

Actiegroep Tekeer tegen de isoleer! / Stichting Mind Rights

Manifest "Gelijkheid, zelfbeschikking en wet psychische zorg"



Voortschrijdende inzichten inzake dwangbehandeling

Eindhoven, 22 april 2008

Auteur: Jolijn Santegoeds, ervaringsdeskundige en cliëntenbelangenbehartiger

Contactadres: tekeertegendeisoleer@hotmail.com

Organisatie: Actiegroep Tekeer tegen de isoleer! / Stichting Mind Rights

www.mindrighths.nl - Giro: 2762216

1. Inleiding: Manifest Gelijkheid, zelfbeschikking en wet psychische zorg

Dit manifest "Gelijkheid, zelfbeschikking en Wet Psychische Zorg" is opgesteld door Jolijn Santegoeds in april 2008 om de visie van Stichting Mind Rights te geven over het nieuwe wetsontwerp "Wet Psychische Zorg" en dus om te participeren in een nieuwe wetgeving mbt dwangtoepassing in de zorgsector. Via dit manifest is het eenvoudig te achterhalen welke uitgangspunten Stichting Mind Rights hanteert. Dit manifest is m.n. bedoeld voor beleidsmakers en belangenbehartigers, en is tevens beschikbaar voor eenieder die geïnteresseerd is.

1.1 Aanleiding: Evaluatie BOPZ en aanbevelingen

Aanleiding voor het opstellen van dit manifest is deelname op persoonlijke titel aan de officiële klankbordgroep bij het ministerie van Justitie (i.s.m. VWS) aangaande de voorgenomen wetswijziging ten aanzien van gedwongen behandeling in de GGZ. In 2006 is de derde evaluatie van de Wet BOPZ afgerond met het 8-delige rapport "Voortschrijdende Inzichten ...", waarin een aantal aanbevelingen zijn geformuleerd. De Wet BOPZ was bleek "niet toekomstbestendig". Op basis daarvan is er nu een nieuw ontwerp Wet Psychische Zorg. Het standpunt van Stichting Mind Rights omtrent dwang en wetgeving is verwoord in deze schriftelijke rapportage

1.2 Achtergrondinformatie: Stichting Mind Rights

De reden voor betrokkenheid bij de klankbordgroep is de vraag naar een visie vanuit clienperspectief als ervaringsdeskundige en op basis daarvan ben ik, Jolijn Santegoeds, als ervaringsdeskundige benaderd met de vraag of ik wilde participeren in de klankbordgroep over de nieuwe wetgeving rond onvrijwillige zorg.

Ik heb naar aanleiding van mijn eigen ervaringen en contact met lotgenoten in 2003 de Actiegroep Tekeer tegen de isoleer! opgericht tegen het gebruik van isoleercellen en dwang in de GGZ. Het doel daarvan is om de samenleving wakker te schudden t.a.v. de effecten van dwang in de hulpverlening, want dwang en isoleercellen in de zorg zijn volgens ons een grote vergissing. Dwang heeft niets te maken met psychisch welzijn, maar is een zwakbedod, uit onmacht. Wij pleiten voor zorg waarbij de persoon centraal staat, met aandacht voor de beleving en het welzijn. (zie Hoofdstuk 2 Grondbeginselen van Stichting Mind Rights).

Onze acties en activiteiten bestaan voornamelijk uit het geven van voorlichting en informatie, d.m.v. demonstraties, discussies met professionals, folders en petities, het inspreken bij beleidsvergaderingen en via discussies, conferenties, het internet en andere netwerken of media voor informatieoverdracht. Ook denken wij actief mee over alternatieven voor dwang.

In november 2006 is i.v.m. verdere professionalisering van dit initiatief een officiële stichting opgericht: Stichting Mind Rights. Sinds enkele jaren zijn wij steeds vaker actief aanwezig op verschillende beleidsniveaus (vakbijeenkomsten, Provinciale Staten en ministerie van VWS)

1.3 Beschouwing van het Wetsontwerp Wet Psychische Zorg

Een korte bestudering van de uitgangspunten leverde de volgende beschouwing op: Voor cliënten zijn de wijzigingen in het nieuwe voorstel "Wet Psychische Zorg" feitelijk niet zo groot t.o.v. de voorgaande wet BOPZ. Er worden dezelfde uitgangspunten gehanteerd (namelijk dwangtoepassing op basis van het criterium gevaar of risico). De vernieuwingen bestaan daarom eigenlijk alleen uit het vastleggen van een andere uitvoering.

De twee grootste wijzigingen zijn: Het advies m.b.t onvrijwillige zorg wordt geveld door een regionale gespecialiseerde zorgcommissie en een algemene rechter in plaats van een behandeld arts en een algemene rechter, en er wordt een uitbreiding van het dwangmaatregelen-assortiment voorgesteld.

1.4 Leeswijzer

Dit rapport zal verder ingaan op de visie en argumenten van Stichting Mind Rights ten aanzien van wetgeving over dwangtoepassing in de zorg.

De zorg draait om cliënten, dus eerst komen de grondbeginselen van Stichting Mind Rights, met een visie op dwang vanuit het cliëntenperspectief aan bod in Hoofdstuk 2. Dan worden fundamentele waarden verkend met behulp van het recente VN verdrag inzake de rechten van personen met beperkingen in Hoofdstuk 3.

In hoofdstuk 4 wordt er vervolgens gekeken naar de praktijk van zorgverlenen in 2008. En daarna volgen in Hoofdstuk 5 en 6 conclusies en aanbevelingen ten aanzien van het nieuwe wetsontwerp voor de Wet Psychische Zorg en tenslotte een epiloog: Zorg is compassie inzake wetgeving en dwang bij zorgverlening.

Veel inspiratie toegewenst!

Hoofdstuk 2. De beginselen van Stichting Mind Rights : Opsluiting is geen zorg!

Ontstaan van Stichting Mind Rights

Naar aanleiding van persoonlijke negatieve ervaringen met dwang en isoleercellen in de zorg zijn de initiatieven Actiegroep Tekeer tegen de isoleer! (2003) en Stichting Mind Rights (2006) ontstaan.

Ervaringen met dwang

Dwang bij hulpverlening – zoals gedwongen opname, isoleercellen, dwangmedicatie, fixatie en visitatie - hebben niet bijgedragen aan mijn welzijn. Integendeel, dwang heeft mijn situatie jarenlang miserabel gemaakt.

Ik belandde in de separeer omdat ik een gevaar voor mezelf was, vanwege zware automutilatie en zelfmoordpogingen, en er was geen tijd om mij 24 uur per dag te begeleiden, dus moest ik in de separeer voor "mijn eigen bestwil en bescherming". Dat gebeurde met **dwang: worstelingen, met overmacht en geweld de separeer ingesleurd worden, uitgekleeft worden door een heel team, nakijken van alle lichaamsholten, met een rubberen handschoen aan mijn vagina, tegen de grond gedrukt worden, een spuit in mijn bil, in een deken gerold worden, mensen bovenop me, vastgebonden op een ijzeren bed, schreeuwen maar ze komen niet meer, een stomme vuilniszakken-jurk (scheurjurk), geen bril (-10), geen discussie mogelijk, zo alleen en eenzaam.. die muren... de hardheid..**.

Ik begreep er helemaal niks van. Ik was een 16-jarig meisje met een identiteitscrisis. Ik had zelfmoordgedachten, maar ik was toch niet crimineel? Hoe konden die mensen zo iets doen? Wat dachten zij toen ze mij opsloten? Ik voelde me vreselijk, en de angst, paniek en onmacht namen toe, en ook mijn verzet tegen "de hulpverlening". Ik ging mezelf vreselijke dingen aandoen, want ik had toch al "geen leven meer". Alleen fysiek leefde ik nog.

In de separeer voelde ik mij verlaten, ongewenst en vernederd en daardoor namen mijn depressieve gedachten toe in plaats van af. Ik wilde nog steeds verdwijnen (zelfs nog heftiger dan eerst). Ik vertrouwde de hulpverleners niet, want ik begreep hen niet. Wat moest ik dan met hun adviezen? Ik wilde echt niet zo worden zoals zij. Dus ik bewaarde afstand en wilde ze absoluut niet toelaten in mijn belevingswereld, omdat ze me zo vreselijk behandelden (separeren, visiteren, fixeren). Ik kreeg ook dwangmedicatie, en daardoor voelde ik mij vergiftigd, want ik wilde geen "chemisch nep-gevoel". Ik klampte me vast aan mijn eigen verzet, want dat was van mijzelf (weglopen, automutilatie, acting out). Toen werd ik maandenlang vrijwel onafgesloten in de separeer gehouden (separeerbeleid). Mijn automutilatie en zelfmoordpogingen werden toen steeds heftiger (verzet en wanhoop).

