

Institutioneel racisme en epidemie van dwangopnames in psychiatrie en gevangenissen

Zorgelijke signalen op studiedag ‘Psychiatrie, recht en cultuur’

Froukje Bos, PandoraNieuws Dwangspecial Intercultureel 2007

Alle psychiaters hebben tegenwoordig veel met het recht te maken: W.G.B.O., wet B.O.P.Z., het migrantenrecht, de rapportage pro justitia en andere terreinen. Daarnaast zijn er steeds meer patiënten met een niet-Westerse achtergrond in de GGZ. Over het verband tussen deze twee zaken ging de studiedag ‘Psychiatrie, Recht en Cultuur’, op 8 februari j.l. georganiseerd door de Platforms Psychiatrie en Recht en Transculturele Psychiatrie van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie.¹

Het eerste deel van dit artikel is een verslag van de lezingen gehouden op deze studiedag, hierop aansluitend bespreek ik in het tweede deel inhoudelijke en organisatorische aspecten van kwalitatieve (*cultureel competente*) zorg, de bedreigde rechtspositie van psychiatrische patiënten en de invloed van de tijdsgeest op (*institutioneel*) racisme en dwang.

Institutioneel racisme binnen justitiële en ggz instellingen

Rode draad door deze besneeuwde dag in Zeist was *onbewust racisme* bij de beoordeling van allochtone cliënten binnen justitiële en ggz instellingen. Prof.dr. Frank Kortmann, psychiater en hoogleraar Transculturele Psychiatrie², legt dit begrip als volgt uit: ‘discriminatie zonder dat men zich dit realiseert, met als oorzaak de van nature bij iedereen aanwezige grondhouding van *ethnocentrisme*’. In het verlengde hiervan introduceert hij de term *institutioneel racisme*. ‘Binnen justitie en de ggz wordt onbewust met twee maten gemeten: bij hetzelfde gedrag krijgen allochtonen vaker het label “*crimineel*” en autochtonen vaker het label “*ziek*”. Bij identieke ziekteverschijnselen worden allochtonen vaker als “*gevaarlijk*” bestempeld dan autochtonen.’ Voorbeelden van *institutioneel racisme* binnen het justitiële apparaat zijn: “Allochtonen worden bij hetzelfde gedrag: vaker aangehouden, krijgen minder vaak een waarschuwing, blijven langer in verzekerde bewaring, krijgen hogere straffen” (Bovenkerk, 2003). “Allochtone jongeren zitten gemiddeld drie en vijftig dagen langer vast dan autochtone jongeren met de zelfde soort delicten” (Komen, 2006). Binnen penitentiaire instellingen “voelen allochtonen zich gediscrimineerd; er wordt minder aan hun behoeften

¹ www.nvvp.net – Website van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie

² Prof.dr.F.A.M. (Frank) Kortmann, psychiater, hoogleraar Transculturele Psychiatrie, Radboud Universiteit Nijmegen, lid van de Raad voor de Strafrechtstoepassing en Jeugdbescherming, sectie TBS.

tegenoet gekomen” (Leese, e.a., 2006). Wanneer ze daarover hun frustraties tegen overwegend autochtone ambtenaren uiten, treden laatstgenoemden onbewust extra streng op tegen ‘agerende’ allochtonen, uit angst voor het ‘vreemde’.

Handvatten voor het bevorderen van gelijkheid zijn onder andere ontwikkeld in het Engelse *Delivery Race Equality* (DRE) programma: 1) Aanpassing van zorg, vergroting culturele competentie en nieuwe vormen van zorg. 2) Meer betrekken van mensen uit de allochtone gemeenschap bij planning en vormgeving van zorg en 3) Verbetering van informatie voorziening, monitoring en evaluatie. Onderdeel van goede bejegening van patiënten is goede expliciete uitleg. Dat geldt voor autochtonen en helemaal bij allochtonen.

Ondanks het feit dat Kortmann in het algemeen grote weerstand constateert om *institutioneel racisme* bespreekbaar te maken, barst het debat los: ‘Om welke specifieke groepen en gedragingen gaat het, dit geldt niet in het algemeen voor allochtonen?!’ ‘Ook testen, diagnostiseren en de keuze voor behandeling hebben in de praktijk met institutioneel racisme te maken’, wordt geconstateerd. ‘Als meer allochtone mensen met een maatregel worden opgenomen, heeft dat dan met bejegening te maken of hebben zij meer psychotische stoornissen?’ wordt gevraagd: ‘Meer psychopathologie hoeft niet persé meer gedwongen opnamen te betekenen’, licht Kortmann toe, ‘je moet naar het geheel kijken. Veel allochtonen blijven bijvoorbeeld langer thuis tot het helemaal mis gaat. In plaats van op tijd behandeld te worden, krijgen zij daardoor eerder te maken met crisisopname en gedwongen opname. Ook moeten we ons realiseren dat institutioneel racisme de *trigger* kan zijn voor (meer) psychische problemen.’

