-verdrag
- 2.4 Vergelijking met duurzaamheidstransitie

Samenvatting

Aanbevelingen

Lijst van informatiebronnen

Bijlagen (1)

- 1. Digitaal tekstbestand los bijgevoegd in PDF formaat (Engelstalige versie):
 - * **UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities (CRPD)**

Inleiding

Dit rapport “**Strijdigheid tussen conceptwetsvoorstel Verplichte GGZ & VN-Verdrag inzake de Rechten van Personen met Beperkingen (CRPD) – Tijd voor een transitiebeleid voor sociale innovatie van de GGZ**” (d.d. 16 april 2009) is geschreven n.a.v. een verzoek van de beleidsmakers van Nederland inzake het Wetsvoorstel Verplichte GGZ, om op schrift te stellen met welke argumenten het conceptwetsvoorstel in strijd is met het laatstverschenen VN-Verdrag: Convention on the Rights of Persons with Disabilities (CRPD) oftewel, het Verdrag inzake de Rechten van Personen met Beperkingen. Dit rapport is in een beperkte tijd opgesteld, en kan daarom wellicht nog verbeterpunten bevatten.

Leeswijzer

In dit rapport wordt beschreven waarom het wetsvoorstel voor Verplichte GGZ in strijd is met het VN Verdrag.. Daartoe worden in hoofdstuk 1 de principes en hoofdlijnen en het nieuwe VN-Verdrag beschreven door enkele cruciale artikelen toe te lichten. Hieruit blijkt de strijdigheid van de Wet Verplichte Zorg.

In hoofdstuk 2. Sociale Transitie wordt de actuele cultuur en de gewenste dynamiek van de GGZ beschreven. De reeds ingezette cultuuromslag in de GGZ (dwangreductie, kwaliteitsontwikkeling) biedt een duidelijke kans om tegemoet te komen aan het VN-Verdrag. Hiervoor kan een overgangsregeling ontwikkeld worden, die via een innovatief transitiebeleid de ingezette actuele cultuurverandering kan versterken en verbreden.

Inleidende perspectieven

* Clientenperspectief

Dit rapport is geschreven door Jolijn Santegoeds, ervaringsdeskundige m.b.t. langdurige dwang en tevens initiatiefneemster van Actiegroep Tekeer tegen de isoleer! (2002) en de overkoepelende Stichting Mind Rights (2006), waarmee op allerlei verschillende manieren actie gevoerd wordt tegen isoleercelgebruik en dwang in de GGZ (protestacties, workshops, folders enz., zie ook www.mindrightrights.nl en www.tekeertegendeisoleer.web-log.nl).

De oudste protest slogan van Actiegroep Tekeer tegen de isoleer! is nog steeds valide in het kader van het nieuwe VN verdrag (CRPD). Deze slogan luidt: **Opsluiting is geen zorg, maar een straf,**

Straf = straf

Zorg = zorg

Als mensenrechtenactivist en ervaringsdeskundige werd ik, in de consultatiefase van het conceptwetsvoorstel van de wet Verplichte Zorg, in 2008 betrokken bij de klankbordgroep (ministerie van VWS i.s.m. Justitie) om mijn visie (cliëntenperspectief) op het conceptwetsvoorstel te geven. Een overzicht van voorgaande manifesten en papers mbt het conceptwetsvoorstel is te vinden op: <http://tekeertegendeisoleer.web-log.nl/tekeertegendeisoleer/2009/03/overzicht-van-s.html>

* Internationaal perspectief

Sinds 2007 ben ik ook internationaal actief voor cliëntenrechten, en ik maakte onlangs in maart 2009 mijn tweede (studie)reis naar Oost Afrika om te vergaderen met cliënten en cliëntenorganisaties.

Van 16 t/m 20 maart 2009 vond in Kampala, Oeganda de *WNUSP Global Assembly* plaats. Dat is de wereldnetwerkconferentie van cliëntenorganisaties (**World Network of Users and Survivors of Psychiatry, WNUSP**, www.wnusp.net), stond deze conferentie vrijwel geheel in het teken van het recente VN-Verdrag inzake de Rechten van Personen met Beperkingen.

(CRPD) dat voor cliënten wereldwijd een doorbraak betekent. Via de WNUSP heb ik toegang gekregen tot veel informatie over dit nieuwe VN-Verdrag, dat met name in het eerste deel van dit rapport aan bod komt.

Bij deze Global Assembly ben ik d.m.v. stemming tevens uitgekozen als 1 van de 8 bestuursleden (Board members) van het wereldnetwerk van cliënten (WNUSP). Samen met mijn collega Gabor Gombos uit Hongarije vertegenwoordig ik Europa in het wereldnetwerk, dat nauw betrokken is bij de totstandkoming en uitwerking van het nieuwe VN-Verdrag inzake de rechten van personen met beperkingen (CRPD). Naast Board Member ben ik ook Treasurer (penningmeester) van WNUSP.

*** Ingenieur Duurzame bedrijfsvoering**

Ik heb Milieugerichte Materiaaltechnologie gestudeerd (Duurzame Bedrijfsvoering, 2001-2005) en ik heb daarbij o.a. kennis en ervaring opgedaan over kwaliteit, risicomanagement, transitiebeleid enz. Mijn afstudeerscriptie de Eco-Energie-Index, een duurzaamheidsmaatlat voor energieopwekkingssystemen is in 2006 beloond met de eerste prijs Cirrusprijs voor duurzaamheid in afstudeeronderzoeken (Avans Hogeschool). De opgedane kennis mbt. verandermanagement (zoals milieubeleid) is met name in deel 2 van dit rapport erg bruikbaar gebleken.

1. Het nieuwe VN verdrag (CRPD)

1.1 Een nieuw VN-Verdrag

Er is aan het begin van dit millennium een nieuw mensenrechtenverdrag ontwikkeld door de Verenigde Naties, dat op 13 december 2006 is geadopteerd door de VN onder de naam **Convention on the Rights of Persons with Disabilities (CRPD)**, oftewel in het Nederlands: **het Verdrag inzake de Rechten van Personen met Beperkingen**.

Zie ook: <http://www.un.org/disabilities/default.asp?id=150>

Dit specifieke VN-verdrag inzake de Rechten van Personen met Beperkingen (CRPD) dient voor de verheldering van bestaande universele mensenrechtenverdragen. Het geeft aan op welke specifieke gebieden verbeteringen aangebracht moeten worden. Het CRPD geeft aan overheden tevens een indicatie voor de (minimaal) te bieden levensstandaard aan personen met beperkingen. Het CRPD is zonder uitzondering ook bedoeld voor alle mensen met psychische, psychiatrische, en andere psychosociale problemen.

Dit nieuwe VN verdrag inzake de Rechten van Personen met Beperkingen erkent dat overal in de wereld mensen met beperkingen een secundaire positie in of zelfs buiten de maatschappij hebben (armoede, onderdrukking, uitsluiting enz.). De noodzaak tot een oplossing van deze problemen wordt nu door diverse partijen erkend in dit nieuwste VN-Verdrag.

Na ratificatie zijn VN-verdragen bindend voor deelnemende staten, en kunnen de verdragen worden uitgevoerd als internationaal recht.

Enkele belangrijke actoren bij dit VN-verdrag zijn:

- Het Office of the High Commission for Human Rights (OHCHR, www2.ohchr.org) dat belast is met het bevorderen en beschermen van de mensenrechten. Het heeft *field offices* in verschillende landen.
- Een Committee of Experts voor elk specifiek mensenrechtenverdrag dat een land heeft geratificeerd.
- Human Rights Council oftewel Hof voor de Rechten van de Mens voor juridische zaken, voor onze regio te vinden in Brussel.
- De Special Rapporteur on Torture, Dhr. Manfred Nowak. - Hierover meer verderop in dit rapport (o.a. paragraaf 1.2.2 onder CRPD – artikel 15)

Het wereldnetwerk van cliënten: World Network of Users and Survivors of Psychiatry (WNUSP, zie ook www.wnusp.net) was nauw betrokken bij totstandkoming van VN-verdrag.

Nota Bene:

Het CRPD neemt de plaats in van de 10 Basic Principles on Mental Illness (MI-principles) van de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO 2001). Deze MI-principles omschreven o.a. richtlijnen voor dwangtoepassing, maar die komen nu te vervallen.

1.2 Inhoud van het VN-verdrag inzake personen met beperkingen

De nadruk van het verdrag ligt bij de wederzijdsheid van de beperking (dwz. de persoon in combinatie met **attitude en omgeving**), en bij de impact ervan op de levenskwaliteit en kansen.

De focus van het VN-verdrag is omschreven als “personen met een beperking”, als zijnde een “barrière in de interactie” en een beperking is daarom gedefinieerd als een gedeeld probleem van de persoon en zijn/haar omgeving.

- *Persons with disabilities include those who have long-term physical, mental, intellectual or sensory impairments which in interaction with various barriers may hinder their full and effective participation in society on an equal basis with others. (Article 1)*

1.2.1 Gelijkwaardigheid en non-discriminatie

De hoeksteen van VN verdragen wordt altijd gevormd door gelijkwaardigheid en non-discriminatie. Discriminatie op basis van beperking is gedefinieerd als: onderscheid, uitsluiting of beperking (op grond van beperking(en)), met als doel of effect het minimaliseren van erkenning, genot of het uitoefenen van alle mensenrechten en fundamentele vrijheden op gelijke basis met anderen, op politiek, economisch, sociaal, cultureel, civiel of ander vlak. Dit omvat alle vormen van discriminatie evenals het weigeren/onthouden van een redelijke accommodatie¹.

Staten dienen te zorgen voor non-discriminatie en gelijke kansen in wetgeving en praktijk. Staten zijn verplicht tot inclusie en bevorderen van deelname van personen met beperkingen in samenleving. Daarmee is de overheid verplicht tot het voorzien in, of aanpassen tot redelijke accommodatie.

