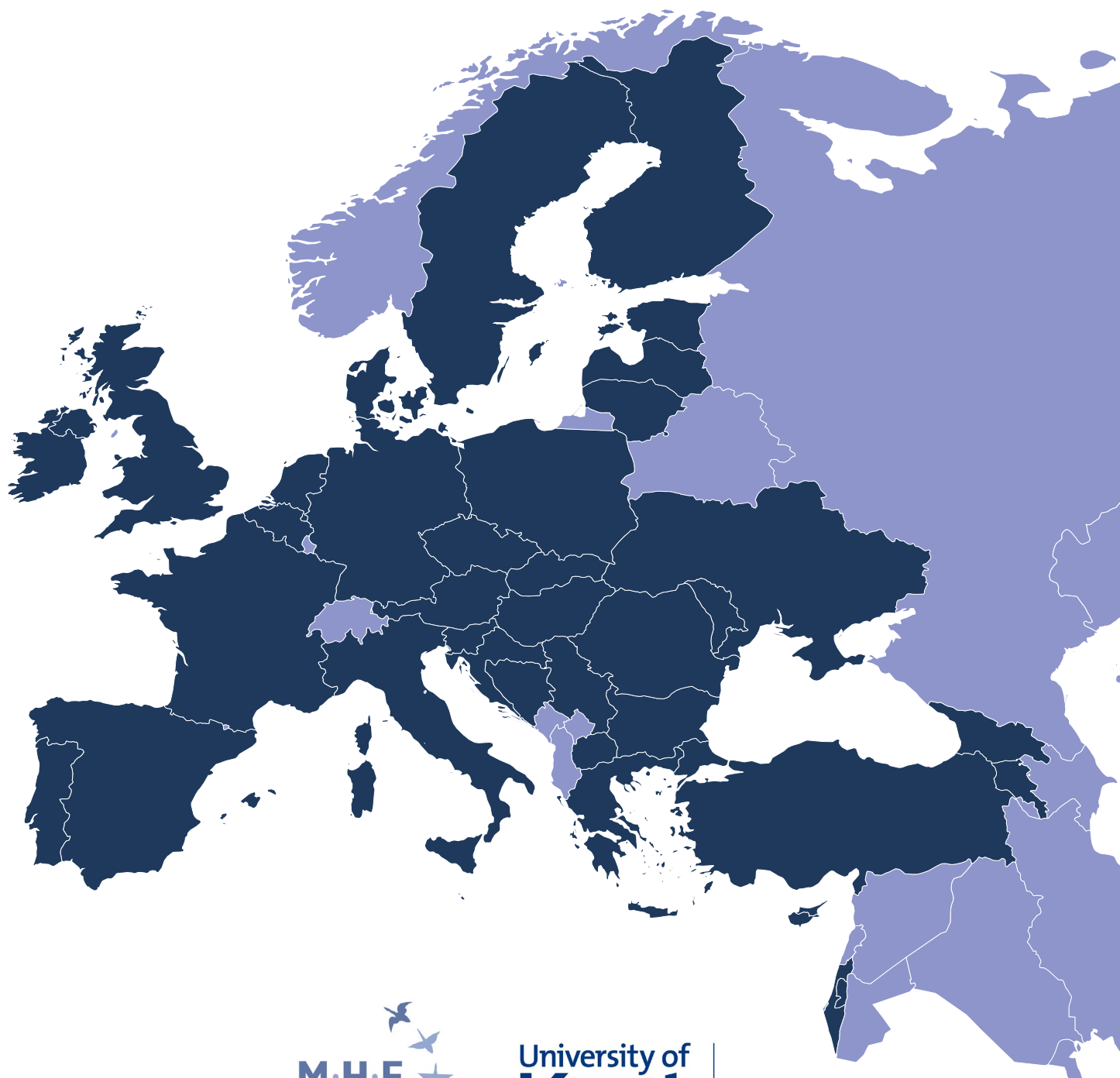

MAPPING & UNDERSTANDING EXCLUSION IN EUROPE



University of
Kent

Tizard
Centre

KORTE SAMENVATTING

Dit rapport met de titel Mapping and Understanding Exclusion- Institutional, coercive and community-based services and practices across Europe is een nieuwe en uitgebreidere versie van het rapport Mapping Exclusion van Mental Health Europe uit 2012. Het rapport werd opgesteld door de Universiteit van Kent en Mental Health Europe (MHE), met de hulp van leden en partnerorganisaties van MHE, en met steun van het Open Society Mental Health Initiative en het Rights Equality and Citizenship Programme van de Europese Unie. Het doel van het rapport is om actuele en meer omvattende informatie te geven over wetgeving op het gebied van geestelijke gezondheidszorg, de toepassing van onvrijwillige of gedwongen opnames en behandelingen, de praktijk van separatie en vrijheidsbeperking en problemen die zich voordoen in de geestelijke gezondheidszorg in Europa. Door geestelijke gezondheidszorgstelsels in Europa in kaart te brengen, werpt het rapport ook een licht op de mensenrechtensituatie voor mensen die gebruik maken van de geestelijke gezondheidszorg en voor mensen met psychosociale aandoeningen. Dit keer is er speciale aandacht voor de verhalen van mensen die opgenomen zijn geweest in een instelling voor geestelijke gezondheidszorg en daarbij met dwang in aanraking zijn gekomen. We hopen dat dit zal bijdragen aan een beter begrip van de buitensluiting die deze personen in de maatschappij ondervinden.