Als een psychiater in de zaal hardnekkig de bekende vooronderstelling naar voren brengt ‘dat psychotherapie niet geschikt is voor allochtonen’, beginnen (allochtone) mensen in de zaal elkaar ongemakkelijk aan te kijken. Kortmann geeft replek: ‘hij heeft in Ethiopië wel degelijk met succes psychotherapie toegepast.’ ‘Dat zullen dan wel *Yavis* Ethiopiërs geweest zijn (*Young, Attractive, Verbal, Intelligent and Social*)’, volhardt de psychiater. ‘Nee, dat waren gewone boeren, die nauwelijks geschoold waren.’

Langzaam sneeuwen we in met dit gezelschap. Het is die ene dag in de winter dat het hard sneeuwt en ‘s ochtends op het nieuws aangeraden werd om als het niet echt nodig was, vooral thuis te blijven. We zitten dus met een gemotiveerde groep mensen die persé op weg wilde om dit complexe onderwerp met elkaar te bespreken. Dit soort bijeenkomsten zijn belangrijk om vooroordelen weg te nemen en handvatten te krijgen voor nuancering. Hoe nodig dat is, blijkt uit alle lezingen van deze studiedag.

De psychiater, de asielzoeker, de advocaat en de immigratiedienst

Marjolein van Duijl, psychiater en programmaleider Psychotrauma bij GGZ Groningen spreekt over dilemma's en mogelijkheden bij de behandeling van asielzoekers. Zij beschrijft de complexe situatie van asielzoekers en het belang van een contextuele benadering bij behandeling.

'Oorlog en traumatiserende gebeurtenissen zijn vaak verweven met het leven van mensen. Dit staat niet los van de context van het land van herkomst en krijgt tegelijk een nieuwe betekenis in asielcentrum, detentiecentrum en de juridische context (Min/IND/BMA/advocaten). Bij de huidige aanpak wordt bij behandeling naar haar mening te eenzijdig gefocust op een specifiek Trauma en de Posttraumatische Stress Stoornis (PTSS) die daar het gevolg van kan zijn. Er is echter sprake van verstoring van meerdere levensgebieden: lichamelijke (ten gevolge van verkrachting, marteling, geweld, ondervoeding, ziektes), psychologische, sociale (verbroken gezinnen, verlies van sociale rol en status, huisvestingsproblematiek), politieke, economische, religieuze en culturele levensgebieden. Hier is te weinig (gecoördineerde) aandacht voor. Klachten zijn het gevolg van en worden versterkt door meervoudige problematiek en behoren behandeld te worden in een zogenaamde 'multilevel approach'.

Van Duijl signaleert bij de eerste achtenveertig uur in Nederland, bij de huidige aanpak, alarmerende tegenstellingen tussen trauma en procedure. Mensen worden direct geacht hun traumaverhaal coherent te vertellen voor de juridische procedure, maar voelen zich onzeker, onveilig en psychisch slecht in staat om geheimen en gebeurtenissen te vertellen. Een schrijnend voorbeeld is het dilemma van een vrouw die in aanwezigheid van haar man voor het eerst moest vertellen dat ze verkracht is, met de waarschijnlijke consequentie dat ze door hem verstiten wordt. Niet vertellen kan betekenen dat ze geen asiel krijgt verleend. Of ze zich al bewust is van deze paradox, is de vraag.

Van Duijl bepleit meer medische zorg en aandacht voor psychiatrische aspecten bij de (eerste) asielaanvraag en bij de behandelaars een genuanceerd omgaan met trauma en PTSS, meer oog voor verdere diagnostiek en de sociaal-juridische context van de problematiek.

Etniciteit en jeugdstrafrechtspleging

Dr. Mieke Komen, senior onderzoeker Criminologie aan de Universiteit Utrecht³, sprak over de invloed van gedragsdeskundige voorlichting aan de rechtbank over minderjarige verdachten. Zij heeft onderzoek gedaan naar aanleiding van de ongelijke toegang tot de jeugdzorg, dat wil zeggen de ondervertegenwoordiging van allochtonen in lichte vormen van jeugdhulp en de enorme oververtegenwoordiging van allochtonen in gesloten justitiële jeugdinrichtingen. Komen's onderzoek laat zien dat deze oververtegenwoordiging samenhangt met de ernst van probleemgedrag onder bepaalde groepen jongeren, maar ook met selectieve werkwijze door de professionals. Allochtone jongeren worden in de praktijk ongelijk en harder aangepakt dan autochtone jongeren. Zij poneert de volgende stelling: 'Om geschikte kennis te krijgen over verdachten is het recht de afgelopen eeuw meer afhankelijk geworden van andere disciplines dan de juridische, namelijk van die van maatschappelijk werkers en andere gedragsdeskundigen. Dit maakt de praktijk minder neutraal dan bedoeld.'