Ik zag helemaal geen uitweg meer. Er werd niet geluisterd naar wat ik zei, en ik voelde me enorm ellendig. Ik zat maandenlang alleen in een cel, met mijn zelfmoordgedachten, soms naakt of vastgebonden, steeds kreeg ik een spuit (omdat ze geen tijd voor me hadden). Ze vonden me lastig, vervelend, onbehandelbaar, non-cooperatief enz.

Op het dieptepunt was er helemaal **geen contact meer**. Toen ik recht voor de ogen van de verpleging mijn achillespees scheurde, werden de symptomen niet geloofd ("zo iets bestond niet, dat was aanstellerij"). Ze wilden dat ik toe ging geven dat ik best kon lopen, en dat het "tussen mijn oren" zat. Maar ik gaf dat niet toe, want dat was niet zo. Ik voelde me zo alleen dat ik bijna ging twijfelen aan mijn eigen beleving. Ik heb ongeveer 2 weken moeten wachten voordat ik eindelijk naar het ziekenhuis mocht en daar ben ik direct geopereerd.
(Die GGZ-afdeling is vervolgens opgeheven).

Dat het ook anders kan werd daarna duidelijk.

Wegens het opheffen van de tweede psychiatrische afdeling (samenhangend met het onmenselijke beleid dat op mij gevoerd werd en na lange tijd kennelijk toch opgemerkt was) werd ik overgeplaatst naar een ander psychiatrisch ziekenhuis. Daar kwam ik op een KIB-afdeling (Kliniek voor Intensieve Behandeling). Daar werd ik als mens ontvangen. **Ik mocht zelf keuzes maken.** Er werd niet vastgehouden aan een zinloze planning, alleen nuttige zaken werden gepland zoals eten en financiën. Er kwam weer gevoel in mijn leven dankzij de **menselijkere benadering** van de KIB medewerkers. Ik kreeg zelfs wat vrijheid (soms mocht ik gewoon naar buiten) en er waren zoals overal **mogelijkheden** voor muziek en creativiteit, maar ze werden niet opgelegd. Zij respecteerden dat elk individu anders is en **dat je je leven wil inrichten in je eigen stijl.** Er was bij de KIB afdeling ook veel meer personeel, waardoor er veel meer mogelijk was. Ik mocht een keer mee naar de film, niet met zo'n hele groep, maar gewoon met z'n tweeën. Dat was goed!. Na ruim 2 jaren uitgesloten te zijn was het heel erg bijzonder om 'onopvallend' als een 'normale' 18-jarige de bioscoop te betreden en mee te maken hoe het leven in de echte maatschappij ging. Ik dacht opeens: misschien lukt het toch nog om terug te komen in de maatschappij. **En zo ontdekte ik een nieuwe uitweg.** Ik kon steeds meer genieten en ik kreeg weer hoop, en uiteindelijk is het allemaal goed gekomen.

Visie Mind Rights: Dwang hoort niet in de zorg

Dwang betekent letterlijk 'met overmacht zijn zin doordrijven, forceren'.

Dwangtoepassing begint met een **onopgelost meningsverschil**, waarbij zonder overeenstemming toch beslissingen en acties worden ondernomen, met als resultaat dat één van de partijen het onderspit delft. Iemand dwingen betekent dat morele overtuigingskracht ontbreekt en de beleving van de ander **ondergeschild** gemaakt wordt, terwijl deze persoon wel een mening aangeeft en gelijke rechten heeft.

De beleving en expressie van mensen met psychische en sociale problemen wordt vaak niet serieus genomen, en worden afgedaan als "ziektegerelateerde verschijnselen". Bij dwang worden persoonlijke bezwaren als ondergeschild beschouwd en wordt er over de grenzen van de persoon heengegaan. Dwang gaat dan ook gepaard met extreem vervelende gevoelens en verzet bij de gedwongen persoon. Gevoelens die nota bene door de hulpverleners genegeerd worden. Maar wilsonbekwaamheid bestaat niet, zelfs baby's die nog niet kunnen praten hebben een wil, en geven door **huilen of lachen** aan wat ze voelen.

De geestelijke gezondheidszorg heeft tot kerntaak de **kwaliiteit van leven te bevorderen**, door de geestelijke gezondheid en autonomie van de persoon te bevorderen. Welzijn is "je goed voelen, een prettig leven hebben" en is dus zeer persoonlijk.

Dwang is het tegendeel van welzijn, omdat het **onterend en traumatiserend** is en zelfs kan leiden tot (nieuwe) ernstige psychische klachten en zo de situatie nog verergeren. Dat is uiteraard niet de bedoeling van hulpverlening. Het middel is erger dan de kwaal.

Dwang is geen zorg, maar een barbaarse oplossing voor een organisatorisch probleem, namelijk een gebrek aan vakkundig personeel en "het niet kunnen bieden van 24-uurs begeleiding", waardoor de discussie c.q. onderhandelingen vaak zeer vroegtijdig worden afgekapt en het zelfbeschikkingsrecht wordt ontnomen om **orde en rust te handhaven**. Dit gebeurt onder het mom van "noodzakelijk welzijnswerk" ofwel onvrijwillige zorg, die vervolgens tallose repressieve varianten kent, maar heeft eigenlijk als doel een lastenverlichting voor de betrokken verpleging.

Het gebruik van dwang staat haaks op het doel van de zorg. Als iemand een crisis doormaakt, is het veel zinnvoller om de persoon te leren hoe hij wél met zijn emoties om moet gaan.

Dwang is geen professionele interventie, maar juist amateuristisch (als een verbanning). In ontwikkelingslanden bindt men patiënten vaak nog aan een boom of stopt men ze jarenlang in een kolenhok. Er is kennelijk een gebrek aan hoop en weinig vertrouwen in deze groep mensen. Zorg is nou juist de kunst om problemen te signaleren en te verhelpen door een juiste reactie te geven. **Contact en vertrouwen** zijn essentieel bij geestelijke hulpverlening om persoonlijke adviezen waarde te geven. 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"**.

**Dwang hoort niet thuis in de zorg, want dwang heeft absoluut niets te maken met het bevorderen van welzijn.
Straf is straf, en zorg is zorg.**

Doel van Stichting Mind Rights: Afschaffen van dwang en aandacht voor de mens

Het doel van onze acties is om dwang in de zorg aan de kaak te stellen en veranderingen te bepleiten ten behoeve van een menselijke, isoleercelvrije en dwangvrije geestelijke gezondheidszorg (GGZ), waarbij **de mens als sociaal wezen** centraal staat.

Wij pleiten voor een zorg die inhoudt: **het aanreiken van mogelijkheden voor oplossen, ontplooiën en samenleven**; die worden gezocht en gevonden door middel van gelijkwaardige dialoog; die gericht is op contact en vertrouwen, gelijke rechten, kansen en **gelijkwaardigheid**, mogelijkheden en respect voor andersdenkenden; zodat alle mensen zichzelf kunnen zijn en er toch een harmonieuze samenleving is.

- Wij willen dat de geestelijke gezondheidszorg persoonsgericht gaat werken, zodat je er ook echt beter van wordt, want welzijn is persoonlijk.
- Er dient geluisterd te worden naar patiënten, zodat de persoonlijke opvattingen omtrent welzijn bekend worden en het zorgaanbod kan aansluiten bij de persoon (en de hertraumatisering door ontorende interventies wordt gestopt).
- Welzijn kan niet worden afgedwongen, en een vertrouwensband is essentieel voor begeleiding en advies. Dwang bij hulpverlening moet verboden worden.
- In plaats van dwangtoepassingen zouden er in de geestelijke gezondheidszorg meer en betere mogelijkheden aangereikt moeten worden om met emoties om te gaan.

Wat nodig is, is **een verschuiving van orde-beheersing naar aandacht voor de persoon**. Wij pleiten dus voor zorg waarbij mensen centraal staan, en niet de huisregels. Zorg waarbij hulpbehoevende personen de begeleiding krijgen waar zij recht op hebben.

Dwang past niet in de zorg, is tegenstrijdig met de zorg-doelstelling en moet verboden worden.

Realisatie

Inmiddels zijn er goede ontwikkelingen ingezet waarbij de verschuiving van beheersing naar bezieling vormgegeven wordt. Dwangtoepassing in de zorg is weer een actueel onderwerp van discussie, en verschillende initiatieven, zoals Project Dwang en Drang, laten zien dat het ook daadwerkelijk anders kán. (zie hoofdstuk 4 Praktijk van zorgverlenen in 2008)

Hoofdstuk 3: VN Verdrag inzake de rechten van personen met beperkingen

Fundamentele waarden en rechten zijn vastgelegd in mensenrechtenverdragen. Om een helder beeld te krijgen van de fundamentele rechten van cliënten is er gezocht naar specifieke mensenrechten inzake personen met psychische problemen. Het nieuwste VN verdrag geeft de antwoorden.

