

Nieuwsbrief december 2012

In dit nummer:

- Mensenrechten en gezondheidszorg bedreigd
- De gecompliceerde positie van de inrichtingsarts
- IMMO van start
- Dwangvoeding aan gedetineerden in hongerstaking



Johannes Wier Stichting

MENSENRECHTEN & GEZONDHEIDSZORG

info@johannes-wier.nl • www.johannes-wier.nl

Van de redactie

Het najaarsnummer van de Johannes Wier Stichting besteedt traditie getrouw aandacht aan verschillende onderwerpen die aansluiten bij de thema's waar in het afgelopen jaar aandacht voor is geweest. Het is niet volledig, maar beoogt het debat te voeden en te laten zien dat er bevlogen gewerkt wordt op het terrein van mensenrechten en gezondheidszorg. De stichting is in afgeslankte vorm een nieuwe koers ingeslagen. We zijn verheugd om te constateren dat de dynamiek door een groeiende groep vrijwilligers en belangstellenden mooi toeneemt. De refereeravonden zijn inspirerende bijeenkomsten gebleken.

Voorlopig hechten we eraan om deze 'nieuwsbrief' twee maal per jaar uit te laten komen terwijl we beseffen dat voor het echte 'nieuws' ook digitale wegen beschikbaar zijn. De nieuwsbrief heeft zo haar eigen plaats verworven om aandacht te geven aan thema's die we van belang achten. Met een nieuw formaat en meer kleur. We hopen dat uw belangstelling ook geprikkeld wordt door het enthousiasme van ieder die hier belangeloos aan heeft meegewerkt.

Wat natuurlijk vermeld moet worden is de installatie van het langverwachte College voor de Rechten van de Mens. Dit voedt de hoop dat er serieus meer werk gemaakt kan worden van een mensenrechtenbenadering in de zorg. Dat dit nodig is schetst Prof. Gevers, emeritus hoogleraar gezondheidsrecht. Hij beschrijft de uitdagingen die hij voor zich ziet in het licht van recente ontwikkelingen in de gezondheidszorg. Om een beeld te krijgen van de ontwikkelingen bij het iMMO, is onze redacteur Christel ten Berge gaan praten met Evert Bloemen, die hier als arts en staffunctionaris werkt. Pauline Jacobs, heeft op ons verzoek, haar proefschrift over "dwangvoeding aan gedetineerden in hongerstaking" toegelicht. Een thema dat in de Johannes Wierstichting altijd onder de aandacht is geweest. Marjan Groenouwe licht haar scriptie toe over de gecompliceerde positie van de inrichtingsarts. Alicia Dibbets doet verslag van de cursus mensenrechten voor zorgpersoneel op de hogeschool van Amsterdam waar zij als docent aan heeft meegewerkt. Zou het niet fantastisch zijn als andere scholen dit voorbeeld gaan volgen? Tenslotte, 10 december, de internationale dag voor de mensenrechten, inspireert tot activiteiten. Margreet Kroesen vertelt over de zorg voor ongedocumenteerde mensen en wat Dokters van de Wereld van plan is te gaan doen. We illustreren hiermee tevens dat de stichting nauwe contacten onderhoudt met vele organisaties die op verschillende manieren invulling geven aan het streven voor iedereen: "recht op gezondheid".

Uit de jaarlijkse bijeenkomst met het comité van aanbeveling kwam de suggestie om niet alleen de problematische kant van het thema mensenrechten in de zorg te benoemen maar ook aandacht te hebben voor de goede ontwikkelingen. Dat was een eyeopener. We doen een poging en hebben enkele berichten opgenomen onder de noemer Uitgelicht. Hierin komen bemoedigende projecten en activiteiten aan bod die ons in de redactie zijn opgevallen als positief bevorderend voor de mensenrechten. Onze redacteur Lotte Schoenmakers ging hiervoor in gesprek met Cees Waaijers, verpleegkundige in Nijmegen, over het project Zichtbare Schakels.

We hopen dat u de artikelen met interesse zult lezen en willen u laten weten dat u ons een groot plezier doet met een reactie. Wat vindt u, wat mist u, wat zou u zelf willen schrijven of onder onze aandacht willen brengen?

Namens de redactie,

Lisette Luykx

Vice-voorzitter bestuur Johannes Wier Stichting



Mensenrechten en gezondheidszorg bedreigd

Uitdagingen voor de Johannes Wier Stichting

In september 2011 vond een visiedag plaats waarop de Johannes Wier Stichting zich bezon op het toekomstig beleid. Een van de sprekers was Sjef Gevers, emeritus hoogleraar gezondheidsrecht. Hij schetste enkele relevante ontwikkelingen in de gezondheidszorg en het recht die van invloed zullen zijn op het werk van de stichting. Op verzoek van de redactie blikt hij terug op zijn betoog van toen en stelt dat bij in het licht van de gebeurtenissen in het afgelopen jaar.



Sjef Gevers

De ontwikkelingen die ik zie op het snijvlak van gezondheidszorg en recht, kunnen vanuit twee invalshoeken bekeken worden. Ten eerste de klassieke grond- en mensenrechten, met als gemeenschappelijke noemer vrijheid, zelfbeschikking en

privacybescherming, en ten tweede de meer programmatistische sociale grondrechten en dan met name het recht op bescherming van en zorg voor de gezondheid. Ik probeer bij elk van deze invalshoeken vooral aan te geven welke ontwikkelingen ik vanuit mensenrechtelijk oogpunt als bedreigingen zie. Vanuit de gedachte dat die bedreigingen door de Johannes Wier Stichting als uitdagingen zouden kunnen worden opgevat.

waarmee bijvoorbeeld de vrijheid om kinderen te krijgen door sommigen ter discussie wordt gesteld, als men denkt dat de belangen van de samenleving daarmee gediend zijn.

Min of meer parallel aan de eerste ontwikkeling loopt een tweede, die betrekking heeft op de uitwisseling van medische persoonsgegevens en de rechtsbescherming daarbij. Vanouds is de rechtsbescherming diep geworteld in de gezondheidszorg; een voorbeeld is het principe van het medisch beroepsgeheim. Maar ook hier is – in naam van het algemeen belang – sprake van erosie. Het medisch beroepsgeheim staat onder druk. Kan men daar als het gaat om de opsporing of directe voorkoming van ernstige misdrijven nog enig begrip voor hebben, dat wordt een stuk minder als ook voor allerlei andere en veel ruimere maatschappelijke belangen (beleidsdoelen, overheidstoezicht, functioneren zorgverzekering) losser met de vertrouwelijkheid van medische gegevens mag worden omgegaan.

Er is sprake van erosie van mensenrechten in het kader van het algemeen belang

Klassieke grondrechten

Vanuit het oogpunt van vrijheid, zelfbeschikking, privacybescherming, etc. wil ik drie ontwikkelingen aanstippen die in het oog dienen te worden gehouden. Het eerste punt heeft te maken met het spanningsveld tussen collectieve belangen en individuele vrijheid. Een klassiek vraagstuk, zie bijvoorbeeld de vraag of inenting tegen ernstige besmettelijke ziekten verplicht kan worden gesteld. Terwijl vanaf de jaren zeventig rechtsbescherming en zelfbeschikking als grondprincipes werden omarmd, komt nu goede zorg als leidend beginsel naar voren, samen met de bescherming van derden. Dwang en drang worden tegenwoordig sneller geaccepteerd als die nodig worden geacht in het belang van de betrokkene zelf of van anderen. Dat komt niet alleen tot uiting in (voorstellen voor) nieuwe wetgeving (zoals de Wet verplichte ggz en de Wet zorg en dwang), maar ook in gemakkelijker acceptatie van bemoeizorg op gebieden als psychiatrie en verslavingszorg. Zie ook het gemak

Als derde punt noem ik het medisch-wetenschappelijk onderzoek. Ook bij die nuttige en nodige activiteit kunnen (mensen)rechten gemakkelijk in het gedrang komen. Ook hier ziet men de laatste jaren op sommige punten een verschuiving van de balans. Een voorbeeld is het pleidooi voor verruiming van de mogelijkheid om wilsonbekwamen (kinderen) in onderzoek te betrekken. Intussen komen ook nieuwe vormen van onderzoek op, waar bescherming van individuele rechten de stormachtige ontwikkelingen in de praktijk niet of nauwelijks kan bijhouden. Een voorbeeld is de verzameling en opslag op grote schaal van lichaamsmateriaal en medische informatie in biobanken.

