

Position Paper – Structurele manipulatieve tactieken in de psychiatrie: impact op patiëntenrechten en herstel

Samenvatting

In deze position paper doet Stichting De Kamer van Sociale Waarden een formele oproep tot erkenning en aanpak van **structurele manipulatieve tactieken binnen de psychiatrie**. We signaleren dat bepaalde routinematige handelwijzen van hulpverleners – uiteenlopend van het verdraaien van informatie tot het ondermijnen van de autonomie van patiënten – leiden tot machtsongelijkheid en schending van fundamentele rechten. Zulke tactieken belemmeren het *herstelproces* van cliënten ernstig, doordat zij vertrouwen, zelfbeschikking en waardigheid aantasten. Dit document analyseert 17 veelvoorkomende manipulatieve tactieken en onderbouwt per punt hoe deze tactieken machtsuitoefening (*heerschappij*) in de hand werken en herstel ondermijnen. Hierbij verwijzen we naar relevante juridische, ethische en mensenrechtelijke kaders, zoals de **Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO)**, het **Europees Verdrag voor de Rechten van de Mens (EVRM)** en het **VN-Verdrag inzake de rechten van personen met een handicap (CRPD)**. Ten slotte formuleren we duidelijke aanbevelingen aan beleidsmakers, toezichthouders (waaronder de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd en de Autoriteit Persoonsgegevens) en zorginstellingen. We roepen op tot meer **transparantie**, invoering van **herstelgerichte zorg**, herziening van **dossierbeheer** en versterking van **patiëntenrechten** in de geestelijke gezondheidszorg. Deze position paper is ondertekend door Alexander Groenheide namens Stichting De Kamer van Sociale Waarden en is gericht op beleidsbeïnvloeding, het indienen van klachten bij toezichthouders, en het vergroten van publieke bewustwording over misstanden.

Inleiding

De geestelijke gezondheidszorg zou een veilige haven moeten zijn waar kwetsbare mensen respectvol worden behandeld en ondersteund in hun herstelproces. Helaas wijzen meldingen van cliënten en onderzoek uit dat er in de psychiatrische praktijk structurele **machtsmechanismen** bestaan die patiënten onder druk zetten en hun rechten schenden. Deze mechanismen uiteten zich in manipulatieve tactieken – subtiel of expliciet – waarmee hulpverleners controle uitoefenen over patiënten. Dergelijke praktijken creëren een **onevenwichtige machtsrelatie**: de professional behoudt de overhand ten koste van de autonomie en waardigheid van de patiënt. Deze tactieken gaan in tegen de kernwaarden van goede zorg en hebben verstrekende gevolgen. Ze kunnen leiden tot *rechtenschendingen* (bijvoorbeeld van het recht op informed consent, privacy en vrijheid) en werken contraproductief voor psychisch herstel.

Vanuit juridisch en ethisch perspectief is dit onaanvaardbaar. De **WGBO** schrijft voor dat iedere behandeling berust op *informatievoorziening en toestemming van de patiënt*^[1]. Patiënten hebben recht op duidelijke informatie over hun diagnose, behandelingen,

alternatieven, risico's en vooruitzichten, zodat zij weloverwogen keuzes kunnen maken[2][3]. Ze hebben ook recht op inzage in hun medische dossier en op correctie of aanvulling van onjuiste gegevens[4]. Het **EVRM** en andere mensenrechtenverdragen waarborgen onder meer het recht op autonomie, privacy en bescherming tegen onmenselijke behandeling. Zo is bekend dat het toepassen van dwang in de zorg diverse grondrechten kan aantasten, waaronder het recht op vrijheid, lichamelijke integriteit, en het *verbod op wrede, onmenselijke of vernederende behandeling*[5]. Het **CRPD** (VN-verdrag handicap) legt sterk de nadruk op *gelijkwaardigheid en zelfbeschikking* van personen met psychosociale beperkingen. Dit verdrag stelt dat mensen met een handicap het recht hebben *op gelijke voet* beslissingen te nemen, en dat feitelijke of vermeende wilsonbekwaamheid niet zomaar mag worden aangevoerd om iemand dat recht te ontnemen[6]. Bovendien beschouwt het CRPD-Comité gedwongen zorg en dwangmaatregelen als een schending van onder meer het recht op persoonlijke integriteit (art. 17 CRPD) en het verbod op foltering of mishandeling[7].

Ondanks deze duidelijke normen, horen we terugkerend van patiënten dat in de klinische praktijk hun rechten en herstelperspectief in het gedrang komen door manipulatie, gebrek aan openheid en dwang. In wat volgt schetsen we 17 manipulatietactieken die structureel in de psychiatrie voorkomen, elk voorzien van toelichting, en analyseren we hun impact op machtsverhoudingen en herstel. De lijst is bedoeld om bewustwording te vergroten en als basis te dienen voor klachten bij bijvoorbeeld de IGJ en de Autoriteit Persoonsgegevens, waar relevant. Vervolgens doen we aanbevelingen om dergelijke praktijken uit te bannen en de zorg te hervormen in lijn met wettelijke plichten en mensenrechten.

Manipulatieve tactieken in de psychiatrie – Analyse van 17 punten

1. **Gaslighting (verdraaien van de werkelijkheid)** – Hulpverleners doen de patiënt systematisch twijfelen aan zijn eigen waarnemingen, geheugen of beleving. Bijvoorbeeld: een patiënt meldt bijwerkingen of onrechtvaardige bejegening, maar krijgt te horen dat hij het “verkeerd ziet” of dat zijn gevoelens onterecht zijn. Deze vorm van *psychologische manipulatie* ondermijnt het zelfvertrouwen en de realiteitszin van de patiënt. **Machtsuitoefening:** Gaslighting geeft de behandelaar de controle over het narratief; de patiënt wordt afhankelijk van de professionele lezing van de werkelijkheid. **Ondergraving van herstel:** Herstel veronderstelt dat de persoon zijn eigen ervaringen kan vertrouwen en van daaruit groeien. Gaslighting vernietigt dat vertrouwen, zaait verwarring en schaadt de *therapeutische alliantie*. Bovendien is het in strijd met de ethische plicht tot eerlijkheid en openheid in de zorgrelatie. Het doet afbreuk aan de *menselijke waardigheid* van de patiënt, wat ook door mensenrechten wordt beschermd (EVRM art. 3 beschermt tegen vernederende behandeling).
2. **Pathologiseren van valid kritiek of verzet** – Legitieme vragen, emotionele reacties of kritiek van de patiënt worden weggezet als symptoom van de psychiatrische stoornis (bijv. “gebrek aan ziekte-inzicht”, “paranoïde wantrouwen” of “manipulatief gedrag” van de patiënt). Hierdoor wordt elke vorm van tegenspraak