Inleiding: VN-verdrag inzake de rechten van personen met beperkingen

Het recente VN verdrag inzake de rechten van personen met beperkingen is geen nieuwe aanvulling, maar een toelichting op bestaande mensenrechtenverdragen. De Verenigde Naties (VN) hanteert het uitgangspunt van gelijkheid tussen mensen.

Het VN verdrag inzake de rechten van personen met beperkingen is opgesteld vanwege de veelvoorkomende praktijk van uitsluiting van de fundamentele mensenrechten van personen met beperkingen. Personen met beperkingen worden vaak behandeld als "object" in plaats van als rechtspersoon (er wordt OVER mensen gepraat in plaats van MET mensen).

Een aanzienlijk deel van de bevolking heeft te maken met beperkingen (ca 1 op de 4 personen). Deze personen hebben vaak minder kansen door directe en indirecte drempels en beperkingen. Ook is er sprake van een groeiend aandeel van de bevolking dat met beperkingen leeft, doordat mensen gemiddeld langer leven, met meer kans op problemen, trauma's en vaker beperkingen door ouderdom

Het merendeel van de personen met beperkingen heeft te maken met marginalisatie, discriminatie, exclusie en ontmenselijking van zijn/haar bestaan, en een gebrek aan zelfbeschikking en kansen.

Inmiddels is er, dankzij enkele goede ontwikkelingen, een **visie op een alternatief** ontstaan, waarbij mogelijkheden zijn gebleken voor verbeteringen, zoals het beschermen van rechten en aanpassingen in samenleving.

Op basis van die goede ervaringen en visie is in december 2006 het VN verdrag vormgegeven inzake de rechten van personen met beperkingen, met als **uitgangspunten: gelijkheid, zelfbeschikking, waardigheid en gelijke kansen.**

De reeds bestaande mensenrechtenverdragen hebben er desondanks niet toe geleid dat mensen met beperkingen gelijke rechten kregen zoals elke andere rechtspersoon in de samenleving. Een aantal tussenstappen (MI principes, Standard Rules en de International Bill of Human Rights) hebben ook nog niet tot het gewenste resultaat geleid.

En daarom is het eerste VN Verdrag van de 21^e eeuw een expliciet verdrag ter bescherming van de rechten van personen met beperkingen.

Focus : Reikwijdte doelgroep

Het VN verdrag is bedoeld ter bescherming van de rechten van personen met beperkingen. "Beperking" is gedefinieerd als: Hindernis in de interactie tussen een persoon en de samenleving, en die definitie is dus wederzijds verbonden aan de persoon en de samenleving. De beperking is, naast de mogelijkheden van de persoon, ook afhankelijk van omgeving en attitude (voorbeeld: een rolstoel en een stadsbus, of leerproblemen op school). In de ruime zin van het woord omvat de definitie van personen met beperkingen; allen die hinder ondervinden in de samenleving. (inclusief mensen met psychische problemen)

Deze definitie is dus niet statisch, maar gebaseerd op dynamische indicatie). Het is daarmee ook een tijdloze definitie die losstaat van sociaaleconomische aspecten en culturele opvattingen. Voor de praktische uitvoering staat vast dat in ieder geval mensen

met langdurige fysieke, mentale, intellectuele of zintuiglijke problemen en beperkingen de doelgroep vormen, met daaraan vast een verbreding naar kortdurende problemen en beperkingen enz.

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

Algemene strekking van het verdrag inzake de rechten van personen met beperkingen

Dit specifieke VN-verdrag dient voor de **verduidelijking** van bestaande mensenrechtenverdragen en geeft aan op welke specifieke gebieden verbeteringen aangebracht kunnen en dienen te worden, en geeft tevens een indicatie voor de minimale levensstandaard inzake personen met beperkingen.

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 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 redelijke accommodatie*)

* redelijke accommodatie is gedefinieerd als; accommodatie die niet buitenproportioneel of tot oneigenlijke last is.

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**.

Hoofdpijnen: Principes en Rechten

In het VN verdrag inzake de rechten van personen met beperkingen verschuift de visie van een model gebaseerd op paternalisme naar een model gebaseerd op respect voor mensenrechten. Dat blijkt uit de tekst van **artikel 12 zelfbeschikking** (rechtuitoefening). Staten moeten erkennen dat personen met beperkingen rechtspersonen zijn op een gelijke basis met anderen. Wat dat betekent? Zelfbeschikking betekent bevoegdheid tot handelen, wat zowel inhoudt het recht om beslissingen te nemen, als ook een rechtspositie gelijk aan anderen in de samenleving. De beslissing om een medische behandeling wel of niet te accepteren of naar een ziekenhuis te gaan is een uitoefening van zelfbeschikking.

Als iemand anders, bijvoorbeeld een dokter, gerechtshof of aangestelde vertegenwoordiger bij de wet is toegestaan om hun wil boven de jouwe te stellen, dan is dat een onthouding van het recht op zelfbeschikking op gelijke basis met anderen.

Wetgeving m.b.t. gedwongen gezondheidszorg zijn schendingen van artikel 12.

Bovendien, het hele systeem van voogdij, curatorschap en wilsonbekwaamheid is in strijd met artikel 12.

Soms worden mensen onder toezicht gesteld ("ontoerekeningsvatbaar") en de toezichthouder kan betrokkenen in een psychiatrisch ziekenhuis laten opnemen en onderwerpen aan gedwongen ECT en medicijnen. Maar in plaats van een vertegenwoordiger, dient er begeleiding aan de persoon aangeboden te worden als hij of zij daarvoor kiest, en de begeleiding dient de wil en voorkeuren van de persoon te respecteren. (artikel 12.4)

Artikel 17 geeft alle personen met beperkingen het recht op **respect voor fysieke en mentale integriteit** op gelijke basis met anderen. Is dit niet het recht dat andere mensen zonder beperkingen beschermd tegen ongewenste behandeling, gedwongen opsluiting of elke andere onwelkome interventie van hun lichaam en geest? Artikel 17

geeft deze rechten dus ook aan cliënten, bij de garantie van gelijkheid en non-discriminatie **Gedwongen medicatie wordt hierdoor niet langer toelaatbaar, ofwel verboden.**

Deze garantie is verder versterkt door het feit dat **artikel 25** hulpverleners verplicht om te voorzien in behandelingen enkel op basis van **vrije geïnformeerde keuze**. Vrije geïnformeerde keuze kan enkel gemaakt worden door de persoon zelf, en niet door een familielid, gerechtshoven of anderen. (volgt uit zelfbeschikking artikel 12)

Daarnaast, voorziet het verdrag ook in **bescherming tegen wrede en inhumane behandeling of straf, artikel 15**, inclusief medische of wetenschappelijke experimenten zonder toestemming.

Personen met beperkingen hebben recht op vrijheid op gelijke basis met anderen, en ontneming van vrijheid kan niet worden gerechtvaardigd op grond van een beperking. Mensen met beperkingen hebben het recht om in de samenleving te leven, en te kiezen waar en met wie zij willen leven, op een gelijke basis met anderen (en zelfbeschikking houdt in dat elke persoon dit recht kan uitoefenen en dat geen curator of familielid hun beslissing kan opleggen). **Gedwongen opname of verblijf op basis van een beperking is daarom verboden.**

Een optelsom van deze bepalingen betekent het opheffen van gedwongen geestelijke gezondheidszorg.

Mensen met beperkingen die de rechten van anderen schenden, hebben het recht om door politie en justitie behandeld te worden op gelijke basis met anderen, inclusief voorziening van **redelijke accommodatie**.

Ondertekening en ratificatie

Ratificatie van het VN verdrag inzake de rechten van personen met beperkingen betekent een verplichting tot het ten uitvoer brengen van inclusie en gelijkwaardigheid, en het VN verdrag inzake de rechten van personen met beperkingen is daarbij een praktisch hulpmiddel. Na ondertekening van dit verdrag is de staat/overheid verplicht te voorzien in passende wetgeving mbt gelijkheid, en **onvoorwaardelijke bescherming en gelijkheid voor allen**.

In het verdrag staan concrete verplichtingen voor de staat/overheid, zoals het voorzien in:

- Bewustwording
- Toegankelijkheid (wegnemen van hindernissen)
- Speciale maatregelen bij risico's of humanitaire crises
- Toegang tot justitie
- Persoonlijke mobiliteit
- Maximale habilitatie en rehabilitatie
- Statistiek en verzamelen van data

De verplichting bestaat uit een **progressieve realisatie** (dwz. verwerkelijking kost tijd ivm ontwikkelingsprocessen): **Er geldt een verplichting tot inzet**
Op civiel en politiek vlak is deze verplichting echter niet afhankelijk van progressieve realisatie en dienen de doelstellingen meteen uitgevoerd te worden.