Uit Komen's onderzoek⁴ blijkt dat 'ongelijkheid, als het gegeven dat allochtone jongeren voor dezelfde soort delicten gemiddeld drieënvijftig dagen langer vast zitten dan autochtone, samenhangt met interpretaties en beoordelingen van forensische gedragsdeskundigen in hun voorlichtingsrapporten aan de rechtbank. In de praktijk worden de volgende soort verklaringen gegeven: "allochtone jongeren zijn niet gemotiveerd voor hulp; ze vinden politie en justitie softies; ze blowen; ervaren straf niet als straf; ouders zouden delinquent gedrag eerder goedpraten." Het blijkt dat forensische gedragsdeskundigen in hun voorlichtingsrapportages aan de rechtbank allochtone jeugdcriminaliteit anders interpreteren dan autochtone jeugdcriminaliteit, ook als gecorrigeerd wordt voor de ernst van het delictgedrag.' Uit Komen's analyse komt naar voren dat 'gedragsdeskundigen allochtone jeugdcriminaliteit bij voorbeeld vaker toeschrijven aan een gebrekkige gewetensontwikkeling bij de jeugdige verdachte, een gebrek aan meegevoel voor de slachtoffers, egocentrisme en een gebrek aan 'echte' spijt.' Verder blijkt uit haar analyse dat 'forensische gedragsdeskundigen vaker moeilijkheden schrijven te ervaren in interactie met allochtone

³ Mw.Dr.M.M.(Mieke) Komen, Willem Pompe Instituut voor Strafwetenschappen, Universiteit Utrecht en lector aan de Haagse Hogeschool.

⁴ Kwantitatief onderzoek, door middel van regressieanalyse

verdachten dan met autochtoon-Nederlandse verdachten. Deze factor (interactiemoeilijkheden) hangt eveneens samen met de strafmaat.’⁵

Wat betreft begripsvorming bij beoordeling onderscheidt Komen verschillende opvattingen van cultuur (*culturologen* en *constructivisten*): ‘*Culturologen* beschouwen cultuur als essentieel en gegeven, een soort ding, iets statisch. Cultuur verwijst volgens hen naar onveranderlijke groepsgebonden gedragsnormen, een soort programma van normen, waarden en gedragsvoorschriften dat door immigranten van elders is meegenomen; een zelfstandige dwingende kracht die hun criminaliteit verklaart; een soort gecodificeerd besturingsprogramma waaraan mensen zijn onderworpen. *Constructivisten* daarentegen, stellen dat cultuur géén ding is dat gedrag buiten de betrokkenen om zelf bepaalt. Zij zien cultuur als de uitkomst van een proces waarin mensen zelf betekenis geven aan hun wereld; cultuur is aan verandering onderhevig; wordt door individuen uiteenlopend geïnterpreteerd en gevormd; is een van de vele bronnen van waaruit een eigen identiteit gemanipuleerd en gecreëerd kan worden. Een *culturologische, essentialistische* opvatting van cultuur zou eerder kunnen leiden tot een strengere aanpak: dat willen we niet in Nederland.’

‘Je moet de verschillen niet onderschatten, maar ook niet overdrijven.’ Komen pleit niet voor een etnisch specifieke aanpak, maar voor ‘een generale genuanceerde *cultureel competente aanpak*. Zij geeft daarvoor de volgende adviezen: ‘beschouw je cliënten als individuen, waak voor cultuurrelativisme, maar ook voor negatieve stereotiepe opvattingen. Beschouw alle “feiten” over culturele waarden en kenmerken van culturele of etnische groepen als hypothesen – die je elke keer weer opnieuw, bij elke cliënt, moet testen. Bedenk dat er geen goede vervangers zijn voor empathie. Betrokkenheid en aandacht zijn cruciaal, evenals de tijd nemen. Wees voorzichtig met oordelen als gesprekken moeizaam verlopen. We moeten nadenken hoe het komt dat de populatie gedetineerden in rap tempo zwart is geworden.’