gediskwalificeerd. **Machtsuitoefening:** De hulpverlener houdt de overhand door het frame dat alleen zijn oordeel gezond is en dat alles wat de patiënt inbrengt voortkomt uit de ziekte. Dit creëert een onweerlegbare machtspositie: wie protesteert bevestigt slechts het gestelde gebrek aan inzicht. **Ondergraving van herstel:** Een gezond *herstelproces* vereist dat de cliënt serieus wordt genomen en kan participeren in beslissingen. Door kritiek te labelen als pathologie verliest de patiënt zeggenschap en vertrouwen in eigen oordeel. Het ontmoedigt actieve deelname en bestendigt een passieve, ondergeschikte rol. Dit druist in tegen het **autonomieprincipe** en tegen het uitgangspunt van *gedeelde besluitvorming*, dat inmiddels als best practice wordt gezien[8]. Zo'n werkwijze ondermijnt ook artikel 8 EVRM (recht op zelfontplooiing en persoonlijk leven) en kan gezien worden als discriminatie van mensen met psychosociale handicaps, omdat hun mening structureel minder gewicht krijgt.

3. **Informatie achterhouden (schending van informed consent)** – De behandelaar geeft de patiënt selectieve of onvolledige informatie over diagnose, behandeling of risico's. Soms wordt medische jargon of ingewikkelde taal gebruikt om de patiënt af te schrikken van doorvragen. In andere gevallen worden alternatieve behandelopties of bijwerkingen geminimaliseerd, of krijgt de patiënt geen duidelijke uitleg over zijn rechten. **Machtsuitoefening:** Door informatie-asymmetrie blijft de professional in een dominante positie; de patiënt kan immers moeilijk tegenspreken of keuzes maken zonder alle kennis. Dit staat haaks op de *informatie- en toestemmingsplicht* in de WGBO, die eist dat de patiënt in begrijpelijke taal wordt ingelicht over alle relevante aspecten voordat toestemming wordt gegeven[2][3]. **Ondergraving van herstel:** Informed consent is een voorwaarde voor eigen regie en vertrouwen. Wanneer informatie wordt onthouden of verdraaid, kan de patiënt geen autonoom besluit nemen en voelt hij zich object van behandeling in plaats van deelnemer. Het gevoel geen controle te hebben over wat er met hem gebeurt, belemmert psychisch herstel en roept vaak angst en wantrouwen op. Juridisch gezien ondermijnt dit bovendien het recht op zelfbeschikking en kan het leiden tot onrechtmatige behandeling. Slechts in zeer uitzonderlijke omstandigheden mag informatie tijdelijk worden onthouden in het belang van de patiënt (de "therapeutische exceptie"), maar dat vereist overleg met een collega en een zwaarwegende reden[9] – het structureel paternalistisch achterhouden van informatie is dus onwettig en onethisch.
4. **Dwang presenteren als keuze ("pseudo-vrijwilligheid")** – Hierbij doet de hulpverlener alsof de patiënt vrijwillig meewerkt, terwijl in feite sprake is van impliciete dreiging. Bijvoorbeeld: "Je kunt beter zelf instemmen met deze opname/behandeling, anders moet ik een gedwongen maatregel aanvragen." De patiënt wordt voor de schijn gevraagd te tekenen of te bevestigen, maar ervaart geen reële keuzevrijheid. **Machtsuitoefening:** De professional gebruikt *juridische dwangmiddelen* op de achtergrond als pressiemiddel, zonder ze formeel in te zetten. Dit zet de patiënt onder enorme druk en schuift alle verantwoordelijkheid in zijn schoenen ("je hebt er toch zelf mee ingestemd"). Het machtsonevenwicht wordt

vergroot doordat de patiënt feitelijk geen uitweg ziet dan te gehoorzamen.

Ondergraving van herstel: Voor herstel is *vertrouwen* in de behandelrelatie essentieel. Pseudo-vrijwilligheid breekt dat vertrouwen – de patiënt voelt zich gemanipuleerd in plaats van gerespecteerd. Bovendien beleeft hij een gebrek aan controle: de “keuze” was een illusie. Dit kan leiden tot gevoelens van machteloosheid en onveiligheid, wat contraproductief is voor verbetering van de mentale gezondheid. Vanuit mensenrechtenperspectief is dit precair: iedere behandeling zou uit vrije wil moeten plaatsvinden, en als er daadwerkelijk dwang nodig is, moet dat via de wettelijke waarborgen lopen (zoals de Wvzgz) en als uiterste middel[10]. Het verhullen van dwang ondermijnt die waarborgen.