Aanbevolen stappen voor Staatkundige partijen:

- Aannemen van wetgeving en administratieve maatregelen om de mensenrechten van personen met een beperking te bevorderen
- Aannemen van wettelijke en andere maatregelen om discriminatie uit te bannen
- Beschermen en bevorderen van de rechten van personen met beperkingen in al het beleid en programma's
- Stoppen van elke handeling die afbreuk doet aan de rechten van personen met beperkingen

- Verzekeren dat de publieke sector de rechten van personen met beperkingen respecteert
- Verzekeren dat de private sector en personen de rechten van personen met beperkingen respecteren
- Uitvoeren van onderzoek en ontwikkeling van toegankelijke goederen, services en technologie voor personen met beperkingen en aanmoedigen van anderen om dergelijke onderzoeken uit te voeren
- Voorzien in toegankelijke informatie over ondersteunende technologie voor personen met beperkingen
- Voorzien in training en opleiding inzake de rechten van het Verdrag voor professionals en ondersteuners die werken met personen met beperkingen
- Consulteren en betrekken van personen met beperkingen in het ontwikkelen en implementeren van wetgeving en beleid en besluitvormingsprocessen die hen aangaan.

De kern van dit alles is dat **de staat/overheid moet zorgen voor:**

- **Respect** – geen interferentie met genot van rechten van personen met beperkingen (bijv. vrije schoolkeuze, geen medische experimenten zonder toestemming, geen dwangbehandeling)
- **Bescherming** – voorkomen van schending van deze rechten door derde partijen (bijv. toezien op het voorzien van juiste werkomstandigheden, ijveren in het beschermen van personen met beperkingen tegen mis(be)handeling en misbruik)
- **Vervulling** – het aannemen van passende wettelijke, administratieve, budgettaire, juridische en andere acties inzake het realiseren van deze rechten.

Nederland

Nederland heeft het VN-Verdrag inzake de rechten van personen met een beperking reeds ondertekend, echter nog niet geratificeerd.

“Signing also creates an obligation, in the period between signing and ratification, to refrain from acts that would defeat the object and purpose of the treaty.”

Gedwongen hulpverlening, zoals voorgesteld in de “Wet Psychische Zorg”, is in strijd met de uitgangspunten van het VN verdrag en is dus onuitvoerbaar.

OPMERKING:

De officiële Nederlandse vertaling van het verdrag (op www.un.org/disabilities) bevat een fout: het is vertaald als zijnde een verdrag inzake de rechten van personen met een handicap, waarmee de lading niet wordt gedekt. Wij verzoeken de overheid om deze officiële Nederlandse vertaling te herzien en te corrigeren.

Hoofdstuk 4 De praktijk van zorgverlenen in 2008

In de praktijk zijn er veel vernieuwende ontwikkelingen m.b.t. dwangtoepassing in de GGZ die de "voortschrijdende inzichten" kenmerken.

4.1 Dwang in de psychiatrie

Cliënten maar ook hulpverleners zijn sinds jaar en dag al actief tegen dwang, omdat ongewenste interventies zo traumatiserend zijn. Er zijn o.a. vele boeken geschreven. Een kleine selectie boeken:

- **The Treatment of the Insane without Mechanical Restraints**, John Connolly (1856)
- **Krankzinnigen**, Fré Dommisse (1929)
Een roman uit de dertiger jaren over een jonge, intelligente vrouw die in vier jaar tijd verschillende malen werd opgenomen. Fré Dommisse drong erop aan dat verpleegkundigen de patiënten serieus zouden nemen, ook in buien waarin ze psychotisch waren. Verpleegkundigen, zo vond ze, waren deze mensen zó dicht nabij dat ze als geen ander wisten hoe klein het verschil was tussen 'gek' en 'normaal'
- **Laten ze het maar voelen....** Corrie van Eijk-Osterholt (1981).
Een verhaal over psychiatrische inrichtingen, belangenbehartiging, acties en de commissie van Dijk, Amsterdam: Van Genneep.
- **Wartaal van een gek.** C. van Eijk-Osterholt en K. Bökenkamp (1983).
Het schokkende verhaal van Johanna Stuten-te Gempt. Den Haag: Kruseman.
- **'Stenen voor brood'**, Joop Dekker e.a. Cliëntenbond in de GGZ (1980/1989)
"Dit boek bevat de resultaten van een onderzoek dat de werkgroep "Isoleer" van de Cliëntenbond in 1980 heeft gehouden naar het gebruik van isoleercellen in de psychiatrische inrichtingen in Noord-Holland." In 1989 is het flink herschreven.
- **Dwang en Drang in de psychiatrie - kwaliteit van vrijheidsbeperkende interventies**, T. Abma, G. Widdershoven & B. Lendemeijer (red.) (2004)
Twaalf instellingen onderzochten in het project 'dwang en drang in de psychiatrie' hun praktijk rond dwangtoepassingen aan de hand van eerder vastgestelde kwaliteitscriteria. Die criteria nodigen uit tot reflectie en tot het in perspectief plaatsen van dwang. De boodschap is: 'Besef dat drang en dwang altijd in de psychiatrie voorkomen, dat het ambivalente gevoelens oproept en dat je het alleen in zorgperspectief kan rechtvaardigen. Uitgeverij: Lemma Utrecht ISBN 90-5931-330-5
- **Onderweg** – een trialogische biografie, Detlef Petry (2005)
Deze uitgave is bijzonder vanwege het unieke karakter van de beschreven driehoeksrelatie tussen de patiënt, zijn familie en de behandelaar. Detlef Petry is psychiater en vindt de 'trialoog' belangrijk en behandelt niet, maar onderhandelt. De patiënt wordt medemens, de stigmatisering door een psychiatrische diagnose wordt opgeheven. Uitgeverij: Stichting Onderweg www.onderweg.info ISBN 90-809600-1-2
- **'Open deuren...'**, cliëntenorganisatie GGzE (2007)
'Open deuren...' is een boekje over separeren dat de Cliëntenorganisatie van GGzE onlangs heeft uitgegeven. Een lichtvoetige uitgave met een ernstige boodschap. 'Open deuren...' is verkrijgbaar bij het Cliënten Belangen Bureau van GGzE. Telefoon (040) 297 06 18. ISBN 978-90-78216-02-5

Er is altijd discussie geweest rond onvrijwillige hulpverlening, en er zijn ook altijd mensen geweest die proberen alternatieven aan te reiken. Ook in 2008 is de discussie weer zeer actueel.

Sinds kort zijn er in Nederland legio praktijkvoorbeelden die bewijzen dat het vermijden van dwangtoepassingen lukt.

4.2 Landelijk Project Dwang en Drang

Wat in 2002 begon als een project onder 12 instellingen is in 2005 uitgegroeid tot een grootschalig landelijk project onder leiding van GGZ Nederland waaraan nu inmiddels 42 instellingen meewerken om de toepassing van dwangmaatregelen terug te dringen.

Aanleiding voor het project 'Dwang en Drang' zijn de in Nederland veel gepraktiseerde dwangmaatregelen op gesloten afdelingen van instellingen in de GGZ. Vooral separatie (het onvrijwillig opsluiten van cliënten in een kale isoleerruimte) staat ter discussie. En in mindere mate ook gedwongen medicatietoediening. De nadruk ligt op afname van dwang door een **cultuurverandering op basis van contact en nabijheid**, en daarmee kan het ene dwangmiddel geen alternatief voor een andere dwangmaatregel zijn. Dwang dient zoveel mogelijk voorkomen te worden.

Ervaringen in het buitenland leren dat behandeling ook prima zonder deze dwangmaatregelen mogelijk is. Eind 2005 is daarom een kwaliteitstraject rond dwang en drang gestart. Het doel: **10% minder separaties per jaar**, en daarmee in 2008 een minimale daling van 30%. Brancheorganisatie GGZ Nederland heeft 5 miljoen euro gereserveerd voor concrete projecten van GGZ instellingen om de toepassing van dwang en drang daadwerkelijk substantieel terug te dringen.