Het rapport laat zien dat, hoewel de in 2012 beschreven situatie enigszins is veranderd, er nog steeds een aanzienlijk aantal mensen met geestelijke gezondheidsproblemen in instellingen in Europa verblijft dat maatschappelijke voorzieningen nodig heeft. Hoewel er verbeteringen zijn doorgevoerd, laat het rapport zien dat er nog verschillende belemmeringen bestaan zoals de slechte samenwerking tussen verschillende overheidsinstanties (sociaal en medisch), het gebrek aan maatschappelijke voorzieningen die zich aan de mensenrechten houden, trans-institutionalisering en bezuinigingen. Verder is de-institutionalisering de afgelopen jaren afgeschilderd als een kwestie die voornamelijk Centraal en Oost-Europa betreft. Er zijn echter ook instellingen in veel West-Europese landen, waaronder Frankrijk, België, Ierland, Nederland, Portugal en Duitsland, waar nog steeds tienduizenden mensen met geestelijke gezondheidsproblemen verblijven en waar weinig aan deze situatie wordt gedaan. In Centraal en Oost-Europa verloopt de implementatie van door de EU gefinancierde de-institutionaliseringprogramma's traag, en er zijn weinig gegevens beschikbaar over de werkelijke resultaten van deze programma's voor mensen met geestelijke gezondheidsproblemen.

De persoonlijke getuigenissen die vriendelijk ter beschikking zijn gesteld door mensen die dwangmaatregelen aan den lijve hebben ondervonden, en voor dit rapport zijn verzameld, laten zien dat een onvrijwillige opname en behandeling langdurige en zeer negatieve effecten op iemands leven kunnen hebben. Een gebrek aan informatie voor en tijdens de opname, slechte fysieke condities, gedwongen medicatie met ernstige bijwerkingen, het ontbreken van rechtshulp, fysieke en emotionele schade, sociale en fysieke isolatie en stigmatisering kwamen allemaal voor in de getuigenissen van voormalige patiënten en overlevenden.