Het sociale grondrecht op gezondheidszorg

Misschien nog wel meer aandacht vragen ontwikkelingen rond het recht op zorg. Ook hier spelen op de achtergrond verder reikende maatschappelijke ontwikkelingen; in dit geval de economische crisis, de

verarming van het publieke domein, het steeds meer aan individuele verantwoordelijkheid overlaten en dergelijke.

Dat het recht op zorg onder druk staat, komt allereerst tot uiting in de verschraling van de sociale zorgverzekering en de AWBZ, bijvoorbeeld door verkleining van het verzekerde pakket, sterke stijging van het eigen risico en andere eigen betalingen. Dat zijn zaken die niet in een keer zullen leiden tot de

goede zorg is, zij moeten in toenemende mate ook kostenoverwegingen in hun beslissingen en richtlijnen meenemen. Terwijl die overwegingen afbreuk kunnen doen aan wat het beste is voor de patiënt. Oprukkende marktwerking zet tegelijk de beroepsethiek onder druk. Dat er spanning is tussen beroepsregels en eigenbelang is niet nieuw. Het punt is dat de organisatie van de zorg zich in een richting ontwikkelt waarin die spanning oploopt. Kan men in een steeds sterker door financiële overwegingen overheerste omgeving

Verschraling, overheveling naar collectiviteit en dreigende uitholling van het recht op gezondheidszorg

vaak genoemde en gevreesde 'tweedeling in de zorg', maar wel onmiskenbaar stappen in die richting zijn. Zie ook de recente discussie over de vraag of zeer dure geneesmiddelen voor zeldzame ziekten nog wel collectief vergoed moeten worden.

Een tweede ontwikkeling die hiermee nauw samenhangt, is het halen van voorzieningen uit de sfeer van de wettelijke ziektekostenverzekeringen (waar men een individuele aanspraak heeft op welomschreven vormen van zorg) en het overbrengen ervan naar de sfeer van collectieve voorzieningen (te weten de van gemeentewege uitgevoerde Wet maatschappelijke ondersteuning). De beschikbaarheid en kwaliteit van voorzieningen wordt daardoor onderhevig aan verschillen tussen lokale overheden en afhankelijk van (de uitvoering van) lokaal beleid. Met als gevolg dat wat lang een individueel recht was, nu meer een 'gunst' karakter krijgt.

Het derde punt is minder grijpbaar, maar daarmee niet minder belangrijk voor de bescherming van het recht op zorg van mensen. Ik doel op de dreigende uitholling van professionele standaarden en beroepsethiek onder invloed van marktwerking en doelmatigheidsdenken. Van beroepsbeoefenaren en hun organisaties wordt niet langer eenvoudig verwacht dat zij aangeven wat

nog wel verwachten dat artsen en andere professionals trouw blijven aan hun beroepsethiek en zich niet door andere belangen dan die van de patiënt laten leiden?

Ten slotte

Er zijn ongetwijfeld nog andere voor de Johannes Wier Stichting relevante ontwikkelingen te noemen. Maar in mijn ogen verdienen de hiervoor genoemde punten in elk geval aandacht. Aangezien het communiceren binnen de beroepsgroepen over mensenrechtenthema's en zorg een belangrijk doel is voor de Johannes Wier Stichting, zou de stichting een of meer van deze thema's verder kunnen uitdiepen en aan de orde stellen. In dit betoog heb ik één thema buiten beschouwing gelaten. Het betreft de bescherming van minderheden en non-discriminatie, vanuit mensenrechtelijk oogpunt altijd actueel. In relatie tot gezondheidszorg gaat het dan bijvoorbeeld om de rechtsbescherming van en beschikbaarheid van goede zorg voor groepen die maatschappelijk een marginale positie innemen zoals migranten, asielzoekers en gedetineerden. Het spreekt voor mij vanzelf dat de Johannes Wier Stichting hiervoor de aandacht moet (blijven) vragen.

Sjef Gevers

Emeritus hoogleraar gezondheidsrecht AMC/UvA



UITgelicht

Activiteit die bijdraagt tot bevordering van de mensenrechten in de zorg

"Zichtbare schakels"

'ZICHTBARE SCHAKELS' is een landelijk ZonMw project en wordt in december na drie jaar afgerond. Het beoogt samenhangende zorg te bieden voor kwetsbare groepen, met wijkverpleegkundigen die zich speciaal inzetten voor 'een gezonde buurt'. Ze signaleren, verbinden, verwijzen en voorkomen problemen. Uit evaluaties is gebleken dat de aanpak werkt. Deze zichtbare schakels

gaan onderdeel uitmaken van sociale wijkteams en onder andere in Nijmegen zijn ze hiermee al van start gegaan. Onze redacteur Lotte Schoenmakers ging op onderzoek. Elders in deze nieuwsbrief vindt u een interview met Cees Waaijer, wijkverpleegkundige Zichtbare Schakel, ZZG Zorggroep, Dukenburg Nijmegen.

Refereerbijeenkomsten

Ter bevordering van de kennis en versterking van de onderlinge cohesie binnen de Johannes Wier Stichting heeft het bestuur besloten jaarlijks vijf refereerbijeenkomsten te organiseren over actuele thema's en ontwikkelingen op het terrein van de gezondheidszorg en mensenrechten. De data en onderwerpen voor 2013 worden in december vastgesteld. Belangstellenden voor de agenda kunnen zich aanmelden bij het secretariaat.

26 november 2012, Een nieuwe definitie voor het begrip 'gezondheid'

Machteld Huber, arts en onderzoeker bij het Louis Bolk Instituut, zal een nieuw concept voor het begrip 'Gezondheid' toelichten.

Tot nu toe is de meest dominante definitie van het begrip 'gezondheid' de definitie die de WHO daaraan in 1948 gaf, namelijk gezondheid is een toestand van compleet lichamelijk, geestelijk en sociaal welbevinden, en niet het louter ontbreken van ziekte of gebrek.

Deze definitie staat nu internationaal ter discussie. Volgens Huber leidt de WHO definitie - onbedoeld - tot medicalisering. Daarnaast is gezondheid in de definitie van de WHO een statisch begrip. Huber pleit voor een dynamische invulling. Hierin is gezondheid het vermogen van mensen zich aan te passen en een eigen regie te voeren, in het licht van fysieke, emotionele en sociale uitdagingen van het leven. Huber kreeg voor haar initiatief de ZonMw Parel, een erkenning voor een buitengewoon project in de zorg

19 juli 2012, Kinderrechten en gezondheid

In deze bijeenkomst besteedde mr. dr. Sarah Spronk aandacht aan kindvriendelijke gezondheidszorg. Het gaat om een kindgerichte benadering waarvoor door de raad van Europa in 2011 nieuwe richtlijnen zijn geformuleerd, geïnspireerd vanuit het Internationaal Verdrag van de Rechten van het Kind (IVRK). Hier een korte impressie van haar betoog, dat werd gevolgd door een levendige discussie.

Wat zegt het verdrag erover?

Artikel 24 van het IVRK formuleert de rechten met betrekking tot de gezondheid. De artikelen over toegang tot zorg, bescherming tegen geweld en beperking van kindersterfte zijn vooral gericht op ontwikkelingslanden. Toch zijn er wel degelijk aanknopingspunten voor de westerse wereld. Kinderen hebben recht op een gezonde en veilige leefomgeving; op onderwijs en informatie over gezondheid.

Wat houdt kindgerichtheid in?