5. **Dreigen met isolatie of fysieke dwang** – In conflictsituaties wordt soms gedreigd met separatie (opsluiting in een separeerruimte) of met het toedienen van gedwongen medicatie als de patiënt niet onmiddellijk gehoorzaamt. Ook kan het voorkomen dat deze interventies eerder worden ingezet dan strikt noodzakelijk, als straf of als preventief machtsmiddel. **Machtsuitoefening:** Dreiging met dergelijke ingrijpende maatregelen – of het nu expliciet of impliciet gebeurt – schept een klimaat van angst. De patiënt ervaart dat de behandelaar de macht heeft om zijn vrijheid en lichamelijke integriteit direct aan te tasten. Daarmee wordt een ultieme machtspositie gecreëerd: de patiënt weet dat verzet kan leiden tot eenzame opsluiting of gedwongen injecties. **Ondergraving van herstel:** Dergelijke dreigementen of willekeurige dwangtoepassingen hebben een *traumatiserend effect*. Ze ondermijnen elk gevoel van veiligheid dat nodig is om te kunnen werken aan herstel. In plaats van openheid en therapeutisch vertrouwen ontstaat er stress, hyperalertheid en onderwerping. Herstelen is vrijwel onmogelijk in een situatie waarin de patiënt continu bang is voor bestraffing of geweld. Vanuit juridisch oogpunt zijn isolatie en dwangmiddelen alleen geoorloofd bij acuut gevaar en volgens strikte criteria – ze moeten *uiterste middel* zijn[10]. Oneigenlijk gebruik of dreigen zonder grond is dus strijdig met zowel de wet als met mensenrechten. Het kan worden gezien als *wrede of onmenselijke behandeling* als het disproportioneel of ter intimidatie wordt toegepast, wat verboden is onder art. 3 EVRM[5]. Bovendien heeft het CRPD-Comité benadrukt dat dwangmaatregelen een schending vormen van fundamentele rechten op integriteit en vrijheid[7].
6. **Overmedicatie als controlemiddel** – Hierbij krijgt de patiënt hogere doseringen of extra medicatie (bijvoorbeeld kalmeringsmiddelen) niet zozeer vanwege medische noodzaak, maar om hem rustig en hanteerbaar te maken. Het toedienen van **medicatie buiten proportie** kan dienen om protest of ongewenst gedrag te smoren. **Machtsuitoefening:** Chemische onderdrukking is een krachtige machtsuitoefening: de hulpverlener beïnvloedt direct de bewustzijnstoestand en het gedrag van de patiënt. Daarmee wordt de mogelijkheid van de patiënt om zich te uiten of weerstand te bieden fysiek ingeperkt. **Ondergraving van herstel:** Herstel vergt actieve deelname van de patiënt bij therapie en in het dagelijkse leven. Overmatige sedatie dooft die participatie uit – het denkvermogen en de emotionele beleving worden vlakker, waardoor de patiënt minder goed aan zijn problemen kan werken.

Daarnaast kan overmedicatie ernstige bijwerkingen en gezondheidsschade geven, wat het welzijn verslechtert. Het vertrouwen van de patiënt in de behandelaren zal ook afnemen wanneer hij het idee heeft als “lastig” farmaceutisch te worden lamgelegd in plaats van geholpen. In ethisch opzicht schendt dit het *niet-schaden*-principe (non-maleficence) en gaat het in tegen de richtlijn dat behandelingen proportioneel en noodzakelijk moeten zijn. Indien medicatie wordt ingezet zonder de vrije, geïnformeerde toestemming van de patiënt, raakt dit bovendien aan het recht op lichamelijke integriteit en informed consent (WGBO, EVRM art. 8).

7. **Creëren van afhankelijkheid** – De patiënt wordt zodanig benaderd dat hij gaat geloven volledig afhankelijk te zijn van de psychiatrische instelling of de behandelaar. Dit kan bijvoorbeeld door te benadrukken dat zelfstandig wonen of beslissingen nemen “nog niet voor hem is weggelegd”, of door elke poging tot zelfstandigheid te suspenderen (“als u dit zonder ons probeert, gaat het mis”). Ook structurele detentie in een instelling draagt hieraan bij. **Machtsuitoefening:** De professional onderhoudt zo zijn positie als *onmisbare autoriteit* in het leven van de patiënt. Door de patiënt onzeker te maken over zijn eigen kunnen, blijft deze aangewezen op de hulpverlening. Dit consolideert de machtspositie van de zorgverlener en de instelling. **Ondergraving van herstel:** *Herstelgerichte zorg* draait juist om het versterken van eigen regie, zelfredzaamheid en het hervinden van rollen in de maatschappij. Het kunstmatig in stand houden van afhankelijkheid frustrateert die doelen. De patiënt krijgt niet de kans vertrouwen op te bouwen in eigen vaardigheden, wat zijn zelfbeeld en motivatie schaadt. Bovendien kan het leiden tot institutionalisering, waarbij iemand zich buiten de instelling verloren voelt. Dit is ethisch problematisch: zorg zou mensen moeten *bekrachten*, niet klein houden. Het staat haaks op het recht van iedere persoon om zoveel mogelijk zelfstandig en gelijkwaardig aan de samenleving deel te nemen (zoals benadrukt in art. 19 CRPD over onafhankelijk leven). Structurele afhankelijkheid kan ook economische of sociale uitbuiting in de hand werken, iets waartegen art. 16 CRPD beschermt.
8. **Bagatelliseren van vooruitgang of positieve ervaringen** – Wanneer een patiënt tekenen van verbetering vertoont of zelfinzicht toont, wordt dit door de behandelaars soms afgezwakt of genegeerd. Bijvoorbeeld: een patiënt geeft aan zich beter te voelen of nieuwe copingvaardigheden te hebben geleerd, maar de reactie is koel of wantrouwig (“we zullen wel zien hoe lang dat duurt”). Succeservaringen worden toegeschreven aan de medicatie of “geluk” in plaats van de inzet van de patiënt. **Machtsuitoefening:** Door iedere vooruitgang af te zwakken, blijft de definitiemacht bij de behandelaar: alleen hij bepaalt of er sprake is van *echte verbetering*. De patiënt blijft zodoende afhankelijk van externe beoordeling voor waardering. Ook voorkomt dit dat de patiënt teveel zelfvertrouwen opbouwt om eventueel kritischer te worden richting de behandeling. **Ondergraving van herstel:** Herstel is gebaat bij het erkennen en versterken van *persoonlijke groei*. Als positieve stappen niet worden erkend, ontnemt dat de patiënt de motivatie en hoop die cruciaal zijn voor verder herstel. Het werkt demoraliserend; de patiënt krijgt de indruk dat hij nooit uit de rol van “zieke” zal komen, ongeacht zijn inspanningen. Dat

ondermijnt de empowerment die nodig is om verantwoordelijkheid te nemen over zijn leven. Bovendien is het in strijd met goede zorg om niet patiëntgericht te evalueren: moderne patiëntenrechten (bijv. recht op kwaliteitsvolle zorg afgestemd op de behoefte van de patiënt) vereisen juist dat de zorgverlener de ervaringen en wensen van de patiënt serieus neemt[8].