In het vorige rapport Mapping Exclusion uit 2012 waren verscheidene landen vooruitstrevende – en veelbelovende – verbeteringen met betrekking tot wettelijke bevoegdheden aan het voorbereiden of implementeren. In 2017 bleek echter uit de bevindingen in ons rapport dat slechts enkele landen hun relevante wetten daadwerkelijk hebben aangepast en dat de praktische implementatie van ondersteunde besluitvorming nog steeds bijna overal ontbreekt. In algemene zin laat het verzamelde bewijsmateriaal in dit rapport zien dat de mensenrechtenkwestie met betrekking tot mensen met geestelijke gezondheidsproblemen en psychosociale aandoeningen zowel binnen als buiten de geestelijke gezondheidszorg, nog steeds een groot aandachtspunt dient te zijn.

AANBEVELINGEN

Op basis van het rapport hebben we de volgende aanbevelingen opgesteld:

1. De landen die dit nog niet hebben gedaan, passen holistische de-institutionaliseringstrategieën toe die in overeenstemming zijn met de normen voor mensenrechten, in samenwerking met organisaties die mensen met geestelijke gezondheidsproblemen en psychosociale aandoeningen vertegenwoordigen, en met andere belanghebbenden, waarbij alle relevante ministeries en sectoren worden ingebracht, inclusief medische en sociale zorg en werkgelegenheid, en die worden ondersteund met voldoende financiële middelen om een duurzame overgang te garanderen naar maatschappelijke voorzieningen en ondersteuning op het gebied van de geestelijke gezondheid, die gericht zijn op herstel en in overeenstemming zijn met de mensenrechten.
2. Om dwang in de geestelijke gezondheidszorg te verminderen, dienen de Europese lidstaten:
 - beleid aan te nemen dat tot doel heeft dwang in de geestelijke gezondheidszorg onmiddellijk te verminderen en dergelijke praktijken uiteindelijk volledig te elimineren in overeenstemming met de normen voor mensenrechten. Het beleid en de praktijk dienen zich ook te richten op: het verschaffen van informatie aan patiënten en hun familie met betrekking tot hun rechten en hun gezondheid; het verbeteren van de communicatie tussen teams in de gemeenschap en in het ziekenhuis; toepassen van zero visions, de-escalatieprocedures en andere technieken; het oprichten van mobiele eenheden voor poliklinische patiënten; het geven van trainingen met betrekking tot mensenrechten aan uitvoerenden en staf met speciale aandacht voor het Verdrag inzake de rechten van personen met een handicap (CRPD) van de Verenigde Naties en informed consent.
 - de empowerment van (ex-)patiënten in de geestelijke gezondheidszorg, mensen met psychosociale aandoeningen en de organisaties die hen vertegenwoordigen te ondersteunen en te garanderen dat zij op de hoogte zijn van hun rechten en kunnen participeren in alle beslissingen aangaande hun leven, in overeenstemming met artikel 4.3 van het CRPD;
 - over te gaan op een stelsel van ondersteunde, in plaats van vervangende, besluitvorming in overeenstemming met artikel 12 van het CRPD, ook door het verbeteren van de wetgeving met betrekking tot capaciteit en geestelijke gezondheid, door het creëren van ondersteunende voorzieningen en door het uitbreiden van veelbelovende gebruiken;
 - alle gevallen van onvrijwillige opname en behandeling, vrijheidsbeperking en separatie, alsmede de redenen voor deze toepassing, correct te documenteren en te rapporteren en deze gegevens openbaar te maken.
3. In overeenstemming met artikel 31 van het CRPD dienen lidstaten opnames in instellingen te documenteren en deze statistieken voor iedereen beschikbaar te stellen. Dergelijke statistieken dienen zodanig te worden samengesteld dat ze gegevens omvatten over aantal opnames, type instelling, opnameduur, redenen voor opname en demografische kenmerken zoals leeftijd en geslacht.
4. In overeenstemming met artikel 8 van het CRPD dienen lidstaten te investeren in evidence-based antistigmaprogramma's bij de bevolking. Informatiecampagnes en bevorderen van de bewustwording, zowel op nationaal als op lokaal niveau, dienen altijd een integraal onderdeel te zijn van verbeteringen, de-institutionaliseringstrategieën en implementatie met betrekking tot geestelijke gezondheid.
5. Lidstaten dienen persoonsgebonden budgetten te introduceren om de-institutionalisering en een zelfstandig leven in de gemeenschap te ondersteunen. De lidstaten die dit al hebben gedaan, dienen te garanderen dat deze budgetten in gelijke mate beschikbaar zijn voor mensen met psychosociale aandoeningen en voor mensen met andere aandoeningen.
6. Lidstaten dienen de-institutionaliseringprogramma's beter te monitoren en dienen gegevens te verzamelen om er zeker van te zijn dat mensen met geestelijke gezondheidsproblemen profijt hebben van verbeteringen en dat de door deze programma's gecreëerde alternatieven daadwerkelijk een zelfstandig leven in de gemeenschap ondersteunen, in overeenstemming met artikel 19 van het CRPD.
7. De Europese Unie (EU) dient de continuïteit te garanderen van de essentiële financiële ondersteuning voor de overgang van institutionele voorzieningen naar voorzieningen binnen de gemeenschap in het Post-2020 Multiannual Financial Framework. Daarnaast dient ze tevens te zorgen voor versteviging, uitbreiding en een efficiënte monitoring van de voorwaarden in de reglementeringen die het gebruik van fondsen regelen, en dat de financieringsprocedures worden vereenvoudigd en verbeterd om te garanderen dat alle fondsen zodanig worden gebruikt dat er een zo groot mogelijk effect wordt bewerkstelligd en op een wijze die in overeenstemming is met de normen voor mensenrechten.
8. Inspanningen op EU-niveau dienen te worden aangevuld met de uitwisseling van informatie en ervaringen tussen landen op het gebied van de geestelijke gezondheid, inclusief opvolging van de Joint Action on Mental Health and Well-being en het EU Compass on Mental Health and Well-being.
9. De EU dient financiële middelen te verstrekken voor onderzoek naar alternatieven voor dwang, voor het uitbreiden van veelbelovende methodes met betrekking tot ondersteunde besluitvorming en ook voor de empowerment van gebruikers van voorzieningen en van mensen met psychosociale aandoeningen.