Project Dwang en Drang formuleerde in 2005 enkele Kwaliteitscriteria dwang en drang

1. Besef dat dwang en drang onderdeel uitmaken van de psychiatrische praktijk en dat die praktijk wordt gekenmerkt door **tegenstrijdige verplichtingen**.
2. Tegenstrijdige verplichtingen leiden tot **ambivalente gevoelens** en emoties bij collega's, cliënten en familie. Schenk aandacht aan die gevoelens. Ga creatief om met spanningen.
3. Beschouw dwang en drang in het kader van het proces van zorg. Ingrepen zijn alleen te rechtvaardigen in **een context van betrokkenheid**. Ze vereisen aandacht, verantwoordelijkheid, deskundigheid en afstemming.
4. Dwang en drang vereisen goede communicatie. Besteed aandacht aan **bejegening**, openheid, afspraken maken, contact houden. Onderhandelen en overtuigen kunnen situaties van dwang voorkomen, maar dienen tijdens de dwangtoepassing te worden vermeden.
5. Reflecteer op het **doel** van ingrijpen. Kijk daarbij niet alleen naar het afwenden van gevaar, maar stel vooral de vraag of en hoe een interventie zal bijdragen aan de mogelijkheden van de cliënt om de greep op zijn eigen leven te behouden en te vergroten.
6. Reflecteer op de middelen. Wees je bewust van de variatie in het scala aan interventies. Gebruik niet meer ingrijpende maatregelen dan nodig. Probeer **creatief** om te gaan met situaties. Wees flexibel, respectvol en tactvol.
7. Plaats dwang en drang in een **tijdsperspectief**. Probeer anticiperend te werk te gaan. Maak afspraken vooraf met de cliënt en zo mogelijk met de familie. Wees transparant over het ingrijpen en de gevolgen daarvan. Evalueer iedere toepassing van dwang en drang met de cliënt en de familie. Probeer er in overleg met de betrokkenen lessen uit te trekken voor het toekomstige omgaan met elkaar. Zorg voor institutionele vormen van evaluatie.
8. Streef naar **adequate randvoorwaarden** (deskundigheid, beschikbaarheid, bouwkundige voorzieningen, voorlichting, protocollering) en onderneem actie waar deze ontbreken.

Een belangrijk argument om separaties tegen te gaan is de ontwikkeling van "High Care", want **een zieke laat je niet alleen**.

"De eerste vijf minuten zijn het halve werk" (Bert vd Werf, Signaleringsplannen). Onzorgvuldige interactie werkt agressie in de hand en dat verhoogt het risico op separatie. Daarom is het belangrijk om te investeren in het leggen van contact met de

cliënt vóórdat er tot separatie wordt overgegaan, met als doel de separatie te voorkomen.

Jaarlijkse werkconferentie Dwang en Drang – Landelijk Platform GGZ

Jaarlijkse organiseert het Landelijk Platform van cliënten en familieorganisaties in de GGZ een werkconferentie Dwang en Drang. En elk jaar komen er nieuwe mogelijkheden bij voor een vernieuwde aanpak van een crisis. Uitgebreide en volledige verslagen van de conferenties zijn te vinden op www.dwangendrang.nl

De 1^e conferentie op 2 dec. 2005 'Zorg met aandacht maakt dwang en drang overbodig'.
"De monniken zijn nu eenmaal niet gelijk".

Als hulpverleners beter kijken en luisteren naar cliënten en familie, kan de isoleercel misschien wel afgeschaft worden. In interactieve sessies met cliënten, familie, hulpverleners en andere geïnteresseerden heeft het landelijke platform GGZ bouwstenen verzameld voor een **Actieplan Terugdringen Dwang en Drang** dat begin 2006 aangeboden werd aan overheid, politiek en brancheorganisaties.

De onderwerpen waren:

- **Proactieve beroepshouding:** Signaleringsplannen
- **Ervaringsdeskundigheid:** Maatjesproject en Training
- **Crisishantering:** Agressiecoach
- **Bewustmaking:** Acties "Tekeer tegen de isoleer"
- **Verwerkelijking:** Project Siependaal separeervrij
- **Zelfbeschikking voor cliënten:** Crisiskaart en zelfbindingsverklaring
- **Zelf de regie houden:** Consumer-run projecten en Zorghotel

De 2^e conferentie op 1 december 2006 'Geen cel maar zorg'.
"Het móet kunnen zonder dwang en drang".

Er zijn de laatste jaren allerlei initiatieven gestart om dwang en drang in de psychiatrie terug te dringen. De instellingen zien dat veelal als een cultuuromslag die tijd kost, terwijl cliënten en naast-betrokkenen menen dat heel snel gestopt kan worden met separaties en andere dwangmiddelen. Alternatieven genoeg voorhanden, stellen zij. Een keur aan alternatieven passeerde de revue:

- **Stimulans:** 5 miljoen euro per jaar voor alternatieven
- **Onderzoek:** Wat werkt het beste?
- **Intensieve zorg:** Crisiskaarten
- **Intensieve zorg:** ACT-team (bemoeizorg) zie ook epiloog
- **Alternatieven:** Geweldloze aanpak bij JGGZ de Bascule
- **Bewustmaking:** Protest tegen visiteren in jeugdinrichtingen
- **Evaluatie:** alles beter dan separeer?
- **Leerproces:** Gastvrije zorg door hotelgoeroe
- **Intensieve zorg:** Intensive Care units
- **Reflectie:** Bange verpleegkundigen
- **Alternatieven:** Comfort rooms en stripkamers
- **Intensieve zorg:** Geef cliënten de regierol: "Onze jongens willen geen hulpverlener, maar een bondgenoot"
- **Evaluatie:** Dwang en drang niet altijd slecht

De 3^e werkconferentie op 7 december 2007, 'Samen optrekken'.
"Initiatieven verdienen alle steun".

Opnieuw kwamen er ca. 200 cliënten, naastbetrokkenen en hulpverleners bij elkaar in Amersfoort om met elkaar te praten over manieren om de triade – het driemanschap van cliënten, hun naasten en hulpverleners- te versterken. De thema's waren:

- **Leerproces:** Goede, slechte en buitenproportionele ervaringen
- **Intensieve zorg:** Hand-in-hand benadering - De kunst van het motiveren
- **Intensieve zorg:** Sociale contacten en medemenselijkheid
- **Familiecontact:** de gesloten afdeling - familie als bondgenoot – harde feiten

- **Reflectie:** Weten van elkaars angst - Met de handen in het haar
- **Sociale gespreksgroepen:** Multiloog
- **Bewustmaking:** Waar een simpele enquête toe kan leiden
- **Kwaliteit:** Wie bepaalt? Wie controleert de hulpverleners?
- **Keuringssysteem:** Resultaten verzilveren

Het gaat er bij de werkconferenties steeds om dat we bondgenoten van elkaar en voor elkaar zijn. Dat we samen optrekken op basis van gelijkwaardigheid; cliënten en hulpverleners, cliënten en hun familieleden, hulpverleners en naastbetrokkenen. Dat we op basis van vertrouwen elkaar leren accepteren. Dat we niet tegenover elkaar gaan staan, maar met elkaar samenwerken om vaak moeilijke situaties op te lossen, zodat vernederende dwangsituaties vermeden kunnen worden, en diegene die hulp nodig heeft zich een **volwaardige medemens** kan blijven voelen.

4.3 Historie van de wetgeving

De huidige wetgeving inzake gedwongen hulpverlening is ontstaan uit de Krankzinnigenwet (1841, 1884) wat later de Wet BOPZ is geworden, en nu ligt er een voorstel voor een nieuwe Wet Psychische Zorg.

Bijzonder aan Nederland is, dat in ons land direct vanaf de allereerste krankzinnigenwet de rechter en de arts onderling afhankelijk van elkaar werden.

Tussen 1838 en 1841 heeft de toenmalige minister van Justitie Van Maanen het standpunt ingenomen dat het opsluiten van een burger van Nederland omdat deze 'krankzinnig' zou zijn zó ernstig in strijd was met de Grondwet dat dit oordeel nooit alleen aan een medicus mocht worden overgelaten, doch dat ook altijd een arrondissementsrechter zich over die vrijheidsberoving moest uitspreken. Alvorens zo'n rechter dat deed moest een arts het oordeel geven dat de persoon inderdaad 'krankzinnig' was. Maar de arts was afhankelijk van de rechter of de patiënt dan ook daadwerkelijk kon worden opgenomen.

Bij de tweede Krankzinnigenwet (1884) is die procedure iets versoepeld. Allereerst omdat men iemand toen via de kantonrechter op kon laten nemen; niet altijd was er een arrondissementsrechter nodig. Ook kwam de IBS voor een korte opname erbij. Maar het bleef zo dat arts en jurist van elkaar afhankelijk waren.

In de BOPZ is dat niet veranderd. De arts schrijft de krankzinnigheidsverklaring uit, de rechter laat iemand opnemen. Maar, in plaats van dat dat gebeurt omdat iemand onder zijn eigen gedrag door lijkt te gaan ('bestwil'), mocht het in de BOPZ alleen als er aantoonbaar gevaar dreigde voor de samenleving of voor betrokkene (gevaarscriterium).

Mensen in psychose die geen gevaar opleveren worden door sommige psychiaters dan ook eindeloos aan zichzelf en hun waansysteem overgelaten, zonder dat iemand voor hen zorgt: omdat ze niet gevaarlijk zijn worden ze niet behandeld en hoeft er ook niemand heen. Dat is een groot schandaal; en nu is er dus het debat dat er een '**recht op zorg**' moet komen.