Het CRPD omvat voorwaarden voor een gelijkwaardig ‘genot’ van alle mensenrechten en fundamentele vrijheden voor alle personen met beperkingen.

Enkele zeer belangrijke artikelen zijn:

Artikel 12 – Zelfbeschikking, dwz het recht om je eigen keuzes te maken (*Legal Capacity*).

Artikel 14 – Vrijheid, dwz het recht om in vrede tussen anderen te wonen

Artikel 15 – Vrijwaring van marteling en mishandeling

Artikel 17 – Recht op respect voor fysieke en mentale integriteit

Artikel 19 – Onafhankelijk leven in de samenleving

Artikel 25 – Vrije en geïnformeerde keuze van gezondheidszorg

1.2.2 Hoofdpijnen: Principes en Rechten van het CRPD

In het VN verdrag inzake de rechten van personen met beperkingen verschuift de visie van een medisch model gebaseerd op paternalisme naar een socialer model gebaseerd op respect voor mensenrechten.

¹ redelijke accommodatie is gedefinieerd als; accommodatie die niet buitenproportioneel of tot oneigenlijke last is. (Toelichting van Redelijke accommodatie, zie paragraaf 1.2.2 artikel 15)

Artikel 12 – Zelfbeschikking (*Legal Capacity*)

Zelfbeschikking betekent het recht om over je eigen leven te beschikken en te zijn zoals je wil zijn, inclusief persoonlijke handelingsbevoegdheid en wilsbeschikking (dat is hetgeen ons allen uniek maakt). Het CRPD geeft het recht op zelfbeschikking ook expliciet aan cliënten met een psychiatrische achtergrond en/of een andere beperking. Immers, **het recht om gelukkig te worden op een persoonlijke manier** kan je iemand niet ontnemen.

Artikel 12 Zelfbeschikking (artikel 1 van de Universele Verklaring van de Rechten van de Mens) beschrijft dus het recht om zelf keuzes te maken en zelf te handelen. Zelfbeschikking strekt zich uit over alle aspecten van het leven. Gelijkwaardig betekent gelijkwaardig.

Soms kan het zo zijn dat een persoon vanwege een beperking moeite heeft met het maken van een geïnformeerde keuze. Dan heeft die persoon recht op de ondersteuning die hij/zij nodig heeft om zijn/haar zelfbeschikking uit te oefenen. Die ondersteuning is dan geen “Substitute Decision Making” maar **Supported Decision Making**, waarbij de persoon wordt geholpen met bijv. informatie en overzicht, zodat de persoon zelf een vrije geïnformeerde weloverwogen persoonlijke keuze kan maken over aspecten van zijn/haar leven.

Supported Decision Making is feitelijk een hele natuurlijke begripvolle manier van bejegenen, bijvoorbeeld helder spreken, kortere sessies, verduidelijkingen, hulpmiddelen gebruiken, zodat een persoon goed kan overzien op welk gebied er een keuze van hem/haar verwacht wordt. In de context in crisissituaties op het gebied van geestelijke gezondheid kan Supported Decision Making worden opgevat als een ondersteunende dialoog met de cliënt, zodat diegene de situatie goed kan begrijpen en **een eigen weloverwogen, geïnformeerde keuze** kan maken. De “support” die nodig is, is afhankelijk van de persoon, en evengoed ook van zijn/haar omgeving.

Supported Decision Making

- *States Parties shall take appropriate measures to provide access by persons with disabilities to the support they may require in exercising their legal capacity. (Art. 12.3)*
- *Support to exercise legal capacity = supported decision-making*
- *Diverse approaches*
- *Support must respect the will and preferences of the person. Making decisions for the other person is not support.*

Voor Supported Decision Making kan men een systeem ontwerpen dat het persoonlijke sociale netwerk nauw betreft. Het Eindhovens Model wordt in deze context ontwikkeld. Het Eindhovens Model omvat een gespreksprocedure met de cliënt en het naastbetrokken sociale netwerk van die persoon.

Artikel 14 – Vrijheid

Artikel 15 – Vrijwaring van marteling en mishandeling (*Freedom from Torture*)

Gedwongen psychiatrische interventies kunnen aangemerkt worden als marteling.

Torture (marteling) is omschreven aan de hand van de volgende kenmerken, die vertaald zijn naar Forced Psychiatry (gedwongen psychiatrische interventies).

<i>Torture</i>	<i>Forced Psychiatry</i>
<ul style="list-style-type: none">• <i>Severe physical or mental pain or suffering</i>• <i>Intentionally inflicted</i> • <i>For a purpose</i><ul style="list-style-type: none">– <i>Obtaining confession</i>– <i>Punishment</i> – <i>Intimidation or coercion</i> – <i>Reasons based on discrimination</i> • <i>By or with consent of state officials</i>• <i>Exception for lawful sanctions (e.g. suffering inherent in prison sentence for a crime)</i>	<ul style="list-style-type: none">• <i>External/internal/mental and emotional violence – experienced as severe</i>• <i>Intent to force or coerce drugs, ECT, etc. (means: not accidentally, does not have to be intended that the person suffers)</i>• <i>Purposes of forced psychiatry:</i><ul style="list-style-type: none">– <i>“confession”</i> of mental illness– <i>Punishment</i> for self-advocacy, organizing, mad behavior– <i>Intimidation or coercion</i> to submit to authorities, change mad behavior– <i>Intolerance of madness – reason based on discrimination</i> • <i>Public hospital employees; private hospitals authorized by law to apply coercion</i>• <i>Not a lawful sanction for any crime</i>

- *The UN Special Rapporteur on Torture Manfred Nowak says, "The acceptance of involuntary confinement and involuntary treatment runs counter to the provisions of the Convention on the Rights of Persons with Disabilities" and that these practices may constitute torture or ill-treatment. (OHCHR Legal Measures study para 44)*

In Nederland dienen gedwongen psychiatrische interventies dus afgeschaft te worden, net als overal in de wereld.

Het ontnemen van vrijheid kan niet enkel op basis van een beperking worden toegepast, want dat is discriminatie. De term “gevaar veroorzaakt door een psychische stoornis” (bedoeld als risico voor de toekomst) kan daarom geen grond meer vormen voor het ontnemen van vrijheden.

Het ontnemen van vrijheden is enkel legaal als dat op gelijke basis met anderen gebeurt, en dat is: op basis van strafbaarheid na een overtreding van de algemeen geldende wet. Hierbij is “reasonable accommodation” oftewel redelijke accommodatie een zeer belangrijk onderwerp.

Redelijke accommodatie en strafrecht

Met betrekking tot personen die de algemene Nederlandse wet hebben overtreden en tevens psychosociale problemen of beperkingen hebben, kan worden overwogen om op legale

gronden hun vrijheden in te perken (op basis van **strafrecht**), met tevens de verplichting om te voorzien in een redelijke accommodatie.

Er is reeds een strafrechtelijk systeem in Nederland, en er zou geen verschil moeten zijn tussen personen met psychosociale beperkingen en andere overtreders van de wet. Zij zouden allemaal goed behandeld moeten worden, met respect voor de leercapaciteiten om recidive te voorkomen. Hierin zit tevens de kern van redelijke accommodatie.

Straf op zich is een slechte les, met een negatieve, afwijzende benadering. Straf is bedoeld om iemand te laten lijden door vrijheden of rechten in te perken, en diegene door machtsongelijkheid te laten vrezen voor consequenties van een bepaald gedrag. Maar straf op zich heeft geen echt leerproces in zich, en leidt niet tot een positieve groei of bewustwording van de persoon in een diepere betekenis. De noodzakelijke persoonlijke groei vindt doorgaans elders plaats, bijvoorbeeld bij Reclassering en Nazorg.

Dit is vaak ook bij klinische GGZ het geval. De klinische behandeling vergroot juist vaak de kloof, de sociale afstand en eenzaamheid, en dat leidt dan juist tot verergering van de problemen. En de grootste toename van welzijn vindt hoofdzakelijk plaats bij Rehabilitatie.

Zowel de straf als de zorg zouden zich moeten richten op het leven dat een persoon heeft (dat is inclusief de sociale context). Het blijkt dat zowel straf als klinische behandelingen niet leiden tot het gewenste effect dat we in het leven van deze personen teweeg zouden willen brengen, maar juist vaak leidt tot meer behoeften : zoals de nodige (re)integratie en (opnieuw) leren participeren, (re)organiseren van basisbehoeften (woonruimte, financiën enz.), (her)opbouwen van een sociaal netwerk en zo voorts. Dus de systemen voor zorg en straf zijn noch effectief noch efficiënt.

De kerntaak van juridische systemen voor overtreders van de wet zou moeten zijn: te voorzien in de vraag **welke leerweg een persoon nodig heeft** om een dergelijk feit verder te voorkomen. In de visie van het nieuwe VN-verdrag dient wederom het integrale leven van de client centraal worden gesteld om tot goede resultaten te komen.

Dat kan bijv. leiden tot de conclusie dat het bijv. redelijk zou zijn om de straf op een alternatieve locatie te volbrengen. Wat redelijk is, moet door **maatwerk** vastgesteld worden.

- Ook in deze context probeert het Eindhovens Model aansluiting te maken voor een procedure voor een gesprek met de cliënt en naastbetrokkenen om redelijke accommodatie te formuleren.
- Het Nederlandse TBS-systeem voldoet dus niet aan de internationale maatstaven, en zou hiervoor omgevormd kunnen worden. NB. Een vrijheidsbeperking in een alternatieve accommodatie (anders dan de reguliere gevangenis) mag uiteraard niet langer duren dan de reguliere straftermijn.
- Een alternatieve straf mag niet verdergaand zijn dan een reguliere straf (een reguliere straf is het beperken van fysieke bewegingsvrijheid door detentie of een boete, en dus geen gedwongen medicatie, maar respect voor integriteit van het lichaam)
- Het kwijtschelden van straffen kan soms ook redelijk zijn.