Verhoogd risico op dwangopname bij migranten

Professor Dr.C.L.(Niels) Mulder, hoogleraar Openbare Geestelijke Gezondheidszorg (OGGz) bij het Erasmus MC en beleidspsychiater van de afdeling regionale ketenzorg van

⁵ Onderzoeksprogramma *Ethnicity and Juvenile Justice* (nog lopend). Een deel van de onderzoeksresultaten is gepubliceerd in *Straatkwad en jeugdcriminaliteit. Naar een algemene of een etnisch-specifieke aanpak?*, Mieke Komen, Amsterdam, Uitgeverij Het Spinhuis, 2006.

BavoEuroport te Rotterdam⁶ presenteert getallen over zorggebruik door de verschillende culturele groepen in Nederland. Hij constateert 'dat veel te veel allochtonen op gesloten afdelingen verblijven en te weinig van hen in het ambulante circuit worden geholpen. In gevangnissen en op psychiatrische afdelingen is er sprake van een oververtegenwoordiging van allochtonen.'⁷

Onder migranten is sprake van meer psychische en somatische problemen; sociodemografische factoren (werkeloosheid, leeftijd en opleidingsniveau) zijn mede bepalend. De werkeloosheid is relatief hoog. Het risico op schizofrenie is verhoogd, schizofrenie komt ongeveer twee tot vier keer zo vaak voor als bij autochtonen. Zorggebruik neemt in alle culturele groepen toe, maar er zijn grote verschillen tussen de diverse migrantengroepen en tussen mannen en vrouwen. Zo zijn Turkse en Marokkaanse mannen relatief veel in zorg en Surinaamse, Antilliaanse, Kaap Verdianse mannen relatief weinig. Turkse vrouwen zijn relatief veel in zorg, overige groepen relatief weinig. Het aantal acute dienst contacten neemt jaarlijks toe (met name bij Marokkanen, Surinamers en Antillianen), evenals het aantal dwangopnames. Risicogroepen voor dwangopname (met name Surinamers en Antillianen) zijn relatief weinig in de zorg.'

Mulder wijst (ook in het algemeen) op 'een epidemie van toepassingen van dwang in de psychiatrie en gevangnissen' en stelt dat 'de psychiatrie daarin volgt wat in de rest van Nederland ook gebeurt. Er zijn evenwel grote individuele, regionale en internationale verschillen in dwangopnames. Behalve ziekte- en gedragsgerelateerde factoren is het een internationale bevinding dat migranten een hoger risico lopen op dwangopname, dit is met name gerelateerd aan een donkere huidskleur.'

Mulder bespreekt beslisprocessen in de acute dienst; net als Komen constateert hij dat 'wat de beoordelaar signaleert, bepaalt waar je terecht komt. Naast ernstige symptomen bepalen gedrag en de interpretatie van gedrag een belangrijke rol. Allochtonen gedragen zich als ze psychiatrische patiënt zijn vaak anders dan de autochtone bevolking.' Aan de hand van epidemiologisch onderzoek toont Mulder aan dat er 'bij autochtone Nederlanders relatief eerder sprake is van suïcide risico; bij Marokkaanse, Turkse, Surinaamse en Antilliaanse psychiatrische patiënten wordt vaker melding gemaakt van gevaar in relatie tot agressie en geweld. Migrant in Nederland, maar ook internationaal, lopen een hoger risico op gedwongen opname omdat ze meer stressoren in hun omgeving hebben: werkeloosheid is

⁶ 03 Onderzoekscentrum GGz Rijnmond, website: www.euronet.nl/~sogg/index.htm
'Migranten vaker gedwongen opgenomen vanwege ernstige problemen', Nieuwsbrief 03, augustus 2006:
www.euronet.nl/~sogg/nieuws/03j06nr1.pdf

daar één van, verder een verhoogd risico op schizofrenie, minder therapietrouw onder bepaalde groepen migranten (Surinamers, Antillianen): ze komen afspraken slechter na, hebben een slechte *compliance* met de medicatie; gaan minder snel naar de huisarts en komen later in beeld bij de GGz. Mogelijk gebruiken ze meer drugs, met name onder Surinaamse en Antilliaanse mannen.