9. **Selectieve en stigmatiserende verslaglegging in het dossier** – In het medisch dossier worden met vooringenomenheid alleen negatieve of bevooroordeelde beschrijvingen opgenomen, terwijl nuance of de kant van de patiënt ontbreekt. Bijvoorbeeld worden emoties van de patiënt gedocumenteerd als “agressief” of “manipulatief” zonder context, of worden klachten van de patiënt afgedaan als “subjectief onaannemelijk”. Positieve ontwikkelingen blijven onvermeld. Ook komen waardeoordelen of denigrerende termen voor in dossiers. **Machtsuitoefening:** Het dossier is een krachtig instrument: het vormt het beeld dat alle collega’s, opvolgende behandelaars en eventueel rechters van de patiënt krijgen. Door eenzijdig en sturend te documenteren, bestendigt de behandelaar zijn machtspositie ook buiten de directe interactie. De patiënt wordt in de systemen “geframed” als lastig, gevaarlijk of onbetrouwbaar, wat het voor hem moeilijk maakt om elders gehoor te vinden of serieus genomen te worden. **Ondergraving van herstel:** Een *eerlijk en volledig dossier* is van groot belang voor continuïteit van zorg en voor het vertrouwen van de patiënt in het systeem. Wanneer iemand later zijn dossier inziet en geconfronteerd wordt met stigmatiserende of onjuiste inhoud, kan dat zeer schadelijk zijn voor het zelfbeeld en het vertrouwen in hulpverleners. Het belemmert ook een frisse start bij een nieuwe behandelaar als vooroordelen al op papier staan. Juridisch gezien schendt dit mogelijk de **AVG**/privacywetgeving en de **WGBO**: patiënten hebben recht op correcte verwerking van hun gegevens. Ze mogen inzage eisen en **correctie of aanvulling vragen van onjuistheden in het dossier**[4]. Het bewust negeren van die rechten of het onvoldoende objectief registreren kan aanleiding geven tot klachten bij de Autoriteit Persoonsgegevens. Bovendien ondergraaft stigmatiserende verslaglegging het recht van de patiënt op *waardigheid en gelijke behandeling* – het dossier zou geen labelend stigma-instrument mogen zijn. Transparant en waarheidsgetrouw dossierbeheer is dan ook een belangrijk punt van verbetering (zie aanbevelingen).
10. **Ontmoedigen van second opinions of externe advies** – Hoewel patiënten recht hebben op een second opinion van een andere arts en vaak baat kunnen hebben bij ondersteuning van een patiëntenvertrouwenspersoon (PVP) of familie, komt het voor dat hulpverleners dit afraden of moeilijk maken. Een patiënt die een tweede mening vraagt kan te horen krijgen dat “dat nergens toe leidt” of dat dit wantrouwen jegens de huidige behandelaar zou tonen. Soms wordt ook contact met onafhankelijke advieslijnen of juristen ontraden. **Machtsuitoefening:** Door de patiënt *af te schermen* van externe bronnen van informatie of bijstand, blijft de behandelaar de enige bron van waarheid. Dit vergroot zijn controle over het behandeltraject. Het weghouden van andere professionals voorkomt ook dat een mogelijk afwijkend behandelvoorstel of kritiek van buitenaf de machtspositie van de

huidige behandelaar ondergraaft. **Ondergraving van herstel:** Een second opinion of externe ondersteuning kan cruciaal zijn voor patiënten om perspectief te krijgen, vertrouwen te winnen of misstanden aan te kaarten. Als dit gefrustreerd wordt, voelt de patiënt zich opgesloten in één visie en mogelijk aan zijn lot overgelaten bij onenigheid. Het ontnemt hem ook het recht op *vrije artskeuze* en *vollere informatie*, wat indruist tegen de WGBO en tegen patiëntenrechten in bredere zin. Herstel vergt soms juist een breder netwerk van steun (bijvoorbeeld familieparticipatie of peer support), dus isolatie van de patiënt van zulke hulpbronnen remt zijn mogelijkheden tot rehabilitatie. Daarnaast ondermijnt deze tactiek de principes van *transparantie en participatie*: in een open zorgrelatie zou het juist aangemoedigd moeten worden dat patiënten actief meedenken en zo nodig elders bevestiging zoeken.

11. **Persoonlijke aanvallen verhoud als diagnose (blaming the patient)** – Dit is een tactiek waarbij de hulpverlener de schuld of oorzaak van problemen volledig bij de patiënt legt in plaats van bij de omstandigheden of de behandeling. Bijvoorbeeld: de patiënt krijgt te horen dat hij “niet gemotiveerd genoeg” is of “aandacht zoekt”, waardoor de behandeling niet aanslaat – terwijl onvoldoende steun of een verkeerde behandelstrategie buiten beschouwing blijven. In het ergste geval vervagen professionele grenzen en worden er kleinerende opmerkingen gemaakt die verpakt worden als onderdeel van de diagnose (bijv. “U bent nou eenmaal een erg moeilijk mens, dat is uw stoornis”). **Machtsuitoefening:** Door het probleem te *personaliseren* als zijnde de fout van de patiënt, trekt de behandelaar zich uit elke verantwoordelijkheid terug en plaatst de patiënt in een apologetische, onderdanige positie. De patiënt wordt onzeker en geneigd zichzelf de schuld te geven, waardoor hij minder snel kritiek zal leveren op de behandeling. Het machtsverschil groeit, want de patiënt gaat zich voegen naar de mening van de “autoriteit” die hem typeert. **Ondergraving van herstel:** Deze aanpak is schadelijk voor het zelfbeeld en de eigenwaarde van de patiënt. Herstel vraagt een gevoel van *gelijkwaardigheid* en het idee dat men het beter kan krijgen met steun en eigen inspanning. Als men echter internaliseert “ik ben het probleem, ik doe alles fout”, kan dat leiden tot schaamte, zelfstigma en zelfs verslechtering van klachten (bijvoorbeeld depressie verdiepen). Ethisch gezien schendt dit de principes van respect en *empowerment*: een zorgverlener behoort zich te richten op gedrag en symptomen, niet de persoon in zijn totaliteit te veroordelen. Deze tactiek kan ook een vorm van discriminatie zijn als bepaalde persoonlijke kenmerken (bijv. temperament, achtergrond) negatief uitvergroot worden onder het mom van diagnose. Dat gaat rechtstreeks in tegen de mensenrechtelijke eis van *zorg zonder discriminatie* en met respect voor de persoonlijke waardigheid.
12. **Triangulatie en verdeel-en-heers** – De hulpverlener speelt de patiënt en zijn naasten of mede-hulpverleners tegen elkaar uit om controle te behouden. Bijvoorbeeld kan een behandelaar achter de rug van de patiënt aan familieleden een eenzijdig (negatief) verhaal vertellen zodat de familie de kant van de behandelaar kiest bij een conflict. Of omgekeerd, de patiënt wordt negatief beïnvloed over familie