Op de eerste plaats moeten kinderen serieus genomen worden, en benaderd op een manier die aansluit bij hun begrip. Het zijn geen kleine volwassenen, maar ze hebben wel degelijk hun eigen ideeën en verrassende inzichten. In onderzoek van Dr U. Kilkelly werd kinderen gevraagd naar wat zij in de zorg belangrijk vinden. Dat gaf onder andere de volgende gegevens: Geen pijn hebben (60%), de dokter begrijpen (49%), gehoord worden (47%), vragen mogen stellen (45%).

Wat zijn de richtlijnen van de Raad van Europa?

Richtlijnen voor de kindvriendelijke benadering: de 5 P's

- Participatie (geïnformeerd zijn, gehoord worden, toestemming kunnen geven)
- Promotie (kinderen in staat stellen eigen gezondheid positief te beïnvloeden, bevorderen levensstijl van ouders/gezin)
- Protectie (beschermen tegen gezondheids bedreigende factoren; kinderrechten advocaten in de zorg)
- Preventie (van ziekten en ongelukken)
- Provisie (toegang tot zorg voor ALLE kinderen, kindgerichte medicijnen en voorzieningen, beperken van invasieve behandelingen).

De kinderrechten monitor 2012 van de nationale kindermobudsman, het Sociaal Cultureel Planbureau en de universiteit Leiden tonen een aantal problemen. 15% ervaren psychische klachten, 16% van de meisjes en 11% van de jongens melden depressieve klachten. Er zijn welvaartsziekten als overgewicht en diabetes, en er is een relatief hoge zuigelingensterfte. Het zijn onder andere die gezondheidsproblemen die om aandacht en onderzoek vragen.

Sarah Spronk, juriste en arts, werkt aan de juridische faculteit van de universiteit Leiden en hoopt te promoveren in 2013 op het thema kinderrechten en gezondheidszorg.

Mensenrechteneducatie bij de Hogeschool van Amsterdam

Mensenrechteneducatie voor zorgpersoneel heeft in afgelopen paar jaren op kleine schaal ingang gevonden bij de Hogeschool van Amsterdam. In het studiejaar 2011/2012 hebben drie verschillende groepen verpleegkundigen een middag onderwijs gehad over de relatie tussen mensenrechten en gezondheid en hoe zich dat verhoudt tot hun dagelijkse werkpraktijk.

Dit studiejaar is er een mensenrechtenonderdeel toegevoegd aan de Minor Global Health. Deze minor wordt gevolgd door verpleegkunde en fysiotherapie studenten uit Nederland, Noorwegen, Denemarken, Portugal, Brazilië en de Verenigde Staten. In het kader van hun minor hebben de studenten geleerd hoe tekortkomingen en misstanden in de zorg benaderd kunnen worden als mensenrechtenkwestie. Aan de hand van specifieke voorbeelden is er gekeken naar de oorzaken, relevante actoren en mogelijkheden tot actie als mensenrechten in het geding komen. Vervolgens zijn de studenten door middel van een gerichte oefening geconfronteerd met de vraag: Wat zou jij doen als je mensenrechtenkwesties tegenkomt in je werk?

De mensenrechteneducatie is verzorgd door voormalige medewerkers van de International Federation of Health and Human Rights Organisations (IFHHRO) met speciaal voor dit doel ontwikkelde methodieken. Dit materiaal is eveneens te vinden op www.ifhhro-training-manual.org; een handboek met uitgewerkte trainingssessies over mensenrechten voor zorgpersoneel. Tijdens de Minor Global Health is er daarnaast gebruik gemaakt van de IFHHRO publicatie *Steps for Change: A*



Human Rights Action Guide for Health workers. Deze gids biedt een handvat aan personen werkzaam in de zorg die willen weten hoe mensenrechten gebruikt kunnen worden om problemen op hun eigen werkplek aan te pakken (www.ifhhro.org/publications).

Alicia Dibbets
Mensenrechten onderzoeker en trainer

UITgelicht

Activiteit die bijdraagt tot bevordering van mensenrechten in de zorg

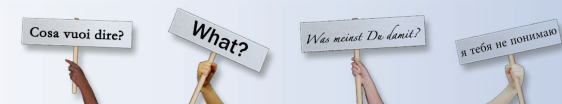
“Wie betaalt de tolk?”

In 2012 is de vergoeding voor tolken en vertaaldiensten door VWS gestopt. Hoe nu verder met tolken in de zorg? Zorgverleners gebruiken jaarlijks ruim 160.000 keer een tolk tijdens consulten met patiënten / cliënten die de Nederlandse taal niet of onvoldoende beheersen.

Een huisarts schrijft. Pas nog probeerde een patiënte me duidelijk te maken dat ze veel pijn heeft aan hoofd en schouders. Ze zit er somber bij. Haar pittige 14 jarige dochter zou vertalen, maar giechelt en lacht haar moeder domweg uit. “Het zijn allemaal stress klachten, dokter!” Moeder zit er hulpeloos bij. Doelmatig contact is uitgesloten. Toegang tot tolk op dat moment ook. Voor dochter iets teveel gevraagd, leg ik uit. Ik voel me knap machteloos. Kan ze zelf een andere tolk regelen, vraag ik, hoewel dat zelden een ideale oplossing biedt.

Wie een professionele tolk voor een consult in wil schakelen, moet creatief naar een oplossing zoeken. Zorginstellingen en professionele zorgverleners lossen dit heel verschillend op. Huisartsen die aangesloten zijn bij een fonds voor achterstandswijken kunnen hier vaak een beroep op doen. In de regio Haaglanden is dit fonds beschikbaar voor alle huisartsen in de regio die een tolk nodig hebben.

Mikado is het landelijk kenniscentrum voor interculturele zorg en zij adviseren en helpen bij het toegankelijk maken en houden van zorg voor iedereen. Hebt u vragen dan kunt u terecht op de website www.wijzijnsprakeeloos.nl.



WIJ ZIJN
SPRAKELOOS

De gecompliceerde positie van de inrichtingsarts nader bezien

Het recht op medische verzorging is een cruciaal onderdeel van de interne rechtspositie van gedetineerden. Binnen een penitentiaire inrichting is de medische verzorging van gedetineerden in handen van de inrichtingsarts, die fungeert als huisarts van de gedetineerde. De medische verzorging van gedetineerden is echter niet de enige taak die de arts binnen een penitentiaire inrichting vervult. In een detentiesituatie is de arts, net als alle andere penitentiaire functionarissen, verantwoordelijk voor de orde en veiligheid in de inrichting. De medisch-ethische dilemma's die deze dubbelrol met zich meebrengt zijn voor Marjan Groenouwe, aanleiding geweest om in 2011 een onderzoek te houden onder inrichtingsartsen. Het voornaamste doel van dit onderzoek was om vast te stellen hoe inrichtingsartsen hun hybride rol binnen de gevangenis zelf beleven. Bij het schrijven van haar scriptie is zij begeleid door Prof. Mr. T. Liefwaard. Voor de nieuwsbrief Mensenrechten & Gezondheidszorg, geeft ze hieronder kort weer waar haar onderzoek over gaat.

Ik heb me in mijn onderzoek geconcentreerd op twee specifieke aspecten van het werk van de inrichtingsarts, te weten zijn rol bij de plaatsing van een gedetineerde in isoleercel en zijn betrokkenheid bij het gedwongen onderzoek in het lichaam. De rol die de inrichtingsarts speelt bij deze dwang- en strafmaatregelen is volgens veel critici slecht verenigbaar met zijn functie als curatief handelend arts. Waar de arts zich bij de medische verzorging van gedetineerden laat leiden door zijn eigen professionele ethiek, handelt de controlerend arts in crisissituaties veelal in opdracht van de directeur. Tussen een gedetineerde en zijn arts behoort een vertrouwensverhouding te bestaan, een band die in gevaar lijkt te komen door de betrokkenheid van de inrichtingsarts bij de oplegging van sancties en de uitvoering van dwangmaatregelen.