NEDERLAND

LANDINFORMATIE

- **Populatie: 17.081.507 (Eurostat, 2017)**
- **CRPD ondertekend: JA, CRPD ratificatie: JA**

ALGEMENE SAMENVATTING

Het verlenen van zorg en ondersteuning op het gebied van de geestelijke gezondheid in Nederland is gemengd: het gebeurt voornamelijk binnen de gemeenschap, maar er zijn ook een aantal instellingen. De dienstverlening beweegt al in de richting van het uitdrukkelijke doel om de institutionele voorzieningen met ongeveer een derde te hebben verminderd in 2020. De noodzakelijke ontwikkeling van de hulpvoorziening binnen de gemeenschap lijkt echter achter te blijven. Er is momenteel een belangrijke verbetering met betrekking tot onvrijwillige opname en gedwongen behandeling gaande.

GEDETAILEERDE INFORMATIE

Instellingen en psychiatrische ziekenhuizen

In 2014 waren er 8.250 zorgaanbieders in Nederland (bron: NZa Marktscan, 2017). Schattingen van het totale aantal bedden in 2014 (bron: Trimbos-instituut, 2016):

- Kortdurende zorg (gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg): 10.000;
- Langdurige geestelijke gezondheidszorg: 7.000;
- Beschermd wonen: 17.000.