De praktijk als leidraad voor de kwaliteit van zorg

Het Openbaar Bestuur van de samenleving is o.a. opgericht om te voorzien in de zorg, wat in de praktijk neerkomt op het organiseren van de **beschikbaarheid van zorg** (kwantiteit) en de kosten (financiering). Het functioneren van de overheid wordt geleid door anderen, zoals de regering/ het Parlement, kwaliteitseisen en rechten enz. De overheid laat zich leiden door **oriëntatiepunten** in de samenleving. Kwaliteitseisen worden geformuleerd door het werkveld zelf. Door de neoliberale privatiseringen ontstaat er een versnippering van dienstverlening onder diverse zelfstandige ondernemers en organisaties, die tevens ook onderlinge concurrentie bedrijven. Ook ontstaan er (vervolgens) grote organisaties door fusies, waarbij de scheiding tussen uitvoering en beleidsmakers resulteert in een groeiende tussenlaag van bureaucratie, management, beleidsmedewerkers enz. die steeds verder weg komen te staan van de dagelijkse werkvloer. Doordat de tussenlaag van managers de contacten met veld steeds meer

verliezen, vallen daarmee ook de oriëntatiepunten voor de kwaliteit weg. Door het "isolement" van de directie/management wordt de bureaucratische, bedrijfsmatige logica steeds meer de leidraad van de publieke sector, met wetten, regels en bijv. DBC's (Diagnose-Behandel-Combinaties). Economische motieven worden daarbij steeds vaker leidend, los van de kwaliteit. In de politiek blijkt er weinig kennis te zijn van de GGZ.

De inhoudelijke kwaliteit van de GGZ is daarmee een verantwoordelijkheid van de direct betrokkenen geworden, want vooral zij kunnen die kwaliteit beoordelen. Het is dus belangrijk om de eigen ervaringen in te zetten om de knelpunten aan de bedrijfsmatige overheid duidelijk te maken. "Als u niet piept, piept er niemand"

GGZ problemen zijn verbonden met **sociale en maatschappelijke context** (werk, gezin, woning enz) Met het weglaten van sociale achtergronden in de beroepsbeoefening, (bijv. door standaardisering van diagnoses) wordt een belangrijk deel van de sociale en maatschappelijke kennis dus als "misbaar" beschouwd. Doorgaans vindt het bedrijfsleven sociaal maatschappelijke kennis "te complex", en verkiest "evidence based medicatie" (gestimuleerd door de medisch-psychiatrische lobby) in plaats van "Practice based evidence" (op maat). Door het buiten beschouwing laten van de sociaal culturele achtergronden wordt een belangrijk doel gemist. (zie ook 4.5 Global Forum on Community Mental Health)

4.4 Detlef Petry: alom gerespecteerd vanwege zijn visie

Een passage uit de documentaire "uitbehandeld maar niet opgegeven" van psychiater Detlef Petry:

Een belangrijke drijfveer in het werk van Detlef Petry zijn de observaties hoe inhumain er tot het begin van de jaren zeventig omgegaan werd met chronisch psychiatrische patiënten. Patiënten werden platgespoten, vastgebonden en behandeld met elektroshocks. Petry wilde het allemaal anders doen. **Hij ziet zijn patiënten als persoonlijkheden.** Hij legt geen nadruk op hun handicaps, nee op hun mogelijkheden. Hij wordt door hen geaccepteerd als een partner, niet alleen als psychiater. Door zichzelf te zijn, door zijn charisma, door te luisteren ipv iets op te dringen en mee te gaan in de 'gekke' heeft hij respect en vooral een plekje verworven bij zijn patiënten en hun familie. Petry gaat met zijn patiënt terug naar een plek, die hem of haar dierbaar is. Met de dame, die denkt Australische te zijn, praat hij over de voor- en nadelen van het Nederlandse klimaat. Terwijl zelfmoord binnen psychiatrische afdelingen iets zeer regelmatig is, is er op de afdeling van Petry de laatste tien jaar geen enkele zelfmoord(poging) geweest. Bij het verkennen van de mogelijkheden van de patiënten betreft hij altijd de familie. Hoe was hij of zij vroeger. Waar ging het fout? Wat kan er hersteld worden van het gebroken glas, dat de psyche vaak is?

Onder invloed van het neoliberalisme is er veel veranderd binnen de psychiatrie. Alles draait steeds meer om efficiëntie, markteconomie en concurrentie. Petry schetst een beeld van de gevolgen voor personeel en patiënten en spreekt zijn zorg uit.

"Van burger naar product"

Een passage uit het artikel "bezieling en beheersing" :

Hoe is het met de eer van de patiënten? Jaren geleden begonnen hulpverleners zich in te zetten voor hun eerherstel als burgers: **rehabilitatie**. Komt hun eer door de technocratische overkoepeling niet opnieuw in gevaar? Vroeger waren zij het slachtoffer van een repressieve psychiatrie. Nu dreigen ze slachtoffer te worden van een technocratische marktideologie in de psychiatrie, waarbinnen voor hen geen enkele rol is weggelegd. Van échte inspraak van patiënten kan in dit over hun hoofden heen rollende proces geen sprake zijn. Ze zijn niet opgewassen tegen de concurrentiestrijd, ze kunnen niet 'meedingen' en ze kunnen niet produceren. Ze zijn zelf 'product' geworden! Wat ze in deze tijden nodig hebben zijn onze solidariteit, zorg, nabijheid en liefde. Voor wat er gaande is heb ik geen andere woorden dan dat het gaat om een morele misdaad die de wereld berooft van haar bezieling en de verhouding tussen mensen onderling verstoort. De cultuur moet gezien worden als wereld van levenspraktijken, waarin mensen (leraren,

politieagenten, hulpverleners) zich kunnen ontwikkelen. Waar ze zelfstandig en eervol hun beroep kunnen uitoefenen en zich verantwoordelijk voelen voor **het algemene belang**. We hebben te maken met cultuurverlies, het is een kwestie van eer om hier een antwoord op te vinden. Detlef Petry waagt een voorzichtige poging tot een antwoord. **Relaties tussen patiënten, hun familie en hulpverleners**, die zich dikwijls over jaren uitstrekken, moeten gezien worden als kern van iedere psychiatrische praktijk. Hoe dit werk ook wordt georganiseerd, het moet **deze levenspraktijk** dienen. Zo kunnen psychiatrische diensten tot menselijke, de eer van ieder mens respecterende kiemcellen worden, waarbinnen de psychiatrie **gehumaniseerd en niet getechnocratiseerd** wordt.

4.5 Global Forum on Community Mental Health (GFCMH)

Een goede internationale illustratie van vermaatschappelijking en de vernieuwde integrale visie op zorg wordt gegeven door het Global Forum on Community Mental Health (www.gfcmh.com), waarvan de eerste bijeenkomst plaatsvond in mei 2007 bij het hoofdkantoor van de Wereldgezondheidsorganisatie in Geneve, Zwitserland.

Bij het Global Forum on Community Mental Health (GFCMH) wordt gesteld dat zorg een **openbare netwerkfunctie** is met als doel het bevorderen van algehele geestelijke Volksgezondheid door preventie en zorg in te lijven in samenleving. Daarbij wordt dus het **welzijn van de hele samenleving integraal** beschouwd met als hoofddoel inclusie. Ontwikkelingssamenwerking is een uitstekend voorbeeld van zorg voor welzijn, want het opheffen van beperkingen in de samenleving staat daarbij centraal. Sociale inclusie wordt vormgegeven door **bestaande netwerken uit te breiden**.

Een inspirerend voorbeeld daarvan is bijvoorbeeld het verstrekken van medicatie voor epilepsie. In traditionele stammen wordt vaak geloofd dat epilepsie een bovennatuurlijk verschijnsel is, met alle gevolgen van dien (rituelen). De oplossing werd gevonden in de rituele toediening van medicatie door de plaatselijke heilmeester, waardoor deze zijn kracht en status behield en de persoon met epilepsie toch op tijd zijn medicatie kon ontvangen. Dit is een goed voorbeeld van het vormgeven van sociale inclusie door kruisbestuiving van disciplines.

Een ander goed voorbeeld van de **integrale benadering** vinden we bij de hulpverlening na de tsunami in 2004. Na de vernietigende tsunami waren enorm veel mensen getroffen en getraumatiseerd. Alles was weggevaagd en de ontredde was groot. De oplossing van het leed bleek niet te liggen in het voorzien in een psychiatrisch aanbod, maar het psychisch welzijn werd aanzienlijk verbeterd door starten met wederopbouw. Dat was voor velen hoopgevend en men zag weer kansen voor de toekomst om deze zware tegenslag samen te verwerken. Het feit dat het psychisch welzijn enorm verbeterd werd zonder individuele therapievormen of farmaceutica is daarbij een erg belangrijk gegeven.