Wat ten eerste naar voren komt uit de resultaten van de vraaggesprekken is dat de rol van de medicus bij het gedwongen onderzoek in het lichaam de inrichtingsarts in een vrijwel onmogelijke positie brengt. Niet alleen kan de betrokkenheid van de arts leiden tot een tuchtrechtelijke vervolging doordat bepaalde uitgangspunten uit de WGBO worden geschonden, daarnaast brengt de arts de vertrouwensrelatie met de gedetineerde onherstelbare schade toe. Ook in het licht van de mensenrechten van gedetineerden is het discutabel of de inzet van een drastisch dwangmiddel als het gedwongen onderzoek wel een plek binnen het Nederlands detentierecht behoort te hebben. Ik pleit derhalve in mijn conclusie voor een aanpassing van de huidige wetgeving, ten einde het gedwongen onderzoek in het lichaam geheel uit de Penitentiaire beginselenwet te schrappen.

Ten aanzien van de betrokkenheid van de arts bij een plaatsing in afzondering lijkt de geldende penitentiaire praktijk te kunnen worden gehandhaafd, juist om de mensenrechten van gedetineerden te beschermen. Hoewel er wel degelijk ethische bezwaren zijn die pleiten tegen de inzet van de inrichtingsarts bij een plaatsing in afzondering, is de participatie van de arts ook van groot belang om het welzijn

van gedetineerden te garanderen. Het is derhalve essentieel dat inrichtingsartsen zich meer bewust worden van de belangrijke functie die zij in dit verband bekleden. Een arts is in vele gevallen de enige persoon die een in afzondering geplaatste gevangene bezoekt en fungeert daarmee als belangrijke bewaker van de mensenrechten van deze kwetsbare groep gedetineerden.

Marjan Groenouwe
Masterstudent strafrecht aan de Universiteit Utrecht



Marjan Groenouwe

IMMO van start

Sinds voorjaar 2012 is het Instituut voor Mensenrechten en Medisch Onderzoek, het iMMO, van start gegaan. Na de oprichting op 14 juli 2011, zijn ze nu zo'n 8 maanden actief. De Johannes Wier Stichting is een van de "founding fathers" van de stichting en heeft er altijd voor gepleit dat slachtoffers van marteling benaderd worden volgens de richtlijnen van het "Istanbul Protocol" voor het verkrijgen van correct medisch juridisch steunbewijs in hun asielpcedure. Hiervoor zijn we in gesprek gegaan met Evert Bloemen, arts en vanaf het begin betrokken bij de oprichting. Momenteel is hij als staffunctionaris werkzaam bij iMMO.

IMMO levert op verschillende manieren een bijdrage aan de bescherming van mensenrechten. Dit doet zij onder andere door mensen bij wie het vermoeden bestaat dat ze slachtoffer zijn van marteling of inhumane behandeling, te onderzoeken en de expertise die hierbij opgedaan wordt, over te dragen aan anderen. De rapporteurs bij iMMO werken op vrijwillige basis.



Evert Bloemen

Het ontstaan van iMMO

Voor de oprichting van iMMO waren verschillende organisaties actief met betrekking tot forensisch medisch onderzoek bij asielzoekers. Bijvoorbeeld de Medische Onderzoeksgroep van Amnesty International. Binnen deze groep voerden artsen op vrijwillige basis medisch onderzoek uit met als doel een causaal verband te leggen tussen de medische bevindingen en het asielrelaas van de onderzochte persoon. Deze onderzoeken zijn vaak ondersteunend geweest bij het verkrijgen van een verblijfstatus. Stichting Medisch Advies Kollektief voerde ook dergelijk onderzoek uit en heeft tevens expertise ontwikkeld met betrekking tot leeftijdsonderzoeken bij minderjarige asielzoekers. Pharos tenslotte, verzorgde eveneens medische rapporten in het kader van de asielpcedure en levert met publicaties al jaren een grote bijdrage op dit terrein. Het project Meldpunt Asielzoekers met Psychische Problemen (MAPP), een onderdeel van ASKV/Steunpunt Vluchtelingen verrichtte tot 2011 psychologische onderzoeken naar beperkingen die asielzoekers belemmeren hun asielrelaas goed te kunnen vertellen. Door de ongeveer gelijktijdige

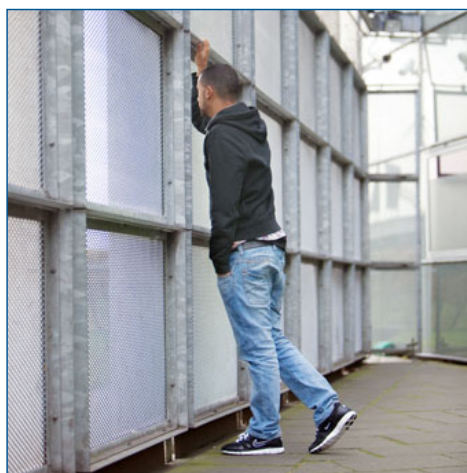
beëindiging van diverse activiteiten op dit gebied en veranderingen in bovengenoemde organisaties, is besloten de krachten te bundelen en iMMO op te richten.

Meerwaarde van iMMO

In het gesprek met Evert Bloemen is gevraagd naar de meerwaarde van iMMO in vergelijking met de vroegere situatie. De meerwaarde is volgens hem enerzijds gelegen in de schaalvergroting. Meer mensen kunnen profiteren van een forensisch medisch onderzoek in de asielpcedure. Er werken nu meer rapporteurs dan bij de afzonderlijke organisaties. Anderzijds zal met de bundeling van krachten en een afzonderlijke bureauorganisatie, de kwaliteit van de onderzoeken verbeteren. Door het opgaan van de activiteiten van verschillende organisaties in één instituut kan men slagvaardiger reageren op de grote vraag die er is naar medische expertise. Daarbij sluit het multidisciplinaire karakter van het iMMO ook beter aan bij de problematiek van getraumatiseerde asielzoekers die onderzocht worden. Het feit dat het om een nieuw, zelfstandig, onafhankelijk en neutraal instituut gaat, geeft een impuls om hier kwalitatief iets goeds van te maken, aldus Evert Bloemen.

Wat is er gebeurd tot nu toe?

Dat het iMMO niet heeft stilgezetten blijkt uit onderstaande cijfers. Sinds dit voorjaar zijn er 186 aanvragen voor een onderzoek binnengekomen. Daarvan is ruim 70% inhoudelijk beoordeeld en werd 25% afgewezen. Er zijn inmiddels 48 rapporten uitgebracht. Tientallen rapporten zitten nog in de pijplijn van beoordeling en uitvoering. Niet iedere aanvraag voor een onderzoek leidt daadwerkelijk tot het uitvoeren van een onderzoek door het iMMO. Er worden hierbij zorgvuldige afwegingen gemaakt. Hierover is meer te vinden op de website van het iMMO, www.immo.nl.



Schiphol, Foto: Goedele Monnens

stichtingimmo.nl. Momenteel zijn er 50 rapporteurs, waarvan er ongeveer 30 nieuw zijn. Het iMMO heeft geïnvesteerd in het opleiden van deze rapporteurs. Dit jaar hebben 4 trainingsdagen plaatsgevonden. Het is een uitdaging voor de rapporteurs om zich een andere manier van denken eigen te maken. Veel van hen zijn behandelaars die nu voor het iMMO als onafhankelijk deskundige werken. De rapporteurs vinden het werk boeiend en leerzaam. Ze voelen zich betrokken bij deze doelgroep en het meewerken en meedenken binnen een gedegen instituut spreekt hen aan.