Het merendeel van deze zorgaanbieders is vrijgevestigd. GGZ Nederland (Geestelijke Gezondheidszorg Nederland) is de brancheorganisatie voor instellingen in de geestelijke gezondheidszorg en verslavingszorg. Ongeveer 85% van alle zorgaanbieders is lid van deze organisatie

Persoonsgebonden budgetten

De geestelijke gezondheidszorg in Nederland wordt bekostigd door een particuliere ziektekostenverzekering bij kortdurende zorg (Zorgverzekeringswet), een verzekering van overheidswege bij langdurige zorg (WLZ AWBZ); door gemeentelijke subsidies bij ondersteuning, rehabilitatie en beschermd wonen (WMO); en door het Ministerie van Justitie bij forensische zorg (WFZ). Geestelijke gezondheidszorg voor kinderen (tot 18 jaar) wordt bekostigd door gemeentelijke subsidies voor jeugdzorg (Jeugdwet).

Momenteel zijn persoonsgebonden budgetten alleen beschikbaar in de WLZ, Zorgverzekeringswet, Jeugdwet en WMO AWBZ op officiële medische gronden. In de geestelijke gezondheidszorg worden persoonsgebonden budgetten voornamelijk gebruikt door ouders om te zorgen voor hun kinderen met (ernstige) geestelijke gezondheidsproblemen of met een verstandelijke beperking, om opname in een instelling te voorkomen.

Deze wetgeving wordt nu herzien omdat de kosten van de regeling boven het nationale budget uitstijgen.

De-institutionalisering

In juni 2012 zijn de Nederlandse overheid, zorgverzekeraars en GGZ-organisaties, professionals en cliëntenorganisaties in de geestelijke gezondheidszorg overeengekomen om in de komende acht jaar een derde van de plekken in instellingen voor

geestelijke gezondheidszorg om te vormen tot geestelijke gezondheidszorg binnen de gemeenschap. Dat betekent een afname van ongeveer 8.000-10.000 plekken in instellingen tussen 2012 en 2020. Deze operatie is nog steeds gaande. Hoewel er een duidelijke afname is van het aantal plekken in instellingen, lijkt de vereiste opbouw van poliklinische voorzieningen binnen de gemeenschap niet tegemoet te komen aan de behoefte.

Onvrijwillige opname en gedwongen behandeling

De aanwezigheid van een aanzienlijk risico op het toebrengen van ernstige schade aan zichzelf of aan anderen, met als oorzaak een psychiatrische aandoening zoals vastgesteld door een medisch deskundige, is de belangrijkste voorwaarde die onvrijwillige opname als laatste middel rechtvaardigt. De noodzaak van een therapeutisch doel wordt niet expliciet als voorwaarde gegeven. Er wordt één deskundigenoordeel, verstrekt door een medisch deskundige betreffende de inschatting van de psychiatrische toestand van een individu, aan de rechter voorgelegd. De rechter beslist dan over de noodzaak van een gedwongen opname.

In de Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (BOPZ) worden de omstandigheden vastgesteld waaronder onvrijwillige opname en behandeling in psychiatrische instellingen is toegestaan. In de BOPZ wordt aangegeven dat aan alle volgende voorwaarden moet zijn voldaan, voordat een onvrijwillige opname mag plaatsvinden:

- Er dient een aanzienlijk risico te zijn op het toebrengen van ernstige schade aan zichzelf (inclusief ernstige zelfverwaarlozing of sociale ineenstorting), aan anderen of aan de maatschappij als geheel;
- wat wordt veroorzaakt door een psychiatrische aandoening;
- zoals vastgesteld door een psychiater;
- dat er geen andere mogelijkheid moet zijn dan een opname om het gevaar af te wenden;
- en dat de patiënt een vrijwillige opname weigert.

Indien aan al deze voorwaarden wordt voldaan, kan een rechter beslissen om de patiënt te laten opnemen. Een opname kan via twee procedures worden afgedwongen: een inbewaringstelling (IBS) of een rechterlijke machtiging (RM).