(“zij begrijpen jou niet, alleen wij kunnen je helpen”), waardoor hij zich meer aan de instelling bindt. Ook tussen professionals onderling kan informatie selectief gedeeld worden om steun te krijgen voor een bepaalde aanpak terwijl de patiënt buitenspel staat. **Machtsuitoefening:** Triangulatie zorgt ervoor dat de patiënt geïsoleerd raakt en weinig tot geen bondgenoten heeft die zijn kant horen. De hulpverlener zorgt dat alle informatie en sympathie naar hem toe stroomt, waardoor hij zijn zin kan doordrijven zonder dat er een krachtig tegengeluid komt. Dit *verdeel-en-heers*-principe versterkt het machtsmonopolie van de professional over de situatie rondom de patiënt. **Ondergraving van herstel:** Sociale steun van familie en een open, eerlijke communicatie tussen alle partijen zijn vaak beschermende factoren in herstel. Door wantrouwen en verdeeldheid te zaaien, verliest de patiënt belangrijke steunsystemen of raakt deze beschadigd. Hij kan zich verraden of onbegrepen voelen door zijn omgeving, wat leed vergroot en zijn eenzaamheid verdiept. Het herstel – dat gebaat is bij *herstel van relaties* en integratie in de maatschappij – stagneert wanneer relaties door toedoen van de hulpverlening verslechteren. Tevens ondergraaft deze tactiek het recht van de patiënt op *betrokkenheid bij zijn zorg* en op bijstand: in een goede zorgrelatie worden familie/naasten juist, met toestemming van de patiënt, betrokken en wordt er open gecommuniceerd, in plaats van intrigues achter de schermen.

13. **Voortijdig wilsonbekwaam verklaren om autonomie te omzeilen** – In plaats van de wens van de patiënt te respecteren, wordt relatief snel geconcludeerd dat de patiënt “niet wilsbekwaam” zou zijn ten aanzien van een bepaalde beslissing, zodat zijn instemming niet meer juridisch nodig is. Bijvoorbeeld: een patiënt weigert een behandeling, maar de arts stelt dat de patiënt de gevolgen “niet goed overziet” en noteert wilsonbekwaamheid, waarna de behandeling toch wordt gegeven op basis van toestemming van een vertegenwoordiger of via dwangwetgeving.
- Machtsuitoefening:** Het eenzijdig **opheffen van de beslissingsbevoegdheid** van de patiënt is misschien wel de ultieme machtsgreep. De regie wordt volledig overgenomen door de professional (en eventueel een door de instelling aangedragen vertegenwoordiger). Dit ontnemen van autonomie legt elke machtsbalans lam: de patiënt heeft formeel niets meer te zeggen over zijn eigen lichaam en leven in dat aspect. **Ondergraving van herstel:** Autonomie en eigen keuzes – zelfs al zijn het “fouten” – vormen een essentieel onderdeel van persoonlijk herstel en identiteit. Iemand te snel wilsonbekwaam verklaren frustrereert het leerproces en de eigen verantwoordelijkheid. Het kan leiden tot hevig wantrouwen (“mijn mening doet er toch niet toe”) en passiviteit. Bovendien is het zeer *traumatisch* voor patiënten om te ervaren dat hen juridisch de persoonstatus deels wordt ontnomen. Juridisch mag wilsonbekwaamheid alleen worden vastgesteld als de patiënt écht de informatie niet kan begrijpen of verwerken, niet simpelweg omdat hij een andere keuze maakt dan de arts wil. Het CRPD-Comité waarschuwt er expliciet voor dat het concept van wilsonbekwaamheid vaak discriminatoir wordt toegepast: beperkingen in cognitieve vermogens mogen niet zomaar gebruikt worden om iemand het recht op eigen beslissingen af te pakken[6]. In plaats

daarvan moet ondersteuning geboden worden bij beslissen, aldus het VN-Verdrag. Door te snel naar wilsonbekwaamheid te grijpen, wordt ook het *subsidiariteitsbeginsel* geschonden: men kiest dan voor de meest ingrijpende oplossing (ontnemen van beslisrecht) terwijl er wellicht alternatieven waren zoals extra uitleg, meer tijd of een second opinion. Dit tast de rechten van de patiënt aan en is in strijd met art. 12 CRPD (gelijke erkenning voor de wet).