Het werk van de rapporteurs

Het vinden van een causale relatie tussen het asielrelaas en de medische restverschijnselen, vormt een uitdaging in het werk van de rapporteurs. Ditzelfde geldt voor het doen van een uitspraak over de beperkingen bij een asielzoeker, die hen hinderen om goed over alle details van hun asielverhaal te kunnen vertellen. Het iMMO is bezig met het ontwikkelen van een systematische manier van werken met betrekking tot bovengenoemde thema's. Er wordt gestreefd naar uniformiteit in handelen en duiding. Mede daarom is het van belang dat alles zorgvuldig gedocumenteerd wordt. Op deze manier kunnen de opgedane ervaringen worden meegenomen in toekomstig onderzoek. De rapporteurs doen vanuit hun eigen professionele verantwoordelijkheid onderzoek. Elk rapport wordt meegelezen door een iMMO staf lid. In samenspraak leidt dit tot de definitieve versie van het rapport, dat wordt aangeboden aan de aanvrager. Het iMMO maakt gebruik van "peer reviews" waardoor veelvuldig collegiaal overleg plaats vindt. Via een besloten gedeelte van de website van iMMO kunnen de rapporteurs ook intercollegiaal overleg voeren.



Er is, volgens Evert Bloemen, zeker nog plek voor nieuwe rapporteurs. Het komt soms voor dat een onderzoek niet of niet op tijd kan plaatsvinden, omdat er op korte termijn geen rapporteur beschikbaar is. Bovendien is het noodzakelijk om te kunnen beschikken over uiteenlopende disciplines om precies te kunnen onderzoeken of het klachtenpatroon verband kan houden met een bepaald type marteling of geweld. De rapporteurs worden door iMMO getraind. Dit gebeurt door een introductietraining, waarin aandacht wordt besteed aan de asielprocedure, het verrichten van forensisch medisch onderzoek en de vastlegging daarvan volgens de richtlijn iMMO-onderzoek. Verder vindt jaarlijks een trainingdag plaats, waarbij dieper op bepaalde aspecten van het



Foto: Pieter-Jan De Pue

werk wordt ingegaan. Tenslotte vinden meerdere keren per jaar casuïstiekbesprekingen plaats. Op de site van het iMMO zijn een aantal beschrijvingen te lezen, die een goed inzicht geven in de situaties waarmee een rapporteur te maken kan krijgen. Artsen en psychologen die geïnteresseerd zijn om zich als vrijwilliger aan te melden, kunnen dit via de site doen, per mail (info@stichtingimmo.nl) of per telefoon (020-8407670).

De toekomst van iMMO?

Het streven van iMMO is om in de toekomst de door hun verrichte onderzoeken deel uit te laten maken van de asielprocedure. De aandacht voor medische aspecten in de asielprocedure is de laatste tijd toegenomen, maar momenteel staat in de vreemdelingen circulaire van de Nederlandse overheid (http://wetten.overheid.nl/BWBR0012289/geldigheidsdatum_04-11-2012) nog vermeld dat medisch onderzoek in het kader van aanvullend bewijs niet van belang is voor de asielaanvraag. Tegelijkertijd erkent de Nederlandse Overheid dat medische aspecten integraal worden meegewogen bij de beoordeling van de asielaanvraag. Voor het inventariseren van de mogelijke medische beperkingen is sinds juli 2010 een medisch advies ingevoerd teneinde de IND te kunnen adviseren of en hoe een asielzoeker in staat mag worden geacht met de procedure aan te vangen. Het iMMO wil voor die asielzoekers waarbij een vermoeden bestaat van marteling en geweld, een onderzoek bieden waarmee de medische problematiek van betrokkene serieus onderzocht wordt, zodat de IND in staat wordt gesteld op gedegen gronden een oordeel over het asielverzoek te vellen.

Met dank aan Evert Bloemen en Annemieke Keunen

Christel ten Berge
Verpleegkundige, redactie
Mensenrechten & Gezondheidszorg

Dwangvoeding aan gedetineerden in hongerstaking: wel of niet toegestaan?

Op 7 september promoveerde jurist mr. dr. Pauline Jacobs aan de Tilburg University op het thema dwangvoeding aan gedetineerden in hongerstaking. Haar proefschrift handelt over de vraag of, en zo ja wanneer, het toepassen van dwangvoeding bij een gedetineerde in hongerstaking toelaatbaar is. In dit artikel beschrijft zij het belang van haar onderzoek, dat duidelijke richtlijnen biedt aan detentieautoriteiten en forensisch geneeskundigen.



mr. dr. Pauline Jacobs

Niet elke voedselweigering is te beschouwen als een hongerstaking. In dit proefschrift is een hongerstaker gedefinieerd als een wilsbekwaam persoon die heeft aangegeven voedsel te weigeren als een vorm van protest. Gedetineerden kunnen een hongerstaking gebruiken om bepaalde eisen kracht bij te zetten, zoals een verandering in detentieomstandigheden. Het verloop van een hongerstaking wordt sterk bepaald door de individuele kenmerken van de hongerstaker, zoals zijn lichamelijke conditie en gewicht, alsmede door wat hij nog tot zich neemt (bijvoorbeeld koffie en thee met suiker of vruchtensappen). Het keerpunt treedt echter bijna altijd op rond de 40ste dag, waarna de hongerstaker zich echt ziek begint te voelen. Een hongerstaking kan leiden tot ernstige lichamelijke schade en uiteindelijk tot de dood.

Ingrijpen of niet?

Naarmate de hongerstaking langer duurt, zal de neiging van de gevangenisdirectie om in te grijpen door middel van dwangvoeding toenemen. De toepassing van voeding onder dwang is een medische ingreep die de nodige risico's kent, vooral wanneer de hongerstaker zich daartegen verzet. Er ontstaat een dilemma tussen enerzijds het recht op zelfbeschikking van de gedetineerde en anderzijds de verantwoordelijkheid van de Staat en medische hulpverleners voor de gezondheid van de hongerstaker. Ook kunnen er andere belangen spelen

die pleiten vóór interventie, waarover later meer. Dit onderzoek draait om de vraag of dwangvoeding aan een gedetineerde hongerstaker gerechtvaardigd kan zijn. In mijn proefschrift belicht ik deze vraag niet alleen vanuit het juridische perspectief, maar ga ik ook in op de medisch-ethische aspecten ervan. De vraag naar dwangvoeding brengt belangrijke vragen met zich mee naar de inhoud van het zelfbeschikkingsrecht van een hongerstaker en de reikwijdte hiervan. Begrippen als persoonlijke autonomie, het recht op zelfbeschikking en informed consent in de medische context spelen hier een rol.

Informed refusal

Het laatste hoofdstuk van het proefschrift biedt een wenselijke benadering ten aanzien van hongerstaking en dwangvoeding. Als uitgangspunt geldt hierbij dat gedetineerden het recht hebben om in hongerstaking te gaan. Net zoals bij niet-gedetineerden is gedwongen interventie niet toegestaan wanneer er sprake is van een informed refusal door de gedetineerde hongerstaker. Zowel bij aanvang als gedurende de hongerstaking dient de betrokkene wel te worden voorzien van alle informatie die relevant is voor zijn afweging om er al dan niet mee door te gaan.

Respect voor het zelfbeschikkingsrecht van de gedetineerde moet niet alleen tot uitdrukking komen in de beslissing hem niet onder dwang te voeden, maar ook in zijn behandeling. Zo mogen bijvoorbeeld detentieomstandigheden niet verslechteren als gevolg van de keuze om in hongerstaking te gaan. Net zoals in de psychiatrie dient uiterst terughoudend omgegaan te worden met de plaatsing in een isolatie- of observatiecel. Eerder dit jaar verscheen een rapport van het Europees Comité inzake de voorkoming van folteringen en onmenselijke of vernederende behandelingen of bestraffingen (hierna: CPT) naar aanleiding van een bezoek aan Nederland in oktober 2011. In dit rapport toont het CPT zich uitermate kritisch ten aanzien van het Nederlandse beleid waarbij hongerstakers systematisch in een afzonderings- of isolatiecel geplaatst worden: 'The CPT considers that placing a person on hunger (or thirst) strike in a segregation or isolation cell should not be systematic.' De hongerstaker moet volgens het CPT in staat blijven mee te doen met het normale dagregime, inclusief douchen, activiteiten in de buitenlucht en recreatie. Tevens merkt het CPT op dat het plaatsen van een

hongerstaking in een kale strafcel (zonder meubilair en verwarming) onder een strikt regime, eerder zal leiden tot een escalatie van de hongerstaking dan tot een oplossing waarbij de hongerstaker zijn actie beëindigt. Hierbij merk ik verder op dat maatregelen met een punitief karakter, of maatregelen die neerkomen op manipulatie of chantage (door bijvoorbeeld het hebben van voorwerpen op cel afhankelijk te maken van de beslissing de hongerstaking al dan niet voort te zetten), hierbij mijns inziens eveneens niet toegestaan zijn.