Kennis, kunde en toepassing in de praktijk

In het betoog van Niels Mulder was gedrag een sleutelwoord. Bij de koffie vroeg ik hem of en hoe gedrag met de patiënt wordt geëvalueerd. Stichting Pandora hoort namelijk van (ex-) patiënten dat zij het als bijzonder belangrijk en respectvol ervaren als op pijnlijke gebeurtenissen en situaties, zoals die zich bij dwangopname voordoen, wordt terug gekomen. ‘Daar is in het algemeen weinig tijd voor’, zei Mulder vanuit de praktijk: ‘we hebben beperkte tijd per beoordeling!’ Alle sprekers van deze studiedag hebben op het belang van voldoende tijdsinvestering en aandacht gewezen. Het gebrek hieraan is een veel gehoorde klacht van *professionals* in de Geestelijke Gezondheidszorg. Dit brengt mij bij het tweede deel van mijn artikel, waarin ik knelpunten rond dwang en *onbewust en institutioneel racisme* verder probeer uit te diepen en in een bredere context plaats.

Tijd en aandacht voor complexiteit en interculturaliteit worden mede bepaald door de financiële ruimte hiervoor en door prioriteiten op de politieke- en beleidsagenda. In deze context zijn over de diagnosebehandelcombinatie (*DBC*), de basis van het bekostigingssysteem voor de ziekenhuiszorg, de nodige waarschuwingen te horen. Psychiater Ronald van den Berg schreef in Medisch Contact: ‘*DBC*’s zijn onbruikbaar in de psychiatrie, multicausale klachten passen niet in een hokjessysteem: Gegevensuitwisseling per digitaal *DBC*-formulier levert enorme risico’s op voor de privacy van psychiatrische patiënten. Daar komt nog bij dat (concept-) *DBC*’s zijn gebaseerd op de *DSM*: een classificatiesysteem dat geen enkel inzicht geeft in de noodzakelijke tijdsbesteding van de psychiater’ (van den Berg, maart 2006).⁸ Als je hierbij optelt dat de standaard *DSM* niet cultuursensitief is (Borra e.a., 2002)⁹, vergroot dit de kans op misdiagnose en daarmee een foute behandeling van mensen met een andere culturele achtergrond.

⁷ Allochtoon is degene die zelf in het buitenland is geboren of een van zijn of haar ouders

⁸ Medisch Contact, 24 maart 2006, 61 nr 12 blz 488-490: *DBC*’s onbruikbaar in psychiatrie, multicausale klachten passen niet in hokjessysteem, door G.R. van den Berg, humefvd@xs4all.nl - www.medischcontact.nl

⁹ Cultuur, classificatie en diagnose, cultuursensitief werken met de *DSM IV*, redactie Ria Borra, Rob van Dijk, Hans Rohlf, uitg. Bohn Stafleu van Loghum, 2002. www.bsl.nl

Dit brengt ons terug bij de (relatieve) geldigheid van de eerste beoordeling, waar Marjolein van Duijl deze dag op wees en bij het belang van de *cultureel competente aanpak* van de hulpverlening (Mieke Komen). In hoeverre ben je als hulpverlener deskundig en onbevooroordeeld genoeg om iemand in (zeer) korte tijd te beoordelen en adequaat en respectvol op te treden? Dit geldt zowel bij allochtone als bij autochtone patiënten, zowel bij *Yavis*¹⁰ patiënten, als bij zogenaamde ‘moeilijke patiënten’. In het Maandblad Geestelijke volksgezondheid (MGv) concluderen Koekkoek e.a. in het artikel ‘Moeilijke psychiatrische patiënten, een overzicht van de literatuur’: ‘Professionals in de geestelijke gezondheidszorg weten niet goed hoe ze moeten omgaan met “moeilijke patiënten”. Ze kennen allemaal wel voorbeelden van patiënten die onbereikbaar, claimend, manipulatief of agressief zijn, maar het ontbreekt hen aan technieken hoe daar mee om te gaan. [...] De “moeilijke patiënt” is geen nieuwe *DSM*-categorie’, stelt Koekkoek, ‘maar het resultaat van de impliciete en expliciete oordelen van professionals over patiënten. Wanneer een hulpverlener een patiënt moeilijk noemt, zegt hij iets over de (geringe) mate waarin deze patiënt tegemoet komt aan de rol van ideale patiënt, en tegelijk iets over de moeite die hij zelf heeft om daarmee om te gaan. “Moeilijke” psychiatrische patiënten zijn in de GGZ wat “gewone” psychiatrische patiënten in de samenleving zijn: degenen die zich niet houden aan de regels van het systeem. Dat roept bij hulpverleners zowel zorg als ergernis op. Die bezorgdheid leidt vaak tot meer zorg (die echter niet altijd beter is); de ergernis leidt daarentegen tot minder of slechtere zorg. De hulpverlener loopt met “moeilijke” patiënten tegen zijn eigen grenzen aan.’ (Koekkoek e.a., 2007).¹¹ Andere culturele achtergronden van patiënten kunnen hieraan nog een extra dimensie geven.