Een inbewaringstelling (IBS) wordt toegepast in geval van acuut dreigend gevaar. Iedereen kan een IBS aanvragen, maar een psychiater moet de persoon onderzoeken op de aanwezigheid van de genoemde voorwaarden. Indien de psychiater tot de conclusie komt dat een IBS noodzakelijk is, dan wordt een medisch rapport naar de burgemeester gestuurd, die vervolgens beslist of een IBS wel of niet wordt afgegeven. Binnen 24 uur na het afgeven van een IBS wordt de betreffende persoon opgenomen. Wanneer iemand wordt opgenomen, beslist de openbare aanklager (binnen één werkdag na de opname) of het wel of niet noodzakelijk is om de opname te continueren. Indien dit noodzakelijk wordt geacht, brengt de officier van justitie de zaak voor de rechter. De rechter beslist vervolgens binnen drie werkdagen over de voortzetting van de gedwongen opname (Nuijen, 2010).

Een rechterlijke machtiging (RM) wordt gebruikt als een cliënt voldoet aan de genoemde voorwaarden, maar er geen noodsituatie is. Deze kan via verschillende kanalen worden afgegeven:

Familie en vrienden zijn van oordeel dat de betreffende persoon een gevaar vormt voor zichzelf of voor anderen vanwege een psychische aandoening. Zij willen dat deze persoon wordt opgenomen, maar de cliënt weigert. Dan kunnen zij een RM aanvragen.

Indien derden een RM willen aanvragen voor iemand, dan moeten zij een verzoek bij de openbaar aanklager indienen. De openbaar aanklager moet de verdere stappen nemen.

Iemand met een psychische aandoening kan voor zichzelf een RM aanvragen.

Een RM kan worden afgegeven wanneer een cliënt al is opgenomen in een psychiatrische instelling (bv. indien de cliënt is opgenomen via een IBS) (Forti et al. 2012).

Iedereen kan een rechter (in geval van onvrijwillige plaatsing) of een klachtencommissie (in geval van onvrijwillige behandel-



ing) verzoeken om de plaatsing of behandeling te beëindigen. Behalve de persoon in kwestie kunnen ook andere patiënten of andere mensen een klacht indienen namens de patiënt. De persoon met de geestelijke gezondheidsproblemen kan in hoger beroep gaan tegen de beslissing van zowel de rechter als de klachtencommissie (FRA 2012).

In Nederland moet ieder psychiatrisch ziekenhuis een onafhankelijke cliëntondersteuner hebben die de patiënten juridisch kan ondersteunen. Alle patiënten hebben recht op contact met hun cliëntondersteuner, ook de patiënten die zijn onderworpen aan separatie of vrijheidsbeperking. De cliëntondersteuner van de patiënt is in dienst van een nationale organisatie van cliëntondersteuners voor patiënten – een onafhankelijke organisatie – en zijn/haar dienstverlening is gratis.

De laatste jaren lijkt er in Nederland een toename te zijn van het aantal rechterlijke machtigingen en inbewaringstellingen en een toename van het aantal voorlopige en voorwaardelijke rechterlijke machtigingen om onvrijwillige plaatsing te voorkomen. Er wordt gedacht dat redenen voor deze ontwikkeling te vinden zijn in een toenemende de-institutionalisering terwijl de vereiste opbouw van poliklinische voorzieningen binnen de gemeenschap en vroege preventie in de naaste omgeving te traag verloopt. Deze wetgeving wordt momenteel herzien. De Nederlandse overheid is van plan om de Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen te vervangen door twee nieuwe wetten:

De Wet zorg en dwang heeft betrekking op instellingen voor personen met een verstandelijke beperking en voor personen met dementie.

De Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg (WVGZ) heeft betrekking op personen met een psychische stoornis.