Zwaarwegende belangen

De beslissing tot voedselweigering door een wilsonbekwaam persoon kan onder omstandigheden doorbroken worden. Het oordeel omtrent de wilsonbekwaamheid van de gedetineerde die voedsel weigert is daarmee van cruciaal belang en dient dan ook met voldoende waarborgen omkleed te zijn. Dit houdt in dat het onderzoek moet geschieden door een arts of psychiater van buiten de inrichting. Ook moet er de mogelijkheid zijn van een second opinion wanneer de gedetineerde dat wenst.

Het uitgangspunt dat gedwongen interventie niet toegestaan is bij wilsonbekwame hongerstakers kan slechts in één situatie tot uitzondering leiden. Dit is het geval wanneer er zwaarwegende belangen zijn die nopen tot het in leven houden van een hongerstaker in voorlopig hechtenis totdat het eindoordeel in zijn zaak is bereikt. Dit kan het geval zijn wanneer een proces van groot belang is voor (groepen) slachtoffers, zoals bij een proces van een internationaal straftribunaal. Dit kan tevens het geval zijn wanneer het maatschappelijk belang erbij gediend is dat een bepaald proces plaatsvindt, zoals in de zaak van Volkert van der G. het geval was. Het voorkomen van de dood van de verdachte vóór zijn proces plaatsvindt dient tevens het belang van verdere opsporing en bewijsvergaring.

Oordeel van de rechter

In de uitzonderlijke situatie waarin zich voornoemde zwaarwegende belangen voordoen, gaat het altijd om instellingsoverstijgende belangen. De vraag naar dwangvoeding overstijgt daarmee de bevoegdheid en competentie van de detentieautoriteiten. De afweging van deze belangen enerzijds en de belangen van de gedetineerde anderzijds (waarbij een eventuele wilsverklaring in de overwegingen meegenomen wordt) dient dan ook te worden overgelaten aan een onafhankelijke rechter die beslist over de rechtmatigheid van de toepassing van dwangvoeding in het voorliggende geval. Aangezien de fase van voorlopige hechtenis een lange periode kan bestrijken en de belangen om de hongerstaker in leven te houden een andere dimensie kunnen krijgen gedurende deze periode kan een herhaalde toepassing van dwangvoeding een nieuw oordeel van de rechter vergen.

Wat betekent dit voor forensisch artsen?

Een beslissing tot non-interventie door een wilsonbekwame hongerstaker moet gerespecteerd worden door artsen die in detentie-instellingen werken. Alhoewel een arts alles moet doen om de gezondheidssituatie van de gedetineerde hongerstaker te bevorderen, is hij gebonden aan diens toestemming. Alleen rechterlijke toestemming voor de toepassing van dwangvoeding geeft de arts de legitimatie om in te grijpen tegen de wens van de gedetineerde. Maar het verplicht hem hiertoe niet: de arts blijft vrij om te bepalen of hij de dwangvoeding toepast, en zo ja, wanneer en hoe. De rechterlijke toestemming vrijwaart de arts van tuchtrechtelijke en strafrechtelijke vervolging. Uiteraard mits hij de dwangvoeding lege artis toepast, dus met de nodige zorgvuldigheid en op de wijze zoals voorgeschreven door zijn professionele standaard. Mijn proefschrift toont tot slot aan dat er ook in de verklaringen van Tokio en Malta van de World Medical Association aanknopingspunten te vinden zijn dat deze medisch-ethische richtlijnen zich niet verzetten tegen de toepassing van dwangvoeding door de arts na toestemming hiertoe van een rechter.

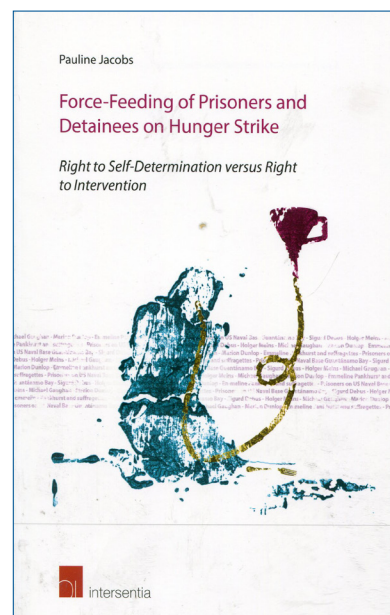
Pauline Jacobs

Literatuur

P. Jacobs, *Force-feeding of Prisoners and Detainees on Hunger Strike. Right to Self-Determination versus Right to Intervention*. Proefschrift Tilburg University. Antwerpen: Intersentia 2012.

P. Jacobs, *Dwangvoeding aan gedetineerden in hongerstaking*. *NTM/NJCM-Bulletin* (verwacht: eind 2012/begin 2013).

Report to the Government of the Netherlands on the visit to the Netherlands carried out by the European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (CPT) from 10 to 21 October 2011, CPT/Inf (2012) 21, p. 30-31.



Boekomslag

Van start: College voor de rechten van de mens

Sinds 2 oktober dit jaar kent Nederland een College voor de Rechten van de Mens. Dit College is een onafhankelijk overheidsorgaan dat de naleving van mensenrechten in Nederland bevordert.

Het College heeft daarbij verschillende taken waaronder het doen van onderzoek naar de bescherming van mensenrechten, het geven van advies over wetgeving en beleid dat raakt aan mensenrechten, het rapporteren over de mensenrechtensituatie in Nederland, het doen van aanbevelingen, en het geven van voorlichting over mensenrechten. Naast deze kerntaken zal het College de komende drie jaar specifiek aandacht besteden aan enkele thema's die prioriteit verdienen. Deze thema's zijn: ouderenzorg en mensenrechten, migratie en mensenrechten, discriminatie bij toegang tot de arbeidsmarkt en de ratificatie van het VN-verdrag inzake de rechten van personen met een handicap.

Wat kan er in de zorgsector verwacht worden van dit nieuwe College?

Het eerste wat opvalt is het thema ouderenzorg en mensenrechten waar het College zich de komende jaren op zal richten. Binnen dit thema streeft het College na dat de mensenrechtenbenadering door relevante actoren zal worden toegepast om de situatie

van ouderen in verpleeg- en verzorgingshuizen onder de loep te nemen en aan te pakken.

Het is daarnaast goed mogelijk dat het College op dit gebied ook aanbevelingen aan zorginstellingen zal doen.

Verder wil het College mensenrechteneducatie voor professionals stimuleren zodat deze in staat zullen zijn om mensenrechten binnen hun beroep na te leven. Hierbij zou natuurlijk ook gedacht kunnen worden aan professionals uit de zorg. De ratificatie van het VN-verdrag inzake de rechten van personen met een handicap kan eveneens belanghebbend zijn binnen de gezondheidszorg. Dit verdrag bevat een bepaling die adequate zorg voor mensen met een beperking waarborgt en zal daarmee een extra handvat bieden om zorgvoorzieningen voor deze groep te behouden en te verbeteren.