Tijdens de workshops die ik op deze studiedag bijwoonde, gaven betrokken en deskundige hulpverleners inzicht in gespecialiseerde laagdrempelige vormen van (interculturele) hulpverlening die perspectieven en ook resultaten toonden van een goede aanpak.¹² Het is niet zo dat kennis en kunde niet bestaan, integendeel er zijn allerlei voorbeelden van goed hulpverlenerschap aan ‘moeilijke patiënten’ en aan mensen met andere culturele achtergronden. Maar deze krijgen (politiek en beleidsmatig) structureel onvoldoende ruimte en worden niet breed toegepast.

¹⁰ *Yavis- Young, Attractive, Verbal, Intelligent and Social*

¹¹ [Maandblad Geestelijke volksgezondheid](#) (MGv) 2007/2 blz 93 tm 108: ‘Moeilijke psychiatrische patiënten, een overzicht van de literatuur’, door Bauke Koekkoek, Berno van Beijel & Giel Hutschemaekers.

¹² Workshop 3: De behandeling van allochtonen binnen een ACTeam in Utrecht: juridische aspecten, F.(Fred) Dreef, psychiater; J.(Jamilla) Azougagh, verpleegkundige en zorgcoördinator, Altrecht. Workshop 4: Functional Family Therapy bij jonge allochtone delinquenten: een voorbeeld uit de praktijk, door R.Breuk, kinder- en jeugdpsychiater, hoofd Derde Oever, De Bascule, Amsterdam.

Inspanningsverplichting volgens de Wet Bopz en organisatie van kwalitatieve zorg

De vraag blijft in de praktijk hoe de ‘inspanningsverplichting’ wordt ingevuld die in de Wet Bopz (de Wet Bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen) is vastgelegd: de verplichte uiterste inspanning om hulp te verlenen, waarbij dwang als laatste en uiterste middel wordt toegepast en de kwaliteit van dwang in acht wordt genomen.

In haar brief aan de leden van de Tweede Kamer der Staten-Generaal en de ministers van VWS en Justitie schreef Stichting Pandora op 10 februari 2007 in verband met de besluitvorming over de wijziging Wet Bopz (30492,1-9): ‘Dwang gaat uit van het bestwilprincipe voor de patiënt, in de veronderstelling dat de hulpverlening daadwerkelijk over de kennis, kunde en voorwaarden beschikt om het beste te doen voor de patiënt. Organisatie en kwaliteit van de hulpverlening alsmede het toezicht hierop schieten echter op veel punten te kort.’ In haar brief d.d. 23 januari constateerde Pandora: ‘ons bereiken signalen dat er in toenemende mate sprake is van – soms onterechte- dwangopnemingen, verhoogd risico op misdiagnose en knelpunten op het terrein van medicijnveiligheid bij mensen met een andere culturele/etnische achtergrond’.¹³

Kwalitatieve zorg voor de brede patiëntenpopulatie en in het bijzonder voor ‘moeilijke (allochtone) patiënten’ is zowel afhankelijk van deskundigheid als van de condities waaronder gewerkt wordt, de organisatie van zorg. De door Mulder genoemde ‘grote individuele, regionale en internationale verschillen in dwangopnames’ worden ook door patiënten gesignaleerd. Deze hebben mijns inziens, behalve met individuele verschillen bij patiënten en hulpverleners, te maken met verschillen in bedrijfscultuur en beleid bij de betreffende psychiatrische instellingen.

Tijdens de studiedag werd niet nader ingegaan op mechanismen bij *institutioneel racisme* op het niveau van bedrijfsorganisatie en -cultuur; en hoe hier verbetering in te brengen. Dit gebeurde wel op het Mikado najaarsdebat 2006 over ‘goedbedoelde en onbedoelde vormen van discriminatie en uitsluiting’.¹⁴ In dit kader kom ik terug op de opmerking van Frank Kortmann ‘dat *institutioneel racisme* de *trigger* kan zijn voor (meer)

¹³ www.stichtingpandora.nl onder dossiers Dwang/Wet Bopz (Actueel Pandora/archief): **Stichting Pandora bepleit uitstel besluitvorming Wet Bopz (30492, 1-9)** Brief Stichting Pandora aan Kamerleden, 10 februari 2007 en **Reactie Pandora op wetsvoorstel wijziging Wet Bopz, 30 492, 1-9** PandoraNieuws, januari 2007