Indien beide wetten worden aangenomen door het parlement, dan zal dit leiden tot belangrijke veranderingen in het Nederlandse wettelijke kader met betrekking tot onvrijwillige plaatsing en onvrijwillige behandeling. Waar de huidige wetten gericht zijn op institutionalisering, is de WVGZ gericht op behandeling in zowel geïnstitutionaliseerde als ambulante settings. De nieuwe wetten zullen o.a. een sterkere positie voor de rechten van patiënten en hun verwanten betekenen, bijvoorbeeld patiënten zullen wettelijk gezien recht hebben op een vertrouwenspersoon binnen hun familie. Zij kunnen een luisterend oor bieden en advies geven. De rechter zal niet alleen beslissen of onvrijwillige behandeling noodzakelijk is, maar beslist ook welke vorm van vrijheidsbeperking is toegestaan. Patiënten zullen het recht hebben om een eigen actieplan op te stellen om een gedwongen behandeling af te wenden. En de WVGZ creëert de mogelijkheid om patiënten een behandeling deels vrijwillig, indien mogelijk, en deels onvrijwillig te geven. De nieuwe wetten zijn aangenomen door de Tweede Kamer en er wordt momenteel over gedebatteerd in de Eerste Kamer. Als de nieuwe wetten worden aangenomen, zullen ze naar verwachting in 2020 in werking treden.

Wettelijke bevoegdheid en bescherming

In het Burgerlijk Wetboek 1992 wordt een gradueel stelsel opgesteld dat is gebaseerd op vervangende besluitvorming. Over het algemeen wordt ervan uitgegaan dat ieder individu in staat is om zijn/haar eigen beslissingen te nemen, tenzij door een deskundige is verklaard dat hij/zij hiertoe niet in staat is. De wet bevat drie algemene procedures voor personen over wie, ten gevolge van hun geestelijke gezondheidsproblemen of aandoening, is verklaard dat ze niet in staat zijn hun eigen zaken te regelen:

bewindvoering omvat kwesties met betrekking tot de eigendommen en financiële zaken van de persoon;

mentorschap is bedoeld voor het beschermen van de belangen van de persoon met betrekking tot zorg en behandeling; en

curatele, waarbij de wettelijke bevoegdheid in bijna alle zaken wordt overgedragen aan de beschermer.

Voor al deze typen bescherming is een gerechtelijk bevel nodig dat is gebaseerd op een objectief en onafhankelijk oordeel. Van deze drie mogelijkheden beperkt curatele de mogelijkheden van de betrokkene om zijn eigen beslissingen te nemen, het meest. Om die reden wordt normaalgesproken bewindvoering of mentorschap aangevraagd, terwijl curatele wordt gezien als een wettelijke maatregel die pas in laatste instantie dient te worden toegepast.

Er zijn geen minimale of maximale tijdslijmieten voor deze maatregelen. Toch voorziet de wet niet in een definitie van competentie of bevoegdheid (FRA 2009). Het individu dat onder bescherming is geplaatst, kan bij de rechtbank tegen de beslissing in beroep gaan.



Ieder jaar krijgen de Nederlandse rechtbanken te maken met ongeveer 27.000 aanvragen in totaal voor de drie categorieën bescherming. Echter, aangezien er geen officiële registratie is, is niet bekend welk percentage van degenen die onder bescherming worden geplaatst, geestelijke gezondheidsproblemen heeft (Blankman 2016). Geestelijke gezondheidsproblemen vormen waarschijnlijk slechts een fractie van het genoemde aantal.

Voor meer informatie, zie bijlage 2 in het Mapping Exclusion gedeelte van de website van Mental Health Europe (<http://www.mhe-sme.org/>).

[Voor een volledige lijst van organisaties en personen die vriendelijk hebben bijgedragen aan het tot stand komen van de landenrapporten, wordt verwezen naar het dankwoord aan het begin van dit rapport.](#)

MHE LIDORGANISATIES

GGZ Nederland | Website: www.ggz nederland.nl | E-mail: info@ggz nederland.nl

MIND | Website: www.wijzijnmind.nl | E-mail: info@wijzijnmind.nl

RINO Noord-Holland | Website: www.rino.nl | E-mail: info@rino.nl