Het College voor de Rechten van de Mens is nu een maand open en er kan nog veel gebeuren, maar met deze nieuwe speler in het veld zou de mensenrechtenbenadering binnen de zorgsector wel eens meer voet aan de grond kunnen krijgen

Alicia Dibbets

Mensenrechten onderzoeker en trainer

UITgelicht

Activiteit die bijdraagt tot bevordering van de mensenrechten in de zorg

“Ik voel me weer mens”

Bij Resto VanHarte komt men niet alleen voor een goede en betaalbare maaltijd, maar ook omdat je er andere buurtgenoten kunt ontmoeten en er altijd wel een boeiend programma te beleven is. Inmiddels zijn er op 30 plaatsen in Nederland VanHarte Resto's die twee of drie maal per week een maaltijd-Plus aanbieden vanuit de gedachte dat mensen niet eenzaam thuis moeten verpieteren maar in contact met anderen tot bloei kunnen komen. Eenzaamheid blijkt uit onderzoek een serieus probleem te zijn. Resto VanHarte doet er iets aan. Wekelijks schuiven honderden gasten aan en de belangstelling groeit. Naast een vaste staf zijn vrijwilligers betrokken bij de bediening en de activiteiten die rondom de maaltijd georganiseerd worden. Nieuwsgierig geworden? Schuif gerust eens aan. Informatie op de website <http://www.restovanharte.nl/>

RESTO
van
Harte



Zichtbare Schakels; een interview

Bij het vinden van goede voorbeelden van toepassingen van mensenrechten in de dagelijkse praktijk kwam de redactie van Mensenrechten & Gezondheidszorg, in aanraking met het project "Zichtbare Schakels". Met Cees Waaijer, wijkverpleegkundige binnen dit project heeft Lotte Schoenmaker voor de nieuwsbrief een interview gehouden.

Ik tref Cees in het wijkcentrum waar hij achter een tafeltje spreekuur heeft. Als zichtbare schakel krijgt hij de ruimte om los van de strikte indicaties in de wijk aanwezig te zijn en zijn werk vrijer uit te voeren. Hij kan op huisbezoek en heeft de tijd om rustig met mensen in gesprek te gaan en daarbij over de grenzen heen te kijken van de zorg. "Er is meer tijd om een mens, mens te laten zijn". "Kijk bijvoorbeeld naar de biljartmannen hier achter mij, wekelijks biljarten ze in het wijkcentrum. Je zit hier en maakt eens een praatje. Een van hen, een man van 86 jaar, maakte zich grote zorgen omdat hij geopereerd moest worden en na de opname meteen naar huis zou worden gestuurd. Ik heb toen voor hem kunnen regelen dat hij toch een nacht in het ziekenhuis kon blijven en dat er de dag erna nog een wijkverpleegkundige bij hem thuis zou komen. Gewoon door een gesprekje, zo simpel kan het zijn".

Daarnaast houdt de zichtbare schakel in dat je een actief netwerk in de wijk onderhoudt. Dit betekent dat als mensen problemen hebben op andere levensgebieden, de oplossing binnen het netwerk wordt gezocht. Soms is dat een andere professional, maar in eerste plaats kijkt Cees binnen het eigen netwerk van de persoon. "Het mooiste van dit werk is het zoekspel samen met iemand. Het gaat er om te ontdekken wat iemand wil en vervolgens met een creatieve oplossing te komen". Een tweede trapleuning bijvoorbeeld, voor iemand die slecht ter been is, kan de veiligheid in huis enorm vergroten. Voorheen werd het plaatsen hiervan door de WMO bekostigd, nu gebeurt dit niet meer. "Het idee is om hier vijf gepensioneerde mannen voor in te zetten, aangevoerd door de eigenaar van de doe-het-zelfzaak. Er zitten nog allerlei praktische bezwaren aan vast, maar dit zijn wel de oplossingen waar we het steeds meer in proberen te zoeken".

Doordat de zorg is gaan werken als bedrijf dat een product moest gaan verkopen zijn we de verbinding met andere zorg en - welzijnverleners verloren. "Als wijkverpleegkundigen kwamen we regelmatig te laat in een situatie terecht, omdat signalen laat binnenkwamen. Dan moeten we eerst schoonmaken voor we iets kunnen doen". De weg om zorg in huis te kunnen krijgen is voor sommige mensen te ingewikkeld geworden en ook de eigen bijdrage kan een drempel zijn om op tijd hulp te vragen. "Ook is de anonimiteit in onze maatschappij toegenomen, vroeger kende je elkaar en merkten de burens het als het niet goed met je ging. Dat is steeds meer verdwenen. We komen vaak tegen dat mensen hun burens niet om hulp durven te vragen, maar dat de burens ook geen hulp durven aan te bieden. Dit moeten we doorbreken. We



Cees Waaijer

komen uit een verzorgingsstaat en we gaan naar iets anders toe, maar de maatschappij is daar nog niet klaar voor".

"Ik geloof in de aanpak, en in de omslag die we aan het maken zijn zie ik veel ontwikkeling. Als ik erover ga dromen denk ik dat de oplossing in het probleem zit. We hebben heel veel ouderen en het zit 'm in het koppelen van de krasse met de niet krasse. Er komt een steeds grotere groep van gepensioneerden, zij kunnen zich vrijwillig inzetten voor andere ouderen, een soort sociale dienstplicht voor ouderen. Maar hoe organiseer je dat? Daar staan we nu voor. En of het genoeg is? Het probleem zit 'm in de groeiende hoeveelheid zorg die nodig is en de kosten die daarmee gemoeid zijn. Het is een spannende tijd in zorgland, maar wie weet vinden we het antwoord wel met elkaar. Ik vind het in elk geval mooi om daar deel van uit te maken. Ik hoop dat ik over 10 jaar kan terugkijken en vast kan stellen dat ik heb bijgedragen aan een wereld waarin mensen nog meer voor elkaar doen".

Lotte Schoenmakers
Redactie Mensenrechten & Gezondheidszorg

December: Aandacht voor mensenrechten

In december is er internationaal aandacht voor de rechten van de mens en voor de migrant, op respectievelijk 10 en 18 december. Een bijzondere maand voor onder meer Dokters van de Wereld, die zich via haar Medoc-project bekommert over hoe de toegang tot de Nederlandse zorg voor ongedocumenteerde migranten in de praktijk verloopt. Margreet Kroesen, coördinator van het Medoc-project licht dit nader toe.

Dat de problematiek rondom zorg voor kwetsbare groepen grensoverstijgend is, wordt duidelijk in het rapport 'Access to healthcare for vulnerable groups in the European Union 2012' van ons Medecins du Monde-netwerk. Het rapport werd in april in Brussel gepresenteerd en geeft voorbeelden van ernstige barrières in de zorg. De Nederlandse versie is op internet te vinden (<http://www.doktersvandewereld.org/toegang-tot-gezondheidszorg-voor-kwetsbare-groepen-in-de-eu-2012>).

Ook in Nederland is de toegang tot zorg voor deze kwetsbare groep niet altijd gegarandeerd. Er blijkt nog steeds een gebrek aan informatie bij zorgverleners en instellingen over welke zorg en hulpverlening al dan niet mogelijk is. Bepaalde basiszorg valt niet onder de financiële compensatieregeling van het CVZ, zoals tandheelkundige zorg boven de 18 jaar, waardoor jaarlijks vele mensen met ernstige klachten blijven rondlopen. Bovendien stemt de actualiteit tot zorgen. Betekenen de bezuinigingen in het basispakket een verdere vermindering van medisch noodzakelijke zorg? Wie was en is verantwoordelijk voor het coördineren van de zorg voor de zeer kwetsbare groep

uitgeprocedeerde asielzoekers in de tentenkampen in Ter Apel, Den Haag en Amsterdam Osdorp? En wat betekent de strafbaarstelling van illegaal verblijf in het regeerakkoord voor hen, die nu al vaak angst hebben om zorg te vragen?

In december worden 2 websites gelanceerd rondom mensenrechten en ongedocumenteerde migranten. Ze zijn de moeite van het bezoeken waard.

Op www.dagvandemigrant.nl geeft Dokters van de Wereld een stem aan ongedocumenteerde migranten via voorgelezen getuigenissen, blogs en andere actualiteiten. De site www.paspoortamsterdam.nl is

een initiatief van het Amsterdamse ASKV, het Wereldhuis en Dokters van de Wereld.