¹⁴ 15 december 2006 - **Mikado najaarsdebat**, georganiseerd door Mikado in samenwerking met het Landelijk bureau te Bestrijding van Rassendiscriminatie (LBR) en Stichting Pandora, met het thema ‘discriminatie en uitsluiting in de gezondheidszorg’, over goedbedoelde en onbedoelde vormen van discriminatie en uitsluiting, de

psychische problemen'. Het is mijns inziens de kunst om als flexibele en lerende organisatie deze vicieuze cirkel te doorbreken, waarbij mensen met psychische problemen naar de Geestelijke Gezondheidszorg gaan, maar daar ondervinden dat de aanpak van de Geestelijke Gezondheidszorg zelf ziekmakend kan zijn. (Ex-)patiënten geven aan dat deze (onbedoelde) door behandeling of aanpak ontstane schade en traumatisering jarenlang, zo niet een leven lang door kunnen werken. Met name dwangopname en dwangbehandeling spelen daar een belangrijke rol in. Dit heeft direct invloed op het je veilig voelen in de psychiatrie en in de samenleving.¹⁵

De psychische, lichamelijke en maatschappelijke situatie van (allochtone) mensen met psychische problemen is complex (van Duijl spreekt van meervoudige problematiek, van den Berg van multicausale klachten). De lichamelijke gezondheid van mensen met een psychiatrische ziekte is kwetsbaar en verdient bijzondere medische aandacht (van Duijl, 2007; Loonen, 2004)¹⁶. Waar de sprekers van vandaag ongelijkheid en selectiviteit beschrijven bij de beoordeling en behandeling van mensen met andere culturele achtergronden, wil ik benadrukken dat sociale uitsluiting op zich fysieke pijn doet en diep op ons inwerkt. Dit verschijnsel wat veel mensen ervaren, wordt door Geoff MacDonald (University of Queensland) en Mark R. Leary (Wake Forest University) beschreven in hun artikel *Why Does Social Exclusion hurt? The Relationship Between Social and Physical Pain* (2005). Zij onderbouwen dat fysieke en sociale pijn door hetzelfde mechanisme in de hersenen worden aangemaakt¹⁷ en geven aan dat sociale uitsluiting hiermee in nauw verband staat. Sociale uitsluiting leidt zowel tot fysieke als tot sociale pijn of andersom, alledrie de factoren hebben een wisselwerking met elkaar en overlappen vaak:

In general, we believe this review contributes to the emerging notion that people's social and physical worlds are deeply entangled. We have focused specifically on how individuals' feelings for other people may stem in part from the same pain that keeps them physically safe. We also believe that social pain theory helps emphasize the vital role of connection with others in social behaviour. Those of us living in individualistic societies are inundated with messages trumpeting autonomy and individuality. Yet, a picture is emerging that people are so vitally important to each other that social needs

mogelijke oorzaken en oplossingen; dagvoorzitter mr. Domenica Ghidei Biidu (commissielid Commissie Gelijke Behandeling (CBG)). www.mikado-ggz.nl

¹⁵ Je veilig voelen in de psychiatrie was het thema van de 33^e Week van de Psychiatrie, maart 2007:

www.weekvandepsychiatrie.nl en www.stichtingpandora.nl onder dossier geestelijke gezondheid.

¹⁶ **'Zo zijn onze manieren'**, oratie dr. Anton J.M.Loonen, uitgaven DeltaBouman, 7 december 2004, blz.12.

are ingrained in our very biology. We hold social pain to be one such example of our deep, physical need for each other'(MacDonald & Leary, 202-223: 2005).¹⁸

Hiermee wil ik de urgentie aantonen voor lerende en flexibele cultuursensitieve organisaties gericht op de zorgfunctie in de multiculturele samenleving, waar de Geestelijke Gezondheidszorg onderdeel van uit maakt.

Toename dwang en (institutioneel) racisme niet los van tijdsgeest

In dit verband wil ik Jock Young (Middlesex University, UK) citeren. Hij spreekt van een *Bulimic Society of the dynamics of bulimia*: 'Als samenleving slokken we een grote diversiteit aan mensen op, maar als er problemen ontstaan die afwijken van 'het als normaal geaccepteerde', dan heeft men de neiging ze uit te kotsen (Young, 1999).¹⁹ Met deze *dynamics* hebben justitiële en GGZ instellingen direct te maken, dit oefent een extra druk op hen uit. Ik ben van mening dat de kwaliteit van aanpak binnen deze instellingen mede de kwaliteit van de samenleving bepaalt. Dit betekent tegelijkertijd een bijzondere uitdaging. Klimaat en aanpak van de Geestelijke Gezondheidszorg staan echter niet op zichzelf, Mulder gaf op deze studiedag aan dat de psychiatrie mee gaat met de tijdgeest; de vraag om meer toepassing van dwang is daar onderdeel van. Stichting Pandora constateert dat belangrijke patiëntentema's als vertrouwen, bejegening en overleg daarmee op de tweede plaats dreigen te komen.