14. **Misleidend gebruik van jargon of autoriteitsargumenten** – De hulpverlener verschuilt zich achter medisch-specialistische taal of statussymbolen om het gesprek zodanig te domineren dat de patiënt zich niet durft tegenspreken. Bijvoorbeeld: complexe diagnoses of prognoses worden met technische termen gebracht zonder te checken of de patiënt het snapt. Of een behandelaar benadrukt voortdurend zijn eigen ervaring en expertise (“ik ben al 20 jaar psychiater, ik weet echt wel wat het beste is”) om de mening van de patiënt te marginaliseren.
- Machtsuitoefening:** Door **intimidatie via kennis** behoudt de behandelaar de overhand. De patiënt voelt zich intellectueel overvleugeld en zal geneigd zijn te volgen wat de “autoriteit” zegt, zelfs als hij twijfels heeft. Dit is een subtielere vorm van macht: niet door direct te dreigen, maar door een sfeer te creëren waarin de patiënt zich incompetent voelt om te participeren. **Ondergraving van herstel:** Begrip en gelijkwaardige communicatie zijn randvoorwaardelijk voor herstel. Als een patiënt zich dom of klein voelt, zal hij zich afsluiten, weinig vragen stellen en mogelijk belangrijke zorgen niet uiten. Dat leidt tot suboptimale zorg en maakt dat de behandeling meer over de patiënt *heen* gebeurt dan *met* de patiënt. Het is ook een schending van de informatieplicht: informatie dient **begrijpelijk** en aangepast aan de persoon te zijn^[11] – het bewust imponeren met jargon is dus in strijd met patiëntenrechten. Bovendien gaat deze tactiek in tegen het idee van *samen beslissen*, dat vraagt om een open dialoog in begrijpelijke termen. In ethische zin schaadt het het respect voor de persoon en diens capaciteit om bij te dragen: een behandelrelatie zou opvoedend en versterkend moeten zijn, niet neerbuigend.
15. **Bagatelliseren van patiëntenrechten en klachtenmogelijkheden** – Wanneer een patiënt vragen stelt over zijn rechten (bijv. “Mag ik mijn dossier lezen?” of “Ik wil een klacht indienen over X”) krijgt hij te horen dat dit niet gebruikelijk is, of dat een klacht “toch geen zin heeft” omdat men hem toch niet gelooft. Soms worden patiëntenrechten voorgesteld als onbelangrijk formaliteiten, of wordt er bewust geen informatie gegeven over het bestaan van bijv. de patiëntenvertrouwenspersoon, de klachtenfunctionaris of de mogelijkheden van bezwaar tegen dwangmaatregelen. **Machtsuitoefening:** Deze tactiek houdt de patiënt onwetend en machteloos. Door rechten te bagatelliseren of te verzwijgen, voorkomt de instelling dat de patiënt gebruikmaakt van juridische of externe middelen die zijn positie zouden kunnen versterken. De organisatie en haar professionals behouden zo vrij spel, want de kans op consequenties of externe controle blijft klein als de patiënt niet klaagt. **Ondergraving van herstel:** Het gevoel *rechteloos* te zijn werkt sterk ontmoedigend en kan leiden tot apathie of gevoelens van afhankelijkheid. Patiënten die hun rechten kennen en kunnen uitoefenen,

voelen zich serieuzer genomen en hebben meer eigen regie – wat hun herstel ten goede komt. Door dit te ondermijnen, wordt de patiënt in een passieve rol gedrukt, wat wederom haaks staat op herstelgericht werken. Daarnaast wordt de noodzakelijke feedbackloop in de zorg (waarbij klachten leiden tot verbetering) afgesloten, waardoor misstanden blijven bestaan en vertrouwen verder afneemt. Deze tactiek is in strijd met de **Wkkgz** (Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg) die juist transparantie over klachtenafhandeling en laagdrempelige klachtopvang verplicht stelt. Ook internationale standaarden benadrukken het belang van *toegang tot recht*: patiënten moeten effectief hun rechten kunnen doen gelden, anders blijven mensenrechtelijke garanties dode letter.

16. **Represailles of intimidatie bij het uiten van ongenoegen** – Als een patiënt toch zijn ontevredenheid of grenzen uit, reageren sommige hulpverleners met subtiele of expliciete represailles. Bijvoorbeeld: een patiënt die een klacht indient, merkt dat sindsdien de sfeer verslechtert of dat hij ineens strenger wordt bejegend (dreigen met overplaatsing, minder verlof krijgen, negatievere aantekeningen in dossier). Of een patiënt die zich beklagt over bijwerkingen krijgt te horen dat men dan de “medische noodzaak” moet heroverwegen (suggestie dat hij dan wel gedwongen zal worden). **Machtsuitoefening:** Dit gedrag bevestigt de machtspositie van de hulpverlener: “wie tegen mij ingaat, zal het bezuren.” Het schept een cultuur van angst die niet beperkt is tot de klager alleen – ook andere patiënten op de afdeling zien dit en leren dat het beter is te zwijgen. De professional behoudt zo controle, omdat het duidelijk is dat kritiek ongewenst is en bestraft kan worden. **Ondergraving van herstel:** Een veilig behandelklimaat is essentieel voor psychisch herstel. Als een patiënt vreest voor negatieve consequenties bij het uiten van gevoelens of behoeften, zal hij zich emotioneel terugtrekken en niet openlijk durven werken aan problemen. Het verhoogt stress en wantrouwen, wat bestaande klachten kan verergeren (bijvoorbeeld angst of paranoia). Bovendien vernietigt het de *samenwerkingsrelatie*: de patiënt ziet de hulpverlener niet langer als bondgenoot maar als dreigende autoriteit. Deze tactiek is een ernstige schending van professionele ethiek (die openheid en *cliëntgerichtheid* voorschrijft) en kan juridisch als *klachtrechtverrijdeling* worden gezien. Inspecties en ombudsdiensten beschouwen een cultuur van angst als een rode vlag voor misstanden. Recht op klagen zonder repercussie valt onder het principe van toegang tot gerechtigheid en vrije meningsuiting; represailles tasten ook het *menselijk respect* aan dat een patiënt verdient.
17. **Institutionele doofpotcultuur (ontkennen en afschermen van fouten)** – Ten slotte is er het fenomeen dat instellingen klachten of duidelijke misstanden intern toedekken of bagatelliseren, in plaats van ze open te bespreken en aan te pakken. Wanneer een patiënt ernstige fouten of grensoverschrijdend gedrag aankaart, stuit hij op een muur: de leiding neemt het voor de behandelaars op, verslagen worden “aangepast” om de instelling te vrijwaren, of er wordt extern een misleidend beeld geschetst (bijvoorbeeld naar de inspectie toe) dat alles volgens protocol verliep. **Machtsuitoefening:** Dit is machtsbehoud op systeemniveau. De *instellingscultuur*