Wat redelijk is qua accommodatie, is dus afhankelijk van de persoon en de context, en vraagt dus om maatwerk.

Zorg onder dwang werkt niet, omdat de cliënt zich van nature afsluit voor de onderdrukker, waardoor adviezen en steun dus niet aan (kunnen) komen. Een gedwongen interventie kan tevens ook marteling zijn, en schendt de integriteit. In een gelijkwaardig sociaal model kan psychosociale ondersteuning enkel op vrijwillige basis plaatsvinden, omdat er vertrouwen en

begrip voor nodig is. Daarom heeft de persoon in kwestie na een strafrechtelijke veroordeling ook een keus in het wel of niet aanvaarden van zorg. (artikel 25 vrije geïnformeerde keuze). TBS met dwangbehandeling is dus achterhaald.

Kortom:

- redelijke accommodatie voor cliënten → supported decision making (art. 25)
- redelijke accommodatie voor personen die de wet hebben overtreden, en tevens psychosociale problemen of beperkingen hebben → maatwerk

Als toelichting volgen hier enkele belangrijke punten uit een onderzoek van de OHCHR:

Deprivation of liberties

- *States Parties shall ensure ... that any deprivation of liberty is in conformity with the law, and that the existence of a disability shall in no case justify a deprivation of liberty. (Article 14)*
- *This prohibits mental health detention*
 - *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. (OHCHR Legal Measures study para 49)

Insanity defence

- *In the area of criminal law, recognition of the legal capacity of persons with disabilities*
This requires abolishing a defence based on the negation of criminal responsibility because of the existence of a mental or intellectual disability. Instead disability-neutral doctrines on the subjective element of the crime should be applied, which take into consideration the situation of the individual defendant.
(OHCHR Legal Measures study para 47)

Artikel 17 – Fysieke en mentale integriteit

Artikel 17 geeft alle personen met beperkingen **het recht op respect** voor fysieke en mentale integriteit op gelijke basis met anderen. Ditzelfde recht (Artikel 3 uit de Universele Rechten van de Mens) is het recht dat andere mensen zonder beperkingen beschermt tegen ongewenste behandeling, gedwongen opsluiting of elke andere onwelkome interventie van hun lichaam en geest. Artikel 17 bevestigt dat deze rechten ook expliciet gelden voor mensen met beperkingen, waarmee ook mensen met psychosociale beperkingen en problemen zijn bedoeld (zie art. 1 CRPD). Gedwongen medicatie en gedwongen behandeling wordt hierdoor niet langer toelaatbaar, ofwel verboden.

Freedom from torture/ Integrity of the person

- *States Parties shall take all effective legislative, administrative, judicial or other measures to prevent persons with disabilities, on an equal basis with others, from being subjected to torture or cruel, inhuman or degrading treatment or punishment. (Article 15)*
- *Every person with disabilities has a right to respect for his or her physical and mental integrity on an equal basis with others. (Article 17)*
 - *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. (para 44)*
 - *The Special Rapporteur notes that forced and non-consensual administration of psychiatric drugs, and in particular of neuroleptics, for the treatment of a mental condition needs to be closely scrutinized. Depending on the circumstances of the case, the suffering inflicted and the effects upon the individual's health may constitute a form of torture or ill-treatment. (para 63)*

In de Nederlandse GGZ betekent dat: **geen dwangtoepassingen meer**, geen middelen en geen maatregelen, geen preventieve isoleer, geen fixatie, en zeker geen dwangmedicatie.

In Nederland zal dus een **cultuuromslag in de GGZ** nodig zijn, en het mooie is, deze cultuuromslag is al gedeeltelijk ingezet, bijvoorbeeld door de projecten Dwang en Drang. Echter de projecten tot **het verminderen van isoleercellen en dwang** bestrijken maar een smal deel van de benodigde transitie, en zullen dus ook verbreed en doorgezet moeten gaan worden, met onder andere **meer inspanningen voor het verminderen van dwangmedicatie**. (zie Aanbevelingen). Het recht op integriteit van de persoon maakt het onmogelijk dat dwangmedicatie toegepast wordt, want dat is namelijk verschrikkelijk indringend, ingrijpend en maakt inbreuk op het belangrijkste deel van de mens: de ziel, de geest, de identiteit. In Artikel 17 van het CRPD en met de uitspraken van de Special Rapporteur on Torture wordt bevestigd dat dwangmedicatie inderdaad als marteling gezien kan worden en in strijd is met de Rechten van de Mens.

Overtuigingskracht, vertrouwen en contact zijn de beste alternatieven voor dwang. Paniek bestrijd je immers niet met paniek. Een **integrale, sociale, respectvolle benadering** dient het motto te zijn van de zorg. Hiervoor is een verandering over de gehele zorglinie nodig.

De cultuuromslag mbt dwangreductie zal in de volle breedte moeten worden voortgezet, dus ook buiten de GGZ, zodat cliënten kunnen integreren in de **samenleving**, en er vanuit de samenleving ook betrokkenheid is bij de deinstitutionalisering en vermaatschappelijking van de zorg en de cliënten, zodat ook het **stigma en taboe** verdwijnt. (zie ook hoofdstuk 2 paragraaf 2.2 Actuele cultuurverandering in de intramurale GGZ: kwaliteit van zorg)

Artikel 19 – Zelfstandig leven in de samenleving

Artikel 25 - Vrije geïnformeerde keuze

Artikel 19 geeft alle personen, ook personen met (psychosociale) beperkingen, hetzelfde recht om in de samenleving te leven, en te kiezen waar en met wie diegene wil wonen op een gelijkwaardige basis met anderen. Gedwongen opname kan dus niet meer, want ook personen met psychosociale problemen hebben recht op zelfbeschikking en **het recht om zelf te kiezen waar diegene wil verblijven**.

De artikelen zeggen ook iets over de **toegankelijkheid van de zorg**, want anders heeft men geen keus of geen kans. De mensen die ondersteuning of hulp nodig hebben om **gelijke kansen** te kunnen hebben en volwaardig/ gelijkwaardig deel te kunnen nemen aan de samenleving, hebben recht op gelijke kansen, en dus recht op ondersteuning en hulp om die gelijke kansen te hebben. Zorg is “support” ofwel ondersteuning en hulp. En zorg dient dus toegankelijk en beschikbaar te zijn. Echter in de Nederlandse GGZ zitten we nog met een wachlijstprobleem. Daar zal echt dringend iets aan moeten gebeuren (zie Aanbevelingen)

Ook hebben alle personen het recht om zorg en ondersteuning te weigeren, want dat is immers een mogelijkheid als iemand een keuze maakt (artikel 12 en 25).

CRPD on living independently in the community

- *States Parties to the present Convention recognize the equal right of all persons with disabilities to live in the community, with choices equal to others, and shall take effective and appropriate measures to facilitate full enjoyment by persons with disabilities of this right and their full inclusion and participation in the community, including by ensuring that:*
 - (a) *Persons with disabilities have the opportunity to choose their place of residence and where and with whom they live on an equal basis with others and are not obliged to live in a particular living arrangement;*
 - (b) *Persons with disabilities have access to a range of in-home, residential and other community support services, including personal assistance necessary to support living and inclusion in the community, and to prevent isolation or segregation from the community;*
 - (c) *Community services and facilities for the general population are available on an equal basis to persons with disabilities and are responsive to their needs. (Article 19)*
- *Right to choose, and right to have access to support services*

CRPD on free and informed consent

- *States Parties shall:*
 - (d) *Require health professionals to provide care of the same quality to persons with disabilities as to others, including on the basis of free and informed consent (Article 25)*
- *Exercise of legal capacity – right to make health care decisions for oneself*
- *Full disclosure of information about nature of treatment, risks, etc.*
- *No intimidation or coercion*

1.3 Ondertekening en ratificatie

Nederland heeft het VN-Verdrag inzake de Rechten van Personen met Beperkingen op 30 maart 2007 bij de officiële ceremonie in het Hoofdkantoor in New York al wel ondertekend (waaruit de intentie tot uitvoering blijkt), maar ons land heeft het verdrag nog niet geratificeerd. (zie ook <http://www.un.org/disabilities/countries.asp?navid=12&pid=166>)
Persoonlijk twijfelen wij er niet aan dat Nederland dit VN-verdrag en het Optionele Protocol spoedig zal ratificeren. (zie ook paragraaf 1.4 Ratificatie door Nederland?)

Ondertekening van VN-Verdrag betekent een **inspanningsverplichting** om tegemoet te komen aan de doelen van het VN-Verdrag zelf. De artikelen van het VN-verdrag worden officieel pas bindend na ratificatie, echter het is redelijkerwijs te voorzien dat dit VN-verdrag door Nederland in de nabije toekomst geratificeerd zal worden, dus dienen de artikelen van het CRPD gerespecteerd te worden in het nieuwe wetsvoorstel over GGZ in crisissituaties.

Uit voorgaande artikelen uit het VN-verdrag inzake de Rechten van Personen met Beperkingen (CRPD) blijkt dat gedwongen psychiatrische interventies in strijd zijn met de internationale VN-wetgeving.

Zeer belangrijk is ook de uitspraak van de Special Rapporteur on Torture, dhr. Manfred Nowak:

- *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 and that these practices may constitute torture or ill-treatment.*

Gedwongen psychiatrische behandeling wordt door deze uitspraak geplaatst binnen de definitie van marteling, en is daarom ook via andere verdragen verwerpelijk.
Er zal dus werkelijk iets moeten gaan veranderen.