'In de afgelopen vijf jaar zijn de wettelijke criteria voor gedwongen opname opgerekt en lijkt de publieke opinie en houding in de zorg veranderd te zijn, in die zin dat men bereid is om dwang en drang eerder en op grotere schaal toe te passen en om dwangbehandeling mogelijk te maken binnen en buiten het psychiatrisch ziekenhuis (Vriens, Stichting Pandora 2007)²⁰'. Stichting Pandora is zeer beducht voor de uitwerking hiervan in de praktijk.²¹ Samen met het Haags Wegloophuis 'De Vluchthaven' organiseerde zij in dit kader de

¹⁷ deze stroming heet biogenetisch structuralisme

¹⁸ 'Why Does Social Exclusion Hurt? The Relationship Between Social and Physical Pain', Geoff MacDonald (University of Queensland) en Mark R. Leary (Wake Forest University), *Psychological Bulletin* 2005, Vol. 131, No.2, 202-223; The American Psychological Association.

¹⁹ Cannibalism and Bulimia: Patterns of Social Control in Late Modernity, Jock Young (Middlesex University UK); *Theoretical Criminology*, 1999;3;387.

²⁰ Toon Vriens, voorzitter werkgroep 33° **Week van de Psychiatrie** (maart 2007), beleidsmedewerker en vrijwilligerscoördinator Stichting Pandora.

²¹ www.stichtingpandora.nl **PandoraNieuws Dwangspecial V**, extra elektronische nieuwsbrief februari 2007; **Dwangspecial IV**, januari 2007 met diverse artikelen over dwangopname intercultureel.

conferentie ‘Dwang in zwang’ (november 2006) en uitte hun gedeelde zorg over de vergaande aantasting van de (rechts)positie van mensen met psychische en/of psychiatrische problemen door de opeenstapeling van maatregelen van de afgelopen jaren op het gebied van wetgeving en zorg.’²² De Vereniging Advocaten van Psychiatrisch Patiënten (VAPP) ondersteunde haar standpunt (Brief d.d. 12-02-07).²³

Dat mensen met een (gedeeltelijk) andere culturele achtergrond extra kwetsbaar zijn en in het bijzonder bij opname en behandeling onder dwang, moge duidelijk zijn. Het is dan ook noodzakelijk dat het pleidooi van deze studiedag om aan te sturen op een genuanceerde *cultureel competente* aanpak en op de evaluatie van *institutioneel racisme*, breed gehoor zal vinden. Daarbij kan het bewust worden van eigen *ethocentrisme* mogelijk een antwoord zijn op het door Kortmann genoemde *onbewust racisme*. *Ethocentrisme* betekent de bril die je op hebt en van waaruit je de wereld bekijkt en met die bril jezelf of jouw groep als beter beschouwt; een stempel op iets drukken dat naar jouw normen en waarden wel of niet klopt, maar wat in een andere cultuur misschien wel klopt. Het tegenovergestelde van dit *ethocentrisme* is *cultureel relativisme*, je verplaatsen in de normen en waarden van (mensen uit) de andere cultuur. Ik denk dat *cultureel relativisme* een belangrijke term is als blijkt dat de normen en waarden en hulpmethoden van hulpverleners niet aansluiten bij (allochtone) patiënten. Het is dan de taak van hulpverleners en (justitiële en ggz) organisaties om zich te verplaatsen in het wereldbeeld en de leefsituatie van de ‘ander’ en dit bij hun professionele handelen te betrekken. Voorbeelden als door de sprekers genoemde *Multilevel approach*, de behandeling van allochtonen binnen een *ACT-team*, *Functional Family Therapy* bij jonge allochtone delinquenten en *Delivery Race Equality* (DRE) inspireren daarbij en bieden handvatten om kwaliteit van zorg en gelijkheid te bevorderen.

Ik vertrouw erop dat studiedagen als deze een bijdrage leveren om onterechte en selectieve dwang en detentie te signaleren, maar vooral ook te voorkomen. Dit verdient een diepgaande en structurele aanpak.

²² Conferentie ‘**Dwang in Zwang**’ 10 november 2006 , voor verslag zie [hier](#) of te bestellen via info@stichtingpandora.nl en 020 6 85 11 71

²³ [Brief 12 02 07 Vereniging Advocaten Psychiatrische Patiënten \(VAPP\) inzake BOPZ \(30492\)](#) aan Tweede Kamer der Staten Generaal.