Ook hiervan kan men leren om de omgeving niet los te koppelen van het "ziektebeeld", door een integrale benadering te kiezen die de **sociale context als onderdeel beschouwd van de psychische beperking**. Zo'n benadering is:

- **Dichterbij het doel van hulp:** Het doel van hulpverlening is het bevorderen van persoonlijk en sociaal welzijn en de kwaliteit van leven, door het verhelpen van beperkingen zodat volwaardige participatie in de samenleving mogelijk wordt voor iedereen op een gelijke basis. De persoon is niet de enige oorzaak van een beperking, maar ook de omgeving is beperkend. Dus hulpverlening om de beperking te **overbruggen** kan uiteraard het beste vormgegeven worden in, met en via de samenleving, zodat bovendien ook het bewustzijn ontstaat dat psychisch welzijn een integraal onderdeel van de mens en de mensheid is.
- **Dichterbij de oorzaak c.q. bron van de problemen:** veelvoorkomende oorzaken zoals geweld, armoede, troosteloze levenssituaties en sociale uitsluiting kunnen beter gesignaleerd worden en daardoor is het beter mogelijk om deze feiten niet te negeren, maar **preventie** in te zetten.

4.6 Er is dus een brede cultuurverandering gaande.

Er zijn veel initiatieven die een **verschuiving van beheersing naar bezieling in de praktijk** bewerkstelligen, en daarmee wordt feitelijk aangesloten bij de uitgangspunten van het VN verdrag inzake de rechten van personen met beperkingen.

De creatieve voorbeelden om dwang en drang terug te dringen, draaien uiteindelijk allemaal om **respect, aandacht, zorgvuldigheid en goed hulpverlenerschap**. Ook wanneer het om fysieke veranderingen in de omgeving van de kliniek gaat of om veranderingen in protocollen; attitude en bejegening staan voorop. "Hoe serieus neem ik de signalen die cliënten afgeven, hoe verward of agressief ze ook zijn?"

In plaats van weerstand en verzet met dwang en geweld te beantwoorden, zou verzet en afstand beter met nabijheid beantwoord kunnen worden. Woede, waanzin, angst en verdriet zijn er niet voor niets. Het is nodig dit te erkennen en er iets mee te doen.

Die attitudeverandering komt het meest naar voren in de houding van hulpverleners, in de presentiebenadering, bij het opstellen van een crisiskaart en bij het zorgvuldig overleg met cliënten en naastbetrokkenen.

Hoofdstuk 5 Conclusies

Stichting Mind Rights beschouwt het wetsvoorstel voor de Wet Psychische Zorg als een ondeugdelijk voorstel.

Het voorstel voor de Wet Psychische Zorg zoals het nu is, is in strijd met de uitgangspunten van het VN verdrag inzake de rechten van personen met beperkingen, en daarom niet uitvoerbaar.

De kritiek op het voorstel in het kort:

“De terminologie rammelt en als geheel wekt het concept een paternalistische indruk die ver af lijkt te staan van de innovatieve praktijken in de GGZ-zorg van 2008. Het oorspronkelijke idee om “het aanbod beter afstemmen op de persoon” is vertaald in een verruiming van mogelijkheden voor dwangtoepassing, een kwestie die werkelijk niets met welzijn of vraaggestuurde zorg te maken heeft. (Waarom zoveel laagdrempelige variaties op een noodoplossing?).

De bedoeling was een Recht op Zorg, (met respect voor de persoon) maar dat is enkel nog terug te leiden uit de naam van het wetsvoorstel “Wet Psychische Zorg”, wat weer een titel is die de inhoud van de concept-tekst niet dekt. Het gaat in het huidige voorstel immers louter om onvrijwillige zorg.

Het voorstel tot uitbreiding van het dwangassortiment (gedwongen verzorging, begeleiding, behandeling en opname met verschillende gradaties van beveiliging) is

- A. Een benadering waarbij ten eerste de hele cliënt gereduceerd wordt tot een passief object zonder zelfbeschikkingsrecht of andere rechten,
- B. Een voorstel voor een wijze van praktijkuitvoering die haaks zou staan op internationale verdragen en actuele ontwikkelingen in het veld.”

Onze conclusie is daarom dat alleen de titel “Wet Psychische Zorg” voldoet, en dat de verdere inhoud, tekst en uitgangspunten enz. compleet vervangen dienen te worden door een tekst met meer nadruk op een sociale benadering op basis van gelijkheid en levenskwaliteit.

Er zijn veel initiatieven en voorbeelden voor het terugdringen van dwangtoepassing in de GGZ. Deze initiatieven verdienen steun en navolging.

Hoofdstuk 6 Aanbevelingen

Aanbeveling:

Stichting Mind Rights raadt aan met vele betrokkenen een nieuwe wetstekst te laten schrijven onder dezelfde titel "Wet Psychische Zorg".

Uitgangspunten daarbij dienen te zijn:

- **Gebruik maken van ervaringsdeskundigheid** in de uitvoering
- **Respect voor beleving**, zorg mag geen trauma's aanbrengen.
- **Aansluiten bij de uitgangsvisie van het VN verdrag**, Actief inspanden om gedwongen zorg uit te bannen en cliënten te beschermen tegen ongewenste interventies; waarborgen van zelfbeschikking, fysieke en mentale integriteit, vrijheid, non-discriminatie en gelijkwaardigheid en toegang tot justitie en klachtenprocedures inzake verkeerde behandelingen.

Aanbevelingen m.b.t. inhoud:

- Zorgmachtiging/crisismaatregel kan opgevat worden als een **verplichting tot actief aanbieden van zorg via de presentiebenadering**, waarbij vertrouwen en contact en maximale zelfbeschikking centraal staan.
 - o met verplichting voor zorgverzekeringen om dergelijke bijzondere inspanningen op maat te vergoeden (op basis van flexibel vraaggestuurd aanbod, dus ALLE mogelijke zorg kan aangeboden en vergoed worden)
- Juridische vrij spraak op basis van ontoerekeningsvatbaarheid en zelfverdediging behouden (in dat geval zorgmachtiging toekennen)
- Mensen met problemen c.q. beperkingen die de wet hebben overtreden voorzien van een * redelijke accommodatie. Dit komt vooralsnog maar deels overeen met het TBS-systeem. De doelgroep is geselecteerd, maar er kan behandeling opgelegd worden en ook hier dient dus de verschuiving plaats te vinden **van een interventieverplichting naar een aanbodsverplichting.**

Het nieuwe uitgangspunt voor de Wet Psychische Zorg dient vooral een verplichting te zijn voor hulpverleners en niet voor cliënten.

Epiloog Zorg is compassie

Een nieuwe wet Psychische Zorg: Meer zorg

De wet BOPZ wordt aangepast omdat men, zowel in het straatbeeld als in de klinische psychiatrie, van de verwaarlozing afwil en vindt dat mensen zorg moeten krijgen; niet dat ze onder dwang moeten worden opgenomen en uit de samenleving moeten verdwijnen, maar dat ze effectieve zorg krijgen, desnoods onvrijwillig.

Visie van stichting Mind Rights: Dwang past niet in de zorg

Stichting Mind Rights stelt dat het principe van dwang en onvrijwilligheid onverenigbaar is met de doelstelling van de zorg. Dwangtoepassing is traumatiserend en heeft een averechts effect op de autonomie, ontwikkeling en het welzijn van een persoon. Zorg is aandacht, compassie en begeleiding en heeft als doel het bevorderen van levenskwaliteit, ontplooiing en groei van de persoon. Er is afgesproken dat de **cliënt centraal** staat bij de zorg. Dwang kan dan geen onderdeel zijn van zorg, want straf is straf, zorg is zorg.

VN Verdrag: Gelijke rechten voor iedereen

Het nieuwste mensenrechtenverdrag inzake de rechten van personen met beperkingen verbiedt machtsongelijkheid ten aanzien van personen met problemen en beperkingen en omschrijft expliciet het zelfbeschikkingsrecht, het recht op fysieke en mentale integriteit, het recht op vrije geïnformeerde keuze, en vrijwaring van wrede en inhumane behandeling.

Besef: Beperkende omgevingsfactoren

Misschien is het - nu - nog niet realistisch is om te veronderstellen dat hulpverleners en cliënten het met enige goede wil het altijd eens zullen worden. Rond mensen met psychiatrische problemen zal misschien altijd een spanningsveld blijven bestaan; de hoofdoorzaak van opname is immers nooit 'de ziekte' of 'de problematiek', maar de **draagkracht van de omgeving**. Pas als de omgeving het niet meer aankan, dan dreigen opname en dwang.