ICCPR

- *No one shall be subjected to torture or to cruel, inhuman or degrading treatment or punishment.
In particular, no one shall be subjected without his free consent to medical or scientific experimentation.
(International Covenant on Civil and Political Rights Art. 7)*

Ill-treatment (CAT)

- *Each State Party shall undertake to **prevent** in any territory under its jurisdiction other acts of cruel, inhuman or degrading treatment or punishment which do not amount to torture as defined in article I, when such acts are committed by or at the instigation of or with the consent or acquiescence of a public official or other person acting in an official capacity.
(Convention against Torture Art. 16)*

CRPD:

- *No one shall be subjected to torture or to cruel, inhuman or degrading treatment or punishment.
In particular, no one shall be subjected without his or her free consent to medical or scientific experimentation.
States Parties shall **take all effective legislative, administrative, judicial or other measures** to prevent **persons with disabilities**, on an equal basis with others, from being subjected to torture or cruel, inhuman or degrading treatment or punishment. (CRPD Art. 15)*

Dit alles geeft een noodzaak om te beginnen met het vormgeven van de vernieuwing en transitie (overgang) die voorgesteld wordt in het VN-verdrag inzake de Rechten van Personen met Beperkingen. Een sociale transitie in de zorg is een noodzaak, en die **urgentie** wordt o.a. door cliënten, familieleden, menige hulpverlener en de VN actief uitgedragen.

Optional Protocol

In het Optional Protocol van het VN-Verdrag inzake de Rechten van Personen met Beperkingen staan verdergaande **aanvullende doch bindende afspraken**, zoals de voorgestelde invloed van controleorganen inzake mensenrechten.

1.4 Ratificatie door Nederland?

Het is, gezien de goede relaties tussen Nederland en de VN, onze verwachting dat Nederland het VN-Verdrag en het Optionele Protocol beiden zal gaan ratificeren.

Nederland en de VN

Nederland behoort tot de oorspronkelijke ondertekenaars van het **Handvest van de VN** (1945). Binnen de VN streeft Nederland naar een verdere ontwikkeling van de internationale rechtsorde, het verbeteren van de mensenrechtensituatie, de bescherming van het milieu en het bevorderen van duurzame ontwikkeling.

Nederland legt van oudsher sterk de nadruk op de ontwikkeling van internationaal recht. Dat dit vaststaand beleid is van het Nederlandse buitenlandse beleid, is vastgelegd in de Grondwet (artikel 90: bevordering van de Internationale Rechtsorde) Ruim honderd jaar geleden (1899) werd de eerste internationale vredesconferentie in Den Haag gehouden, waarbij het **Permanente Hof van Arbitrage** werd opgericht. Voor dit hof werd het **Vredespaleis** gebouwd., dat in 1913 gereed kwam. In het Vredespaleis is eveneens het **Internationaal Gerechtshof** gevestigd. Ook het Joegoslavië -tribunaal, dat tot doel heeft oorlogsmisdadigers uit het voormalige Joegoslavië te berechten, zetelt in Den Haag.

Sinds juli 2002 is Den Haag ook zetel van het **Internationaal Strafhof**, dat ernstige gevallen berecht van oorlogsmisdrijven, misdrijven tegen de menselijkheid, genocide en agressie die zich voordoen in landen van de Verenigde Naties. Bij gratie van de verdragspartijen betekent dit de institutionalisering van ad hoc tribunaal als het Joegoslavië-tribunaal en het Rwanda-tribunaal. Het Internationaal Strafhof is overigens geen VN-tribunaal zoals het Joegoslavië- of Rwanda-tribunaal, maar een aparte verdragsorganisatie.

Ook op het punt van ontwapening bekleedt Den Haag een vooraanstaande rol met de vestiging van de **Organisatie voor het Verbod op Chemische Wapens**, in 1993 door de VN opgericht om toe te zien op de naleving van het verbod op chemische wapens en de ontmanteling ervan.

Dat Nederland actief betrokken is bij de VN, blijkt wel uit de dagelijkse contacten tussen Nederland en de VN via de Permanente Vertegenwoordigingen (PV's) van Nederland bij het VN-hoofdkantoor in New York en bij andere VN-organisaties in Genève (Europees bureau VN en andere organisaties, incl. UNHCR, alsmede CD-Conference on Disarmament), Nairobi (HABITAT, UNEP), Parijs (UNESCO), Rome (FAO, WFP, IFAD-International Fund for Agricultural Development), en Wenen (bureau van de VN, IAEA-International Atomic Energy Agency, UNIDO-United Nations Industrial Development Organization, CTBTO-Comprehensive Nuclear Test Ban Treaty Organization).

Gezien de voorgaande “staat van diensten” van Nederland voor de VN verwachten wij dat Nederland het volgende VN-Verdrag, het Verdrag inzake de Rechten van Personen met Beperkingen, met eenzelfde passie zal omarmen, en vooraan zal staan bij de voorgestelde

sociale transitie. Hiervoor pleit tevens dat zich in een internationale context Nederland beslist niet hoeft te schamen voor zijn sociale psychiatrie en zijn cliëntenbeweging.

Nederland was al vroeg in de 20^{ste} eeuw betrokken bij de Beweging voor Geestelijke Volksgezondheid, en heeft al heel vroeg de aandacht van de internationale medische en psychiatrische wereld getrokken met het systeem van de ‘rijdende psychiater’ van dr. A. Querido bij de Geneeskundige Gezondheids Dienst van Amsterdam. Ook werd in ons land relatief vroeg, namelijk in 1937, op nationaal niveau een opleiding ontwikkeld voor de zogenaamde ‘voor- en nazorg’ door psychiaters en verpleegsters die in de psychiatrie waren opgeleid.² Aanvankelijk bezochten deze verpleegsters vooral psychiatrische patiënten die waren ontslagen, en hielpen hen bij het vinden van huisvesting, werk etcetera. Later richtten zij zich echter ook op het voorkómen van een heropname, of zelfs van de allereerste opname. De opleiding werd in de jaren vijftig en zestig aanzienlijk verzaamd (onder meer ten gevolge van discussies over het Amerikaanse model van social casework, hetgeen leidde tot opleidingen voor psycho-sociaal werksters, die begin jaren zestig weer teloor gingen), en kreeg in 1973 inbedding in het hoger onderwijs. Het was een specialisatie die openstond voor intramuraal opgeleide psychiatrisch verpleegkundigen die zich wilden bekwalen voor de Maatschappelijke Gezondheidszorg. Kortom: De aanpak met Community Mental Health heeft in Nederland een lange traditie. Sedert het midden van de jaren negentig van de 20ste eeuw medio is deze traditie door de zogenaamde ‘functionele ordening’ in de Nederlandse GGZ en de daaruit voortvloeiende fusiegolf tussen intramurale instituten en ambulante zorg enigszins ondergesneeuwd geraakt. Het ziet ernaar uit dat het nieuwste VN verdrag Nederland zal noodzaken de laatste tien a vijftien jaar van haar GGZ kritisch te herevalueren en de **sociale psychiatrie** weer op de voorgrond te plaatsen.

² Zie: Goei, Leonie de (2001). *De psychohygiënist, Psychiatrie, cultuurkritiek en de beweging voor geestelijke volksgezondheid in Nederland 1924-1970*. Nijmegen: SUN en Oosterhuis H. en M.F. Gijswijt-Hofstra (2008). *Verward van geest en ander ongerief. Psychiatrie en geestelijke gezondheidszorg in Nederland (1870-2005)*. Houten: Bohn Stafleu en Van Loghum.

2. Sociale innovatie en transitie van de Nederlandse GGZ

In de volgende paragrafen wordt uiteengezet hoe de huidige cultuuromslag verloopt (sociale innovatie in de zorg) en hoe de genoemde brede sociale transitie in de Nederlandse GGZ vormgegeven kan worden.

2.1 Visie op dwang in de Nederlandse GGZ vanuit cliëntenperspectief

Er was altijd al breed verzet tegen dwang, met name van cliënten en cliëntenorganisaties, zo ook door Actiegroep Tekeer tegen de isoleer! / Stichting Mind Rights.

De oudste slogan van Actiegroep Tekeer tegen de isoleer! is nog steeds valide in de context van het nieuwe VN-Verdrag inzake de Rechten van Personen met Beperkingen (CRPD) en is verduidelijkend en samenvattend voor de cultuurverandering ten aanzien van dwang:

straf = straf

zorg = zorg

2.1.1 Crisis en gevaarcriterium

Elke reactie heeft een oorzaak. Ieder mens is uniek met zijn/haar eigen karakter en ieder mens heeft bovendien zijn/haar eigen weg te gaan naar persoonlijk geluk.

Soms weet iemand niet meer hoe hij/zij verder moet met zijn/haar gevoel, en kan er een ongewone situatie ontstaan, waarbij het gedrag van iemand verandert. Zo kan er een **psychosociaal probleem** rijzen tussen een persoon en zijn/haar omgeving.

Soms escaleert het probleem, of overschrijdt de situatie de draagkracht van de omgeving en moet er acuut iets gebeuren, en dan spreekt men van een acute **crisissituatie**. Crisissituaties komen zowel in de leefsituatie in de maatschappij als in de GGZ op afdelingsniveau voor.

Soms zijn er momenten dat een persoon een zogeheten gevaar voor zichzelf of anderen vormt door bijvoorbeeld agressie of zelfmoordpogingen, maar ook dan heeft dat gedrag een oorzaak en een reden. Veelvoorkomende oorzaken van agressie (en ook voor zelfmoordpogingen) zijn bijvoorbeeld paniek, angst, boosheid, onbegrip, **onmacht**, waarbij gezegd kan worden dat in dat soort situaties de persoon vaak geen andere uitweg ziet of kent.