beschermt zichzelf ten koste van de individuele klager. De patiënt staat als eenling tegenover een gesloten front, waarbij informatie en invloed volledig bij de instelling liggen. Vaak worden hiërarchische verhoudingen zichtbaar: lagere medewerkers durven niet tegen het beleid in te gaan, en management keert zich tegen de klager om reputatieschade te voorkomen. **Ondergraving van herstel:** Voor patiënten die hiermee te maken krijgen, is het uiterst schadelijk. Ze worden niet geloofd, hun leed wordt niet erkend, en eventuele schade wordt niet hersteld. Dit kan hertraumatiserend werken – naast het oorspronkelijke incident komt daar het trauma bij van de ontkenning en machteloosheid in de nasleep. Het vertrouwen in hulpverlening en zelfs in rechtvaardigheid in het algemeen krijgt een knauw, wat hun algehele herstelperspectief verslechtert. Een instelling die niet leert van fouten en niet transparant is, blijft bovendien verkeerde praktijken continueren, waardoor ook toekomstige patiënten geen optimale of veilige zorg krijgen. Dit is in strijd met principes van *good governance* en kwaliteit: openheid en verantwoording zijn pijlers van goede zorg. Zowel de Wkkgz als de AVG (inzake datalekken of privacyincidenten) verplichten instellingen om incidenten te melden en open te zijn naar betrokkenen. Het EVRM art. 13 (recht op een effectief rechtsmiddel) verlangt ook dat iemand die meent onrecht te hebben ondergaan een reël klachtrecht en onderzoek krijgt – een doofpotcultuur ontnemt de patiënt die mogelijkheid.

Bovenstaande tactieken illustreren een **patroon van structurele misstanden** waarbij de machtspositie van de zorgverlener of instelling telkens prevaleert boven de stem en het welzijn van de patiënt. Deze handelwijzen schenden niet alleen de menselijke waardigheid van cliënten, maar zijn ook strijdig met wet- en regelgeving. Het resultaat is vaak *heerschappij in plaats van ondersteuning*: de behandelaar heerst, de patiënt ondergaat. Dit tart het doel van de geestelijke gezondheidszorg.

Aanbevelingen

Om deze structurele problemen aan te pakken, roept Stichting De Kamer van Sociale Waarden op tot concrete maatregelen op verschillende niveaus. Wij richten ons tot **beleidsmakers, toezichthouders (IGJ, Autoriteit Persoonsgegevens)** en **zorginstellingen** met de volgende aanbevelingen:

1. **Verplicht transparantie en verantwoording in de zorg** – Transparantie moet de norm worden in alle lagen van de GGZ. Beleidsmakers dienen wettelijke kaders en bekostigingsprikkelers zo in te richten dat openheid wordt beloofd en schendingen bestraft. Dit omvat het actief informeren van patiënten over hun rechten, het standaard aanbieden van inzage in dossiers en behandelplannen, en openheid over incidenten of fouten. Zorgverleners moeten **actief** aansporen tot heldere communicatie en educatie richting de patiënt, en *gezamenlijke besluitvorming* bevorderen[8]. De Inspectie (IGJ) zou tijdens bezoeken moeten toetsen of instellingen een cultuur van openheid hebben: bijvoorbeeld of patiënten worden geïnformeerd en betrokken bij beslissingen, en of klachtenprocedures transparant verlopen. **Verantwoording** houdt ook in dat instellingen bij klachten of calamiteiten

eerlijk onderzoek doen en leerpunten publiek delen. Alleen met een open cultuur kunnen manipulatieve praktijken het daglicht zien en aangepakt worden.

2. **Stimuleer herstelgerichte en menswaardige zorg** – Het beleid en toezicht moeten nadrukkelijk gericht zijn op het bevorderen van *herstel en autonomie* van patiënten. Beleidsmakers dienen herstelgerichte zorgmodellen (waaronder peer support, gezamenlijke zorgplanning en ervaringsdeskundigheid) te ondersteunen in richtlijnen en financiering. Instellingen moeten hun personeel scholen in **mensenrechten en ethiek**: het respecteren van patiëntautonomie, communiceren op gelijkwaardige basis en inzet van dwang alleen als uiterste redmiddel. We bevelen aan om de principes van het **CRPD-verdrag** actief te implementeren: dit betekent o.a. zoeken naar alternatieven voor dwang, versterking van de eigen wil en voorkeuren van patiënten, en waar nodig het aanbieden van *besluitvormingsondersteuning* in plaats van overname van beslissingen. IGJ dient toe te zien op terugdringing van dwangmaatregelen en op naleving van het **“nee, tenzij”**-principe bij inperking van vrijheid[10]. Ook moet er aandacht zijn voor het voorkomen van subtielere vormen van dwang en manipulatie, zoals in deze paper genoemd. **Menswaardige bejegening** – geen stigma, geen intimidatie – zou verankerd moeten worden in beroepscode en meetbaar gemaakt kunnen worden via bijvoorbeeld patiëntervaringsonderzoek. Waar nodig moeten bestaande protocollen (bv. voor wilsonbekwaamheidsbeoordeling of informed consent) worden aangescherpt om ruimte voor misbruik te verkleinen en de patiënt stem te geven.
3. **Herzie het dossierbeheer en privacypraktijken** – Er is een grondige herziening nodig van hoe patiëntendossiers worden opgesteld en gebruikt. Instellingen moeten waarborgen inbouwen voor objectieve, volledige en respectvolle verslaglegging. Aanbevolen wordt om patiënten **actief te betrekken bij hun dossier**: introduceer bijvoorbeeld een recht voor patiënten om aantekeningen in het dossier van hun eigen perspectief toe te voegen wanneer ze het oneens zijn met formuleringen. Beleidsmakers zouden kunnen verkennen of het wettelijk verankeren van een *“contrafelicitatie”* of bijvoegsel-recht (naast het bestaande correctierecht) wenselijk is. De Autoriteit Persoonsgegevens (AP) moet erop toezien dat het recht op inzage, correctie en aanvulling effectief wordt gehandhaafd – zorgaanbieders moeten voldoen aan verzoeken daartoe, conform WGBO/AVG[4]. Daarnaast bevelen we elektronische systemen aan waarin patiënten real-time toegang hebben tot hun gegevens (zoals het *OpenNotes*-principe) om geheimhouding en eenzijdigheid tegen te gaan. Het noteren van denigrerende of irrelevante kwalificaties moet expliciet worden verboden; zorgverleners dienen zich te beperken tot feitelijkheden en neutrale beschrijvingen die van belang zijn voor de behandeling. Ten aanzien van privacy moet elke verwerking van gegevens getoetst worden aan noodzakelijkheid: gegevens of notities die niet strikt ter zake doen voor de behandeling horen niet in het dossier (conform het dataminimalisatiebeginsel in de AVG). IGJ en AP kunnen hier samen richtsnoeren voor opstellen en dit aspect bij inspecties controleren. Een