Het geeft praktische informatie over alle (lokale) mogelijkheden in de hulpverlening aan ongedocumenteerde migranten. De website www.basisrechten.nl bevat overigens deze informatie van de steden Breda, Eindhoven, Rotterdam, Nijmegen, Den Haag en Utrecht.



Margreet Kroesen
Coördinator Medoc-project, Dokters van de Wereld

Joost den Otter

Uiteindelijk blijkt zijn nieuwe functie in het CPT (Committee for the Prevention of Torture) in Kopenhagen niet meer te verenigen met een bestuursrol voor de Johannes Wier Stichting.

Als arts M&G, epidemioloog en met een carrière van verschillende functies heeft hij een scherp oog voor de dilemma's met betrekking tot de mensenrechten in de zorg. Het recht op weigeren van voedsel, het recht op toegang tot adequate zorg voor ongedocumenteerden, voor verslaafden, voor gedetineerden verdedigt hij met verve. Lange tijd heeft Joost zich ingezet als actieve vrijwilliger in meerdere werkgroepen en vervolgens als bestuurslid en voorzitter van de Johannes Wier Stichting. Hij heeft het debat gestimuleerd door bijdragen aan symposia en publicaties in tal van tijdschriften. Vele studenten die voor hun scriptie een onderzoek ondernamen op het terrein van mensenrechten en zorg, wisten in hem een begenadigd en deskundige begeleider of adviseur te vinden. Hij is medeauteur van het eerste Nederlandse leerboek over recht op gezondheid voor verpleegkundige zorgprofessionals. We zijn Joost bijzonder erkentelijk voor zijn bevlogen en deskundige bijdrage aan 'de Johannes Wier' en zijn blij dat hij als adviseur op afstand niet uit ons zicht verdwijnt.



Joost den Otter

Voor het volgende nummer

In het voorjaar van 2013 zullen we een nieuwsbrief uitbrengen met als centraal thema Mensenrechten en ouderenzorg. Dit sluit aan bij het voornemen van de Johannes Wier Stichting hieraan in het komend jaar speciaal aandacht te geven. Hebt u suggesties of tips, knelpunten of juist positieve ontwikkelingen gesignaleerd, dan horen wij die graag en kunt u contact met de redactie opnemen via het secretariaat.

Uw reacties zijn zeer welkom!

Agenda

8 december 2012, Symposium 'Ouderenzorg en Mensenrechten'

In het kader van de Dag van de Rechten van de Mens organiseert de Johannes Wier Stichting voor Mensenrechten en Gezondheidszorg een symposium over "Ouderenzorg en Mensenrechten"

Tijdstip: 14.00 – 17.00 uur

Locatie: Cursus en vergadercentrum Domstad, Koningsbergerstraat 9, Utrecht

Informatie en aanmelden bij het secretariaat, via de website van de Johannes Wier Stichting

10 december 2012, Dag van de Rechten van de Mens.

Dan reikt de Liga voor de Rechten van de Mens de Clara Meijer-Wichmann Penning uit, ter erkenning van een bijzondere inzet ter bevordering van de mensenrechten.

11 januari 2013, De achtste Barend A.J. Cohen lezing, "De forensisch geneeskundige in de toekomst"

uitgesproken door Prof. Dr. M. Piette (Universiteit van Gent). Georganiseerd door de Rob Monterie stichting voor forensische geneeskunde. Locatie: Auditorium van het Nederlands forensisch instituut in Den Haag.

Informatie en aanmelden via de website: robmonteriestichting.nl

Colofon

Bestuur Johannes Wier Stichting (per 1 september 2012)

Loes van Willigen, voorzitter - Lisette Luykx, vicevoorzitter - Theo Wijngaard, secretaris - Gert Grift, penningmeester
Elisa van Ee - Irmgard de Roy van Zuydewijn - Inke Schaap

De nieuwsbrief Mensenrechten & Gezondheidszorg verschijnt twee keer per jaar. De nieuwsbrief besteedt aandacht aan onderwerpen waar de Johannes Wier Stichting zich sterk voor maakt en aan andere ontwikkelingen in het werkveld. Een keer per jaar verschijnt een themanummer. De redactie beschikt over redactionele onafhankelijkheid en artikelen geschreven door derden geven niet noodzakelijkerwijs de mening of visie van de Johannes Wier Stichting weer.

Redactie: Nel van Beelen, Christel ten Berge, Lisette Luykx, Lotte Schoenmakers en Irmgard de Roy van Zuydewijn
Secretariaat: Marina Hendriks, 020-8407630, info@johannes-wier.nl

Coverfoto: Tentenkamp Osdorp

Foto's: De mensen en instellingen komen niet voor in de artikelen. Toestemming is gevraagd voor zover nodig.

Lay-out & druk: Drukkerij Printing BV, Amersfoort

Oplage: 1600

Oude nummers: PDF-bestanden van vorige nummers kunt u gratis downloaden van www.johannes-wier.nl.

Klik op 'nieuwsbrieven' in de rubriek 'nieuws'.

ISSN: 0927-2097 - © JohannesWier Stichting, december 2012

Over de Johannes Wier Stichting

'Het recht op de hoogst haalbare standaard van gezondheidszorg' (right to health) is al decennialang een universeel mensenrecht, maar desondanks voor velen een doelstelling uit een verre toekomst of een recht dat steeds meer onder druk komt te staan door bezuinigingen, kritiek op mensenrechten of onwetendheid over het bestaan en het belang van dit mensenrecht.

De Johannes Wier Stichting stelt zich daarom ten doel de bevordering én naleving van mensenrechten in de zorg op de agenda te plaatsen en te houden. Het right to health vormt daarbij het uitgangspunt voor de activiteiten van de stichting.

De activiteiten van de Johannes Wier Stichting bestaan onder meer uit het verstrekken van onafhankelijke informatie over mensenrechten en mensenrechteneducatie voor artsen, verpleegkundigen en andere medische professionals. Daarnaast organiseert de stichting debatten en refereeravonden over actuele kwesties en dilemma's, zoals met betrekking tot de zorg aan vreemdelingen, ouderen of het medisch beroepsgeheim. Waar nodig verzamelt de stichting getuigenissen van medische professionals over misstanden in de zorg en kaart zij die aan bij beleidsmakers of de media.

De Johannes Wier Stichting is een onafhankelijke mensenrechtenorganisatie van en voor medische professionals. De stichting wordt sinds haar oprichting in 1986 volledig gefinancierd door donaties, schenkingen en legaten.

Help ons

Wilt u ons werk financieel ondersteunen? Met uw gift kunnen wij onze projecten, onderzoeksmissies en rapporten, werkgroepen, research en studiebijeenkomsten, symposia en mensenrechteneducatie verder financieren en continueren. Donateur worden kan al voor 30 euro per jaar (15 euro voor studenten). Als donateur ontvangt u tweemaal per jaar de nieuwsbrief Mensenrechten & Gezondheidszorg. Ook kunt u regelmatig onze e-mail nieuwsbrief ontvangen. Uw gift kunt u overmaken op bankrekeningnummer 53353 van de Johannes Wier Stichting. Vergeet niet om ons uw adres te sturen, zodat wij u op de adreslijst kunnen zetten voor de nieuwsbrief.

Nieuwsbrief Mensenrechten & Gezondheidszorg e-news

Wilt u op de hoogte blijven van relevante ontwikkelingen en activiteiten? Bezoek dan regelmatig onze website of abonneer u op de e-mail nieuwsbrief Mensenrechten & Gezondheidszorg e-news. Deze service is gratis voor donateurs en niet-donateurs.

Aanmelden: stuur een e-mail naar info@johannes-wier.nl met als onderwerp 'toevoegen aan mailinglist e-news'

Afmelden: stuur een e-mail naar info@johannes-wier.nl met als onderwerp 'verwijderen van mailinglist e-news'

Vergeet niet uw naam, organisatie en adres te vermelden!



Johannes Wier Stichting

Nienoord 5

1112 XE Diemen

T: 020 8407630

F: 020 8407631

info@johannes-wier.nl

www.johannes-wier.nl