De geestelijke gezondheidszorg heeft dus eigenlijk als kerntaak om die andere uitweg te leren vinden, echter, in een crisis hebben hulpverleners vaak maar weinig tijd, en men lijkt een eenvoudige oplossing te verwachten. In sommige gevallen heeft men simpelweg al bij voorbaat bepaald hoe men een crisis zal gaan oplossen (bijv. dwangopname, toediening van dwangmedicatie, verblijf in de separeer), en is de keuze die de client heeft beperkt tot **wel/geen medewerking**. Dan wordt er dus niet ECHT met de client gepraat of onderhandeld over de beste, minst ingrijpende oplossing, maar de client moet het maar slikken dat anderen voor hem/haar bepalen “dat het zo niet langer meer kan” en dat de persoon daarom bepaalde vrijheden (lees: levensgeluk) moet afstaan en terechtkomt in een volstrekt onbegrijpelijke subcultuur waar geweld domineert in een keten van lege zondagen.

NB het hebben van psychiatrische problemen is vaak beangstigend, maar ook de hulpverlening heeft een negatief imago. De eerste confrontatie met de GGZ in een crisissituatie is daardoor vaak dubbel moeilijk en vraagt erg veel veerkracht van cliënten.

2.1.2 Dwang

Bij de toepassing van dwang wordt er voorbij gegaan aan **de beleving van de client**, en dat is natuurlijk ongepast in de Geestelijke Gezondheidszorg, waarbij gevoelens juist centraal zouden horen te staan.

Ook heeft gedwongen opsluiting en dwang een **averechts effect** op het welzijn van een persoon, en het is niet prikkelarm, heilzaam of rustgevend, maar juist beangstigend, traumatiserend en onrechtvaardig. Mensen worden er dus vaak ook niet rustig van, en ook niet minder suïcidaal, maar eenzame opsluiting en dwang leidt vaak tot verzet en onrust. Dwang leidt tot vreselijke gevoelens van eenzaamheid, onmacht, ongelijkheid, vernedering, verdriet, angst, boosheid, onbegrip, verwarring, agressie, en dat leidt dan weer tot nieuwe problemen met mogelijke escalaties. En omdat bij dwangtoepassing er over de grenzen van de client heen wordt gegaan (die zegt immers Nee, waarna dwang en **geweld** in beeld komen) is het voor de client erg moeilijk om zich daarna nog open te stellen voor diezelfde hulpverleners, en om zijn/haar innerlijke leven nog te delen. Clienten verwachten begrip voor hun gevoel, en dwang is daaraan tegengesteld. Hoe kunnen zij hulpverleners dan nog vertrouwen? Veel clienten worden daarom introvert van dwang en houden de hulpverleners op afstand uit zelfbescherming (angst om opnieuw gekwetst of bestraft te worden). Dit leidt ertoe dat escalaties bij hulpverleners dus vaak “onverklaarbaar zijn en als verassing komen”, en er (ook bij hulpverleners) paniek uitbreekt omdat men niet weet wat men moet doen, omdat er geen goed contact is tussen de client en de hulpverlener. Dwang draagt dus niet bij aan een grotere veiligheid, want door dwang ontstaat er een nieuwe bron van onrust en dat kan leiden tot een kloof c.q. **vertrouwensbreuk** tussen hulpverleners en clienten. Van dwang leer je niet hoe je je wel zou moeten uiten, je leert meestal alleen dat het vervelend is wanneer je te ver bent gegaan. Dwang heeft niets te maken met zorg en heilzame psychiatrische behandeling, maar dwang is een brute, ouderwetse, achterhaalde maatregel om orde en rust te handhaven.

2.1.3 Alternatieven voor dwang - door Actiegroep Tekeer tegen de isoleer! / Mind Rights

De zorg zou de client juist moeten helpen bij het leren vinden van een andere uitweg voor moeilijk hanteerbare emoties en andere levensaspecten die tot een probleem kunnen leiden. **Een goed contact tussen de client en de hulpverlener** is nodig om een vertrouwensrelatie op te kunnen bouwen, om alles te kunnen bespreken (ook taboes), om adviezen aan te kunnen nemen en om open kunnen staan voor nieuwe kansen en het uitproberen van nieuwe mogelijkheden. Het persoonlijke leerproces om een “acceptabele uitweg” te vinden kan ondersteund worden, maar niet zomaar door iedereen. Zorg is persoonlijk. Voor geestelijke gezondheidszorg is vertrouwen en begrip nodig, en de sociale context speelt eveneens een belangrijke rol in het welzijn, en ook de definitie van welzijn is persoonlijk. Om een toename in welzijn te bevorderen, is er dus een persoonsgerichte benadering nodig, die in de eerste plaats respectvol is mbt de **wensen** van de client als individu, en daarbij ook aandacht heeft voor de wensen van zijn/haar omgeving, om zo de wederzijdse, gedeelde beperking in de interactie op te lossen.

In een ernstige crisissituatie waarbij geweld en agressie aan de orde zijn, kan men door **bejegening** de situatie toch vaak beïnvloeden. Als men paniek met paniek beantwoordt, gaat het vaak mis (denk aan het alarmsysteem van de verpleging). Agressie en geweld hebben vaak een achterliggende oorzaak of reden. Iemand die een gevaar vormt voor zichzelf of zijn/haar omgeving, heeft dus eigenlijk symptomen van een dieperliggend probleem.

Veel zelfmoorden worden gepleegd uit **hoogopgelopen wanhoop**, en daarmee dient op een goede wijze omgegaan te worden, door nabij te zijn en diegene op zijn/haar gemak te stellen als dat gaat. Dan zijn er nog enkele zelfmoorden die wel een weloverwogen keuze zijn, en daarvoor is altijd wel een manier te vinden. Mensen hebben het recht om hun eigen leven te beëindigen, maar emotionele impulsieve suicides dienen te worden voorkomen. De hulpverlening kan zich richten op het vinden van een geschikte persoon die contact kan maken met de client, en die kan proberen de persoon op andere gedachten te brengen, met

respect voor de zelfbeschikking uiteraard. Een geschikte persoon kan vaak gevonden worden in het sociale netwerk van de persoon. (* mogelijkheid voor Eindhovens Model)

Personen die een gevaar voor anderen c.q. de omgeving vormen, kunnen ook geholpen worden met het **hanteren van driften**, door andere manieren te leren vinden om gevoel te hanteren en/of wensen kenbaar te maken (bijv. boksen, hardlopen enz.). Er is steeds meer kennis beschikbaar (m.n. door Project Dwang en Drang) over hoe men het beste met bepaalde moeilijke situaties (zoals acute crisissituaties) kan omgaan. (talking down, (F)ACT/bemoeizorg enz.)

Dwang leidt meestal tot verzet en moeilijke gevoelens, wat dus eigenlijk een tegenargument (contra-indicatie) is mbt dwangtoepassing bij agressie. Ook bij suïcidale personen is dwang een slecht idee, omdat de persoon zich dan nog ellendiger gaat voelen.

Als er acuut gevaar is, valt het onder de algemene burgerplicht om de betrokkenen te proberen te redden en zondig hulp in te schakelen. Dat houdt in: **ingrijpen bij zelfmoordpogingen, en bij echte geweldincidenten: politie inschakelen.**

De politie is eigenlijk als enige echt bevoegd om in te grijpen middels vrijheidberoving.

De politie is daartoe geselecteerd en opgeleid, heeft ervaring met dergelijke interventies en de nodige middelen en faciliteiten, en rechtssystemen om dat op een redelijke wijze te doen. Er mag verwacht worden dat de politie rechtsgelijkheid en redelijke accommodatie kan garanderen. (en hiervoor kan eventueel een aanvullende training worden opgezet).

Voor cliënten geeft politie-inzet wellicht een duidelijke reflectie op het (grensoverschrijdende) gedrag, en er kan een redelijke accommodatie gevonden worden. Niet iedere cliënt heeft last van agressie, en niet iedere cliënt overziet de gevolgen of impact van zijn/haar gedrag.

Zorg is nu juist de kunst om problemen te signaleren en te verhelpen door een goede reactie te geven die de persoon verder kan helpen in zijn/haar levensweg (bijv. duidelijk zijn, de persoon begrijpen, meedenken aan een oplossing, of een grapje maken...). Geestelijke gezondheidszorg gaat over de levenskunst, de vaardigheden die je nodig hebt voor het leven en het (samen) leven. **Contact en een sfeer van openheid** zijn essentieel bij geestelijke hulpverlening om openhartig over het innerlijk te kunnen praten, en samen verder te komen. Dwang vergroot enkel de afstand tussen de partijen, terwijl wederzijds inlevingsvermogen en identificatie met de ander nodig is om **vertrouwen** op te bouwen. Zodra er vertrouwen is, wordt communicatie en samenwerking mogelijk, en kan er met vereende krachten naar een passende persoonsgerichte oplossing voor de problemen gezocht worden, die voor alle betrokkenen acceptabel is. Geestelijke gezondheidszorg is het aanreiken en bemiddelen van **mogelijkheden** voor oplossingen om kwaliteit van leven te bevorderen voor personen met psychische problemen. En de GGZ omvat daarmee dus het vormgeven van de integratie van mensen met psychische problemen: het “samen leven”.

De cliënt is een gelijkwaardige deelnemer van de samenleving, en een GGZ-probleem manifesteert zich in de (sociale) interactie, waarbij de draagkracht van de omgeving bepalend is voor de mate van problematisering. Het is nodig om psychosociale problemen integraal en wederzijds te benaderen en niet los van de omgeving te zien. Een sociale integrale benadering van het leven van de cliënt is brongerichter en dichterbij de oplossing van de problemen.

Vermaatschappelijking van de GGZ is dus onvermijdelijk om echt effectieve integrale zorg te bewerkstelligen.

Zorg = zorg, straf = straf. Dwang past niet in de zorg

2.2 Actuele cultuurverandering in de intramurale GGZ: kwaliteit van zorg

Het verzet en de protesten tegen dwang zijn inmiddels opgepikt door de hulpverleners en er zijn projecten gestart onder de naam **project Dwang en Drang**. Het algemene uitgangspunt in de projecten Dwang en Drang voor het terugdringen van separatie en dwangtoepassingen in de GGZ, is dat dwang verminderd en voorkomen dient te worden en dat er geen afwenteling op andere dwangmaatregelen mag plaatsvinden (bijv. geen separaties vervangen door dwangmedicatie). Project Dwang en Drang ontvangt steun van de Nederlandse overheid.