schoon, waarheidsgetrouw dossier is zowel een patiëntenrecht als een basis voor goede continuïteit van zorg.

4. **Versterk de rechtspositie en inspraak van patiënten** – We roepen op tot diverse maatregelen om patiënten een gelijk spelveld te geven in de geestelijke gezondheidszorg. Beleidsmatig kan gedacht worden aan het uitbreiden van patiëntenrechten en de handhaafbaarheid daarvan. Bijvoorbeeld: *verplicht aanwezigheid of consultatie van een patiëntenvertrouwenspersoon* bij belangrijke behandelbeslissingen of dwangtrajecten; zorg voor financiering van onafhankelijke cliëntondersteuning en juridische bijstand in de GGZ. Ook moet de drempel omlaag voor het indienen van klachten en meldingen: de Wkkgz kan aangevuld worden met strengere verplichtingen voor instellingen om klagers te beschermen tegen benadeling, en IGJ zou anonieme meldingen van personeel en patiënten over misstanden makkelijker moeten kunnen verwerken om cultuurproblemen op te sporen. **Instellingen** dienen hun medezeggenschapsstructuren (zoals cliëntenraden) te versterken en echt zeggenschap te geven in beleid, zodat de stem van (ex-)patiënten invloed heeft op de gang van zaken. Het is aan te bevelen om training en bewustwording bij professionals te bevorderen over patiëntenrechten – zij moeten de WGBO, EVRM en andere relevante kaders goed kennen en toepassen. Oproepen tot *respect voor mensenrechten* in de zorg zijn niet louter theoretisch: ze dienen vertaald te worden naar de dagelijkse praktijk. Dit betekent ook dat toezichthouders zoals IGJ bij misstanden consequent disciplinaire of bestuursrechtelijke maatregelen treffen wanneer patiëntenrechten geschonden worden, om een duidelijk signaal te geven dat dergelijk gedrag niet wordt getolereerd. Beleidsmakers zouden bovendien in overleg met ervaringsdeskundigen en organisaties als de onze kunnen bekijken of aanvullende regelgeving nodig is om subtiele vormen van dwang/manipulatie aan te pakken – bijvoorbeeld in de vorm van een **“charter voor herstelgerichte zorg”** of aanscherping van de Gedragscode voor hulpverleners.

Conclusie

De hierboven geschetste structurele manipulatieve tactieken ondermijnen de kern van wat geestelijke gezondheidszorg behoort te zijn. Patiënten worden hierdoor niet naar gezondheid en zelfredzaamheid geleid, maar verder in een afhankelijkheidspositie gedrukt – vaak met schending van hun wettelijke en mensenrechten als gevolg. Het is cruciaal dat overheid, toezichthouders en zorginstellingen gezamenlijk verantwoordelijkheid nemen om een cultuuromslag te bewerkstelligen. **Transparantie, verantwoordelijkheid en respect voor de patiënt moeten centraal komen te staan.** Alleen dan kunnen we spreken van een werkelijk menswaardige, herstelgerichte GGZ waarin macht niet langer wordt misbruikt, maar ten dienste staat van de cliënt.

Stichting De Kamer van Sociale Waarden verzoekt alle betrokken partijen om de in dit stuk genoemde aanbevelingen ter harte te nemen en zo nodig te verankeren in beleid en wetgeving. Wij zullen niet aarzelen misstanden onder de aandacht van toezichthouders en

publiek te blijven brengen totdat deze patronen doorbroken zijn. In het belang van duizenden cliënten in de geestelijke gezondheidszorg is *nu actie vereist*.

Namens Stichting De Kamer van Sociale Waarden,

Alexander Groenheide

Voorzitter Stichting De Kamer van Sociale Waarden

[1][3][5][7][6][8][4]

[1] [2] [3] [9] Uw rechten bij een vrijwillige opname in de ggz | Stichting PVP

<https://pvp.nl/vrijwillig/rechten-bij-vrijwillige-opname>

[4] Gezondheidsgegevens in een dossier | Autoriteit Persoonsgegevens

<https://www.autoriteitpersoonsgegevens.nl/themas/gezondheid/gezondheidsgegevens-in-een-dossier>

[5] [7] [10] publicaties.mensenrechten.nl

<https://publicaties.mensenrechten.nl/file/aec5ee90-3390-f4a2-8a39-2ae563484781.pdf>

[6] Beslissingsbekwaamheid? Met het VN-verdrag Handicap naar een onzekere toekomst - Tijdschrift voor Psychiatrie

https://www.tijdschriftvoorpsychiatrie.nl/en/artikelen/article/50-13039_Beslissingsbekwaamheid-Met-het-VN-verdrag-Handicap-naar-een-onzekere-toekomst

[8] [11] Hervorming van de Wet Patiëntenrechten: het woord is aan de patiënt | Domus Medica

<https://www.domusmedica.be/actueel/hervorming-van-de-wet-patientenrechten-het-woord-aan-de-patient>