Praktijk: Een overhaaste oplossing

Tenzij hulpverleners eerst zorgvuldig een relatie leggen met betrokkenen dreigt er dwang en straffe repressie. Een gedwongen interventie is doorgaans eigenlijk goedbedoeld ('bestwil'), maar bestaat in de praktijk vaak uit gemarginaliseerde zorg met weinig tijd en aandacht voor bemiddeling, en vaak grenzend aan overlast bestrijding. Uit eigen ervaringsdeskundige bronnen blijkt dat bijvoorbeeld een crisisteam vaak gemiddeld slechts 1 uurtje kan besteden aan de werkelijke toenadering van een persoon in een crisis, waarbij de hulpverleners vaak snel wensen over te gaan op een concrete interventie om snel een einde te maken aan de onvrede of crisis, hetzij vrijwillig of onvrijwillig... Hierbij bestaat noodgedwongen te weinig aandacht voor de persoon en zijn/haar wil, hetgeen nauw samenhangt met "**de beoogde productiecapaciteit**" van bijvoorbeeld de crisisdienst. In de klinische GGZ speelt een vergelijkbare discrepantie tussen enerzijds de zorgmissie en anderzijds de beperkte contacttijd met de cliënt(en).

Alternatief: Relaties leggen

Er zijn veel initiatieven voor het terugdringen van dwangtoepassing. Al deze initiatieven leggen een accent op sociale relaties, **nabijheid, betrokkenheid, contact en vertrouwen** en werkelijke onderhandeling waarbij de wil en wens van de cliënt centraal staat in het sociale proces van zorgverlening op maat. Dit vergt een grotere inzet, meer tijd en aandacht dan de voorheen reguliere crisisbestrijding.

Goede praktijk 1: Intensieve zorg en High Care in de samenleving

Het ACT-bemoeizorg model is een ambitieuze ontwikkeling gericht op het voorkomen van crisissituaties voornamelijk in de samenleving. ACT/bemoeizorg is gebaseerd op de presentiebenadering en is – in eerste instantie- bedoeld voor personen met langdurige complexe problematiek (zoals daklozen met psychische problemen die in aanraking zijn

geweest met justitie). Het uitgangspunt daarbij is: “Als de berg niet tot Mohammed wil komen, dan moet Mohammed naar den berg gaan”.

Het concept van ACT/bemoeizorg wordt vormgegeven door een multidisciplinair en geïnstitutionaliseerd werkend crisisteam, dat 7 dagen per week, 24 uur per dag beschikbaar is, en ter plekke op de crisislocatie(s) begeleiding kan bieden zonder een tijdslimiet. Er kan op die manier **continuïteit** geboden worden in de crisishantering en ook in de zorgverlener-cliëntrelatie, omdat het crisisteam zich langdurig verbindt aan de cliënt (vergelijkbaar met casemanagement) en een zorgproces start, waarin vertrouwen, tevredenheid en samenwerking voorop staan. Bij signalering van problemen wordt de attitude even belangrijk geacht als de kennis en kunde.

Deze benadering van **verleiden tot zorg**, volgen van een cliënt en een relatie opbouwen boekt goede resultaten, doordat er in veel gevallen **meer samenwerking en een beter begrip van elkaar** wordt bereikt, leidend tot een betere persoonsgerichte hulpverlening, en anderzijds ook meer acceptatie van zorg door de cliënt zodra gebleken is dat er werkelijke positieve voordelen aan hulpverlening vastzitten (zoals bijvoorbeeld uitkering, huisvesting enz.). In sommige gevallen wordt er nog wel eens een IBS/RM toegepast, maar dat is beduidend minder dan voorheen.

Goede praktijk 2: Intensieve zorg en High Care in de klinische GGZ

Ook in de klinische GGZ worden veel initiatieven genomen die intensieve begeleiding en het contact tussen hulpverlener, cliënt en de omgeving centraal stellen. “Een ernstig zieke laat je immers niet alleen”. Het behoud van contact staat ook bij crisisinterventies in de klinische zorg centraal en ook hiervoor worden momenteel adequate kwaliteitscriteria ontwikkeld door diverse professionals.

Concretiseren: Aanbodsverplichting “High Care” als eerste stap bij crisis

Volgens hetzelfde principe van High Care en intensieve zorg zou bij een crisis in de maatschappij een **intensieve crisisbegeleiding** de eerste stap dienen te zijn, want een integrale aanpak met aandacht voor een vertrouwensrelatie blijkt een effectievere benadering.

Een “High Care”- verplichting bij een (opkomende) crisis kan worden vormgegeven in een zorgmachtiging voor intensieve vraaggestuurde bemoeizorg c.q. thuiszorg, waarmee mogelijkheden beschikbaar gemaakt worden om **een crisisteam zo lang als nodig in te zetten IN de crisissituatie**. Door een benadering ter plaatse kan het crisisteam ook meteen de omgeving steunen en bemiddelen in belangenbehartiging, want een crisis is immers ook deels afhankelijk van de draagkracht van de omgeving. Bij de “High Care” benadering heeft **de vertrouwensrelatie met de cliënt prioriteit** boven de reguliere interventie zoals bijvoorbeeld toediening van medicatie.

Door intensieve crisisbegeleiding en psychische zorg in de samenleving vorm te geven zal tevens – geleidelijk- meer gewenning, acceptatie, begrip en rust ontstaan ten aanzien van psychisch welzijn en herstel van psychische problemen (**vermaatschappelijking en inclusie**) En daarnaast biedt deze nabijheidsbenadering ook meer mogelijkheden voor **preventie** (vroegsignalering en bronbestrijding) waarbij de GGZ een netwerkpositie in de samenleving zal gaan vervullen.

Conclusie: “High Care” als nieuwe eerste stap bij conflictsituaties

Het is belangrijk om deze verandering in te zetten, teneinde idealen te bereiken. Het ideaal ‘Dwang in de zorg afschaffen’, vraagt om alternatieven. Het voorliggende concept Wet Psychische Zorg voorzagt nauwelijks in fundamentele alternatieven, terwijl deze er wel zijn.

Het probleem van verwaarlozing en “opname zonder zorg” vraagt om een creatieve oplossing. Gebleken is dat communicatie meer evidence based is dan dwang. Dwang is het laatste redmiddel, dus preventie en communicatie verdienen een kans.

In de praktijk is er een barrière in het uitvoeren van intensieve interventies, zoals een lange individuele contacttijd. **De kosten van preventieve, proactieve zorg** (voorheen nauwelijks een kerntaak van de GGZ) zijn een belangrijke belemmerende factor in het vormgeven van kwaliteitszorg in de neoliberale samenleving van 2008.

Een wettelijke High Care-aanbodsverplichting voor hulpverleners zou een passende mogelijkheid zijn om daar waar een crisis ontstaat, direct een zorgvuldige benadering te kiezen en preventief en proactief bij te springen door nabij te zijn, en niet ontwrichtend op te treden, maar vertrouwen te winnen en iemand te verleiden tot een gesprek en gebruik van zorg. Met een warme benadering zal in een groot aantal gevallen het ijs gebroken kunnen worden. **Een dergelijke wettelijke High-Care regeling zou de kostenvergoeding voor intensieve zorg kunnen regelen.**

Misschien ontstaat er zelfs wel zoveel vertrouwen in de hulpverlening, dat dwang overbodig wordt. Het is de moeite waard om te proberen.

Tot slot een citaat van een verpleegkundige : **“Sommige mensen zijn kwetsbaarder dan anderen. Die mensen verdienen onze compassie.”**

Hiermee slaat zij de spijker op de kop.
Zorg is compassie.

Bronnen en referenties:

Wet BOPZ/Wet Psychische Zorg

- Rapport van de derde evaluatiecommissie van de wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen : **Evaluatierapport Voortschrijdende inzichten...**
- **Uitgangspunten voor de Wet Psychische Zorg** (vertrouwelijk en informeel)

Actiegroep Tekeer tegen de isoleer! / Stichting Mind Rights

- www.mindrighs.nl
- Ervaringsdeskundige en initiatiefneemster Jolijn Santegoeds

VN Verdrag inzake de rechten van personen met beperkingen

- www.un.org/disabilities
- VN-Verdrag inzake de rechten van personen met beperkingen (CRPD) www.un.org/disabilities
- CRPD – Handbook for parliamentarians. www.un.org/disabilities
- WNUSP – implementation manual CRPD www.wnusp.net of <http://www.mindfreedom.org/as/act/inter/wnusp/un-convention/view>

Praktijk van zorgverlenen in 2008

- www.dwangendrang.nl
- www.onderweg.info (Detlef Petry)
- www.gfcmh.com
- Historie van de wetgeving: **Van het Congres van 1907 naar vandaag**. Cecile aan de Stegge - *Congres Verpleegkunde in de GGZ: Al honderd jaar een vak apart*. Utrecht: 6 september 2007.

- Einde van dit manifest -