Uit de projecten Dwang en Drang voor het terugdringen van separatie en dwangtoepassing blijkt dat de **succesvolle alternatieven voor dwang** vooral interventies zijn met een hele andere attitude, een andere aard, en een andere doelstelling. Het doel van een crisisinterventie is om “rust terug te laten keren”, de bejegening is gericht op de persoon als onderdeel van een samenleving, en de attitude is gastvrij, vriendelijk, respectvol, flexibel en persoonlijk.

Er is een **attitudeverandering** in de GGZ gaande die een behoorlijke cultuurverandering in de zorg betekent. Een omslag Van Beheersing naar Voorkomen, van Voortschrijdende Inzichten, Dwingend Minder en Het Roer Om, waarbij er weer tijd komt voor aandacht en een zorgvuldige bejegening in de zorg, gebaseerd op respect, contact, het zoeken naar mogelijkheden, vertrouwen en werkelijke ondersteuning. Het **ontwikkelen van zorgkwaliteit** heeft inmiddels een centrale plaats op de GGZ agenda gekregen, en er worden allerlei initiatieven ondernomen om dwang te verminderen..

Deskundigheidsbevordering is daarbij een cruciaal thema. De projecten Dwang en Drang leiden tot meer vakkennis en er zijn inmiddels aanvullende trainingen en gespecialiseerde opleidingen ontwikkeld voor **Intensieve Zorg in de GGZ** (High Care). Die bijscholing wordt zowel gegeven voor de huidige generatie verpleegkundigen (in de toekomst zelfs verplicht voor certificering) en deze nieuwe kennis wordt ook verspreid onder de opleidingen voor verpleegkundigen.

Er wordt ook veel wetenschappelijk onderzoek gedaan naar allerlei aspecten van de cultuurverandering (o.a. via de Universiteit van Maastricht), en er zijn o.a. ook al enkele kwaliteitsonderzoeken uitgevoerd, zoals het onderzoek naar De eerste 5 minuten van opname (IGZ 2008) en de Risico Quick Scan van de PVP (2008).

Ook **beroeps-richtlijnen** dienen voor deskundigheidsbevordering, maar dan in de zin van kwaliteitsborging. Er wordt dan ook gewerkt aan nieuwe richtlijnen mbt dwangtoepassing. Echter, de richtlijn dwangtoepassing zoals voorgesteld door een werkgroep psychiaters gaat uit van een paternalistisch medisch model, en houdt geen rekening met voortschrijdende inzichten uit de dwangreductie projecten, en gaat totaal voorbij aan het recht op zelfbeschikking en het CRPD. De richtlijn dwangtoepassing zoals voorgesteld door de werkgroep van psychiaters kan dus niet geaccepteerd worden, maar dient vervangen te worden door een richtlijn die in lijn is met het nieuwe VN verdrag (CRPD) en waarover WEL consensus is met de cliënten- en familieorganisaties, en met verpleegkundige organisaties.

Het **toezicht op de kwaliteit** is ondergebracht bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) maar deze inspectie geeft aan dat zij haar toezichthoudende taken mbt de dwangtoepassing bij individuele situaties niet naar behoren kan uitvoeren vanwege organisatorische problemen (o.a. beperkte capaciteit door beperkte mankracht). Er wordt enkel na calamiteiten of steekproefsgewijs een inspectiebezoek gedaan. De kwetsbare burgers worden dus blind toevertrouwd aan de zorg en het is zeer terecht dat de politiek hier een punt van maakt. Tegenover het ontnemen van vrijheden voor een variant van “bestwil en gevaar” dient een inspanningsverplichting te staan voor de best mogelijke zorg (zo luidt ook het thema

Wederkerigheid uit de Wet Verplichte Zorg). Echter de inspectie weet blijkbaar niet eens hoeveel mensen er met dwang te maken hebben, en dus kan zij haar eigen taak niet overzien.

De inspectie dient een volledig overzicht te hebben van de situatie in alle GGZ-instellingen, zodat zij een vinger aan de pols kan houden, en adequaat kan oordelen over Best Beschikbare Zorg en Best Practices in de GGZ. De inspectie zou in staat gesteld moeten worden om zich te bekommeren om iedere persoon die met dwang te maken heeft, en indien nodig overal tegelijk te zijn. Dat kan door de capaciteit van **de inspectie uit te breiden**, en ook door de inspectie bijv. **meer open te stellen voor signaleringen van betrokkenen**, en de klachtenmeldingen serieus te nemen ipv te verwijzen en onbeantwoord te laten. (NB. kwaliteit = tevredenheid). Op dit moment hebben cliënten eigenlijk niets aan de inspectie, omdat de inspectie niet ingaat op persoonlijke situaties (daar is de PVP voor).

De inspectie is m.i. voor algemeen kwaliteitstoezicht om een goede kwaliteit van zorg te waarborgen, en daarmee verkeerde praktijken te voorkomen.

De PatientenVertrouwensPersoon (PVP) is wel in alle grotere instellingen vertegenwoordigd, en kan wel bemiddelen in persoonlijke situaties. De PVP is echter ook vaak niet in staat om alle belangen te behartigen van een heel ziekenhuis vol mensen, en de PVP wordt doorgaans gewaarschuwd als de persoon in een voor hem/haar vervelende situatie terechtkomt. De PVP is er dus om te bemiddelen naar een oplossing op het individuele zorgniveau. De PVP helpt veel cliënten werkelijk verder. Een **uitbreiding van de PVP** om de rechtspositie van cliënten te waarborgen en te verbeteren is dus zeer welkom en kansrijk. Een constructie waarbij de PVP de klachten die binnenkomen ook gaat **rapporteren aan de (verbeterde) inspectie** krijgt helemaal onze voorkeur.

Het lijkt dubbel, maar de PVP en de Inspectie zouden de situatie rond dwangtoepassing **beiden** nauwlettend moeten volgen om de rechtspositie zo snel mogelijk te verbeteren voor cliënten die met dwang geconfronteerd worden (NB. Dwang is marteling volgens CRPD).

Cliënten die met dwang te maken hebben, ontberen de **persoonlijke basisrechten** die ook wel Mensenrechten worden genoemd, zoals bijvoorbeeld het recht op zelfbeschikking, het recht op bewegingsvrijheid en integriteit, of het recht op een eigen gezinsleven, dat in Nederland soms tijdelijk, soms permanent ontnomen kan worden op basis van een beperking.

Het belangrijkste klankbord voor de zorgkwaliteit en rechtspositie is en blijft **de client zelf**, en de stem, de mening en de rechtspositie van de client dienen versterkt te worden.

Alle cliënten hebben een **wil en emotie**, en daarmee geven zij aan wat ze wel en niet fijn vinden (huilen of lachen enz.). Het is zaak om deze signalen serieus te nemen, en direct te beginnen met hulpverlening (zonder uitstel via een isoleercel). Cliënten zijn gelijkwaardige gesprekspartners, en hebben het recht om zichzelf te zijn en over zichzelf te oordelen. We hebben namelijk allemaal **het recht op een gelukkig leven**. En geluk is persoonlijk, dat kan niemand voor een ander bepalen.

Cliënten ofwel psychiatrisch patiënten staan in Nederland vaak "onderaan de ladder van de samenleving", Zij ervaren vaak barrières en hindernissen om volledig deel te nemen aan allerlei aspecten van het leven (o.a. door laag inkomen, uitsluiting en afwijzing door stigma). Cliënten hebben vaak te maken uitsluiting, omdat andere mensen bepaalde normen en kaders opleggen die niet voor iedereen geschikt zijn. Cliënten worden daardoor **uitgerangeerd en langs de zijlijn** van de samenleving geplaatst, en zijn vaak bang om uit te komen voor psychische problemen, omdat er nog steeds een **taboe** is (bijvoorbeeld angst voor ontslag, onbegrip, uitsluiting, stigma).

Vooroordelen ten aanzien van cliënten zijn er volop: instabiel, onbetrouwbaar, ongeschikt, onprofessioneel, dom, onzelfstandig, gevaarlijk, kortom weinig positiefs, maar cliënten zijn gelijkwaardige mensen, met een ziel, een hart, en dezelfde liefde en een **diversiteit** aan levenskennis om te delen. Cliënten zijn evengoed **waardevolle mensen** die respect verdienen. Ook in dit opzicht worden initiatieven ondernomen (o.a. kwartiermaken).

Er is dus nóg een omvangrijke cultuur- en attitudeverandering nodig, maar dan gericht op de **sociaal maatschappelijke positie** van cliënten, waaronder ook de rechtspositie van cliënten valt. Het feit dat cliënten bijv. hun zelfbeschikkingsrecht wordt ontnomen op grond van een beperking, is nauw gerelateerd aan de **beeldvorming rond psychiatrische patiënten** (stereotype beeld: arm, verwaarloosd, lastig/gevaarlijk, eenzaam en verward). Dit beeld komt voort uit de secundaire positie die cliënten in de samenleving toebedeeld hebben gekregen (laag inkomen, uitsluiting, rechteloosheid en onvrijheid, geen gelijke kansen), en dit leidt tot allerlei spanningen in de samenleving. Het is belangrijk om cliënten volwaardige rechten en gelijkwaardige kansen te geven in de samenleving, en daarbij hoort een gelijkwaardige sociaal-maatschappelijke positie. Pas wanneer men cliënten gaat beleven als gelijkwaardige mensen die niet minder zijn, niet tekortschieten, niet falen, en **geen “andere soort mensen”** zijn (en dus niet volgens aparte normen beoordeeld hoeven worden), maar dat cliënten gewoon mensen zijn in een kwetsbare fase, met menselijke gevoelens, en een **unieke persoonlijke logica en “gebruiksaanwijzing”** (oftewel karakter of identiteit).

Het is noodzakelijk om beter te luisteren naar cliënten, en om **cliënten beter te interpreteren** als mens (**supported decision making**). Soms is een client misschien verward, en kan hij/zij niet de juiste woorden vinden om zich uit te drukken, of beleeft diegene een situatie heel anders, en soms kost de begripsvorming en informatieverwerking misschien veel meer tijd, of zijn er frustraties en uitbarstingen. Er kunnen allerlei beperkingen en “persoonlijke gebruiksaanwijzingen” zijn op het gebied van communicatie en interactie. Cliënten hebben het recht om ondersteuning te krijgen waar zij dat nodig hebben, bijvoorbeeld ondersteuning bij het maken van weloverwogen, eigen vrije keuzes (dus **geen tijdslimieten** meer). De ondersteuning is “support” en is gericht op het versterken en verhelderen van de interactie tussen de client en de omgeving. (zoals verduidelijken van de situatie, helder krijgen en eventueel vertolken van wensen van de client enz.). Ook mensen die ernstig psychotisch zijn hebben gevoel, en recht op zelfbeschikking en bewegingsvrijheid. En als zij geen hulp willen, dan hebben zij het recht om zorg te weigeren. Men kan dan hooguit proberen om het vertrouwen van die persoon te winnen en hem/haar te overtuigen van de goede bedoelingen en heilzaamheid van hulpverlening. Voor zorg op maat is een flexibel aanbod nodig, en creatieve bemiddeling, waarbij de client de keuze en de regie behoudt. Het sociale netwerk kan een bemiddelende rol vervullen om de persoon te informeren over bepaalde keuzes (met vertrouwen en “support”).

Voor een integrale benadering is het ook nodig om het sociale netwerk hierbij te betrekken.

** **Het Eindhovens Model** (ontworpen door Stichting Mind Rights) is een alternatieve procedure voor het oplossen van een probleemsituatie. Deze procedure zou de BOPZ/Wet verplichte zorg kunnen vervangen. Het Eindhovens Model beschrijft een procedure om client en zijn/haar omgeving actief te betrekken bij een gesprek inzake het oplossen van een probleemsituatie, onder leiding van een multidisciplinaire commissie die kundig ter zake is en een overzicht heeft over het flexibele zorgaanbod.

Het Eindhovens Model heeft als belangrijke voordelen: een integrale benadering, wederzijdse analyse van het knelpunt, indien nodig supported decision making, of een discussie over een redelijke accommodatie). Het Eindhovens Model kan voorkomen dat mensen zomaar overgeleverd zijn aan de momentopname van een psychiater en de bijbehorende second-opinion.

Via het Eindhovens Model kan men ook manco's in het sociale netwerk aanpakken en maatschappelijke zorg op maat en gezinsondersteuning indiceren (bijv. beeldvormende cursus voor familieleden). Voor een meer gedetailleerde beschrijving van het Eindhovens Model verwijst ik het visiedocument dat te vinden is onderaan het overzicht van documenten inzake de vervanging wet BOPZ, op <http://tekeertegendeisoleer.web-log.nl/tekeertegendeisoleer/2009/03/overzicht-van-s.html>

Voor Zelfbeschikking en Leven in de Samenleving is ook een omslag nodig in de samenleving, **naar meer tolerantie** en minder uitsluiting. **Goede voorlichting en maatschappelijke ondersteuning** en vernieuwde beeldvorming tav psychiatrische patiënten zijn noodzakelijk om het begrip te vergroten en acceptatie van mensen die "anders" zijn te bevorderen. De nodige voorlichting kan ook gerealiseerd worden via het Eindhovens Model.

Uiteindelijk brengt diversiteit juist vreugde in het bestaan. De relatie tussen verscheidenheid en gelijkheid heeft een diepe weerklink in de Nederlandse cultuur. Het is nu dus zaak om af te rekenen met de ongelijke positie van cliënten.

Kortom: Anno 2009 is er dus steeds meer aandacht voor verbeterprojecten mbt zorgkwaliteit en dwangreductie. De GGZ sector werkt aan een cultuuromslag, met een attitudeverandering ten aanzien van cliënten, en nieuwe kennisontwikkeling mbt zorgkwaliteit en dwangreductie. En ook mbt de rechtspositie van cliënten is discussie gaande: Er dient een inhaalslag gemaakt te worden in het toezicht op de kwaliteit van de GGZ om de rechtspositie van cliënten te verbeteren en op peil te brengen. Er is dus veel beweging in de GGZ sector.

CRPD: verbreden van de cultuurverandering: sociale transitie

Een cultuurverandering in de GGZ ten aanzien van personen met psychosociale beperkingen is dus al enigszins ingezet door o.a. de projecten Dwang en Drang, voor de reductie en voorkoming van dwangtoepassingen (mn separatie).

Erg goede vooruitgang is ook te vinden in de zorg voor ouderen, zoals de psychogeriatric, waar succesvolle inspanningen worden geleverd mbt het voorkomen van fixatie. En ook hierbij is behoefte gebleken aan verbreding naar het **voorkomen van dwangmedicatie**, en ook t.a.v. de zogenaamde GB/GB-groep, (Geen bereidheid, geen bezwaar) die actief beschermd dient te worden tegen ingrepen in hun leven, op basis van artikel 17 Integriteit en artikel 25 Vrije geïnformeerde keuze.

Er is een grote noodzaak tot verandering van de praktijk en de wetgeving aangaande GGZ om tegemoet te komen aan de **doelen en voorwaarden** van zorgkwaliteit en dwangreductie, en toevalligerwijs ligt dat ook in de lijn van het nieuwe VN-Verdrag inzake de Rechten van Personen met Beperkingen.

Er is daarmee ook een noodzaak tot **voortzetting, uitbreiding en verbreding van de projecten Dwang en Drang**, voor de reductie en voorkoming van alle dwangtoepassingen (mn separatie, dwangmedicatie, fixatie, visitatie en gedwongen opname)

De cultuurverandering zou ook breder moeten zijn dan enkel het terugdringen van dwang, en zou ook moeten gaan over **vrijheden en rechten in bredere zin, zoals zelfbeschikking, inclusie en participatie in de samenleving**.

De gewenste cultuurverandering in de GGZ en de samenleving dient in goede banen geleid te worden en er is dus behoefte aan **een beleidskader voor een sociale transitie** voor de Nederlandse GGZ, richting de doelen van het nieuwe VN-Verdrag (CRPD).

2.3 Nederlandse wetgeving Verplichte GGZ en het nieuwe VN-verdrag.

Zoals gezegd: Het nieuwe VN-verdrag (CRPD) neemt uitdrukkelijk de plaats over van de 10 Basic Principles on Mental Illness (MI-principles) van de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO 2001). Deze MI-principles omschrijven o.a. richtlijnen voor dwangtoepassing, maar die komen dus te vervallen vanwege het CRPD.

Het nieuwe VN-Verdrag inzake de Rechten van Personen met Beperkingen geeft een goede reden om eens goed naar de situatie in de GGZ te kijken. Het VN-verdrag stelt dat de wetgeving aangaande de rechten van personen met beperkingen het best kan worden geformuleerd in **wetgeving met “positieve rechten”**, die niet uitsluitend bedoeld zijn voor cliënten, maar gaan over fundamentele rechten, zoals een recht op zorg, een recht op integriteit.

Disability neutral laws

- *Users and survivors of psychiatry suffer when laws are made specifically about us*
 - *E.g. mental health laws authorizing coercion/force*
- *Preferable to have disability-neutral laws that work just as well for us as for others*
 - *“Universal design”*
 - *Avoid paternalism*
- *Example:*
 - *Argentina’s Civil Code Art. 954 allows anyone to nullify a legal act when one of the parties has exploited the other’s need, recklessness or inexperience to gain a financial advantage*

De 3^e Evaluatiecommissie van de Wet BOPZ leverde in april 2007 “Voortschrijdende Inzichten” op t.a.v. de Nederlandse situatie, en er werd een noodzaak voor een verandering van de wetten en de praktijk gesignaleerd.

Het wetswijziging traject is momenteel in volle gang. Aanvankelijk is er een voorstel voor verruiming van dwangmogelijkheden geschreven (Ministerie van Justitie i.s.m. VWS, 2008), echter dat voorstel is dus in strijd met het internationale VN-Verdrag inzake de Rechten van Personen met Beperkingen (CRPD).

In de hele kern van het nieuwe VN-verdrag inzake de Rechten van Personen met Beperkingen (CRPD) wordt er immers gesteld dat **dwangbehandeling ontoelaatbaar** is en onder de definitie van marteling valt. Ook is duidelijk dat er een **recht op toegankelijke zorg** is.

Er is dus duidelijk een noodzaak en behoefte om de wetgeving nog verder te ontwikkelen tot een **overgangsregeling voor sociale innovatie van de GGZ** om tegemoet te komen aan het nieuwe VN-verdrag.

2.4 Vergelijking met duurzaamheidstransitie

Vanuit mijn kennis als Ingenieur Milieugerichte Materiaaltechnologie (Duurzame Bedrijfsvoering) zie ik een duidelijke overeenkomst tussen het Nederlandse milieubeleid en de situatie in de GGZ sector. De actuele discussie rond het terugdringen van dwang en het vergroten van de kwaliteit van zorg is namelijk vergelijkbaar met de discussie rond milieuvervuiling.

Men is het er namelijk over eens dat men het milieu liever niet wil vervuilen, en parallel daaraan is men het er (in de VN visie) over eens dat men liever geen dwang wil toepassen. Om milieuvervuiling terug te dringen is er **een actief stimulerend beleidskader** ontwikkeld dat sturing geeft aan de transitie en ruimte biedt aan innovatie. Er is behoefte aan een vergelijkbare constructie voor de sociale transitie van de Geestelijke Gezondheidszorg.

Bij milieubeleid worden er **ambitieuze doelen** gesteld om een **urgentie** af te geven, en men vertrouwt daarbij op innovaties en ontwikkelingen van de technische wetenschap. Bijvoorbeeld bij het emissie-reductie-beleid tav CO2 stelt men doelen (in het Kyoto-protocol) en vervolgens gaat men aan de slag om die doelen te halen. Dat kan ook toegepast worden bij de zorg. Een doelstelling als: “over 3 jaar geen dwang meer” geeft urgentie aan innovatie en is een **stimulans** voor het veld. Tot die tijd dient er dan een **transitiebeleid** gevoerd te worden in de gewenste richting, dus gericht op participatie, integratie en dus gericht op vermaatschappelijking en deinstitutionalisering (zie ook manifest 1 en CRPD). Bij transitie is het belangrijk om de gewenste verschuiving actief te stimuleren, dat kan op verschillende manieren (bijv. gepast **belonen** van goede initiatieven, en gepaste **sancties** t.a.v. ongewenste praktijken enz.). Hiervoor is een **voortschrijdende transitie-wetgeving** nodig, dat regelmatig geëvalueerd en bijgesteld zal moeten worden. (Dat gebeurt bijvoorbeeld ook bij de wetgeving voor verduurzaming van energieopwekking). Richtlijnen kunnen daarbij een hulpmiddel zijn, omdat de eventuele bijstelling daarvan minder complex is dan van een wet. Met een slimme transitie-constructie kan Nederland een zeer progressieve wet maken, die als voorbeeld voor andere landen kan dienen.

De kennis mbt vormgeven van transitiebeleid is aanwezig, aangezien Nederland ook een vooraanstaande rol m.b.t. verduurzaming vervult (kennisontwikkeling en innovatie).

Tenslotte, de Nederlandse cultuur is bij velen bekend als een cultuur van persoonlijke vrijheid en gastvrijheid. Nederland is ook een zorgstaat met een actief beleid om de kwetsbaren in de samenleving te beschermen. Nederland is op veel gebieden een koploper in vernieuwing en innovatie, ook op het gebied van de GGZ. En Nederland is tevens een goede vriend van de VN. Een leidende rol mbt implementatie van het CRPD zou zeer goed in de Nederlandse traditie passen.

Samenvatting

Het VN-Verdrag inzake de Rechten van Personen met Beperkingen, (*Convention on the Rights of Persons with Disabilities (CRPD)*) neemt de plaats in van de *10 Basic Principles on Mental Illness (MI-principles)* van de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO 2001). Deze MI-principles omschreven o.a. richtlijnen voor dwangtoepassing, maar die komen nu te vervallen.

Dit nieuwe VN verdrag inzake de Rechten van Personen met Beperkingen erkent dat overal in de wereld mensen met beperkingen een secundaire positie in of zelfs buiten de maatschappij hebben (armoede, onderdrukking, uitsluiting enz.). De noodzaak tot een oplossing van deze problemen wordt nu door diverse partijen erkend in dit nieuwste VN-Verdrag.

Het VN verdrag inzake de rechten van personen met beperkingen dient voor de verheldering van bestaande universele mensenrechtenverdragen.

In het VN-Verdrag verschuift de visie van een medisch model gebaseerd op paternalisme naar een sociaal model gebaseerd op respect voor mensenrechten. Het CRPD is zonder uitzondering ook bedoeld voor alle mensen met psychische, psychiatrische, en andere psychosociale problemen.

Elk VN-Verdrag gaat uit van gelijkheid (gelijke rechten, gelijke kansen) en non-discriminatie en geeft alle mensen dezelfde **basisrechten**. In het VN-Verdrag (CRPD) wordt bevestigd dat mensen met beperkingen recht hebben op o.a. **zelfbeschikking, vrijheid en integriteit** op gelijke basis met anderen. Bij problemen kunnen specifieke methoden, zoals *Supported Decision Making* worden aangewend.

Gedwongen psychiatrische interventies vallen onder de definitie van marteling, aldus de *Special Rapporteur on Torture, Dhr. Manfred Nowak*, en moeten dus afgeschaft worden

Het wetsvoorstel voor Verplichte Zorg is strijdig met internationale verdragen en dient dus aangepast te worden.

De beweging is al op gang gebracht. De cultuurverandering door de projecten Dwang en Drang (terugdringen van dwangtoepassing) in de intramurale GGZ ligt in de lijn van het VN-Verdrag (CRPD) en daarmee is er dus al een eerste stap naar verbetering gezet.

In de context van de huidige cultuurveranderingen in Nederland (zowel door dwangreductieprojecten in de praktijk als het reeds ingezette wetswijzigingstraject) is er een duidelijke kans om tegemoet te komen aan het nieuwste VN-Verdrag.

Dat kan door een **meerjarige overgangsregeling en een gericht transitiebeleid voor sociale innovatie van de GGZ** te ontwerpen, dat de ingezette actuele cultuurverandering in de GGZ (dwangreductie, kwaliteitsontwikkeling) kan versterken en verbreden.

Een leidende rol mbt implementatie van het CRPD zou zeer goed in de Nederlandse traditie passen.

Aanbevelingen

Tot slot volgen hier een aantal aanbevelingen en adviezen voor het vervolg van het wetswijzigingstraject en de sociale transitie in de zorg (de lijst is indicatief en niet volledig).

Het beleid inzake GGZ:

- Overgave aan de nieuwe uitgangspunten van het VN-Verdrag (CRPD), want een vernieuwing vraagt bereidheid om de vertrouwde omgeving los te laten en iets nieuws te ontwikkelen. Er is volledige inzet nodig om tot een succes te komen.
- **Vervanging van de conceptwet Verplichte Zorg door een breed transitiebeleid** (meerjarenplan, structuur, programma's, financiën enz.) tbv sociale innovatie GGZ
- Het transitiebeleid kan vormgegeven worden met dezelfde bouwstenen als milieubeleid en milieuwetgeving zoals o.a. **strategische sturing van ontwikkeling en innovatie, proactieve preventie, regelgeving, financiële prikkels, faciliteiten (advies, ondersteuning), instrumentarium voor monitoring en handhaving, integrale aanpak, ketenmanagement, het belang van een "goed imago", gedragscodes, convenanten, certificering, vergunningen, richtlijnen, aansprakelijkheid en Best Practices.**
- Inspiratie voor inhoudelijk strategisch beleid om de mensenrechten te implementeren kan wellicht gevonden worden door bijv. mensenrechtenorganisaties (zoals Amnesty en clientenorganisaties) en andere deskundigen of goeroes te consulteren

Inhoud van het beleid:

- **Ambitieuze doelen** : over 3 jaar helemaal geen dwangtoepassing in de GGZ meer: geen isoleercel, geen dwangopname, geen dwangmedicatie, geen fixatie.
- **Urgentie** ten aanzien van het afschaffen van alle vormen van dwangtoepassing.
- **Weg met wachtlijsten!**
- **Stimuleren van innovaties in lijn met het CRPD**, zoals supported decision making, zelfbeschikking, community care, integrale zorg, (F)ACT, enz.
- **Clienten en familieleden** betrekken bij de ontwikkeling van kwaliteit in alle niveaus en aspecten van zorg. (de afnemers vormen het belangrijkste klankbord voor tevredenheid c.q. kwaliteit)
- **Kwaliteitstoezicht intensiveren (PVP en Inspectie uitbreiden)**
- **Rechtspositie van de cliënt aanzienlijk versterken, elke klacht serieus nemen**
- **Gevoel en beleving van de cliënt centraal stellen**, zowel in de zorg als bij klachten (in de zorg gaat het nl. om het welzijn van de cliënt)
- **Grote urgentie geven aan het voorkomen van klachten (kwaliteitsontwikkeling)**
- **Meer cliëntenondersteuners (zoals proactieve PVP, en echt goede hulpverleners)** (oa voor rechtsbescherming, Supported Decision Making en voor versterking en ondersteuning van sociaal-maatschappelijke positie)
- **Integrale benadering**, integrale zorg / (F)ACT, enz. (ruimte voor innovatie)
- Een brede aanpak van **vermaatschappelijking en de-institutionalisering**
- Sociaal maatschappelijke **positie en imago van cliënten verbeteren**, o.a. door een positieve impuls te geven aan sociaal maatschappelijke positie van cliënten, betere algehele voorlichting, positieve beeldvorming en campagnes gericht op de cultuurverandering in lijn met het CRPD.
- **Sociale transitie zowel in GGZ als in samenleving**

"Mensen hebben geen afwijking, alleen een gebruiksaanwijzing. Geen enkel mens is gek"
(citaat uit: Open Deuren, clientenorganisatie GGzE)

Lijst van informatiebronnen:

Informatie mbt VN-Verdrag:

- Office of the High Commission for Human Rights - OHCHR, www2.ohchr.org
- World Network of Users and Survivors of Psychiatry - WNUSP, www.wnusp.net
- Het VN verdrag (CRPD) <http://un.org/disabilities> en <http://www2.ohchr.org/english/issues/disability/index.htm>
- OHCHR Legal Measures study <http://www2.ohchr.org/english/issues/disability/docs/A.HRC.10.48AUV.doc>
- Detention and Persons with Disabilities http://www.ohchr.org/EN/UDHR/Documents/60UDHR/detention_infonote_4.pdf
- Materials on Torture generally <http://www2.ohchr.org/english/issues/torture/index.htm>
- Seminar and Report on Torture and Persons with Disabilities <http://www2.ohchr.org/english/issues/disability/torture.htm>

Informatie mbt Sociale Transitie in de GGZ

- Actiegroep Tekeer tegen de isoleer! / Stichting Mind Rights www.mindrights.nl en www.tekeertegendeisoleer.web-log.nl
Auteur van dit rapport en contactpersoon: Ing. **Jolijn Santegoeds**,
email: tekeertegendeisoleer@hotmail.com
- En vele anderen.