

Het Eindhovens Model voor
Supported Decision Making
in crisissituaties
op het gebied van geestelijke gezondheid

Een variant op de procedure voor het
Wetsvoorstel Verplichte Zorg

Auteur: Ing. **Jolijn Santegoeds**, ervaringsdeskundige en mensenrechtenactivist
Actiegroep Tekeer tegen de isoleer! / **Stichting Mind Rights** www.mindrighs.nl
Giro: 2762217
Adres: Jolijn Santegoeds, Tellegenstraat 78, 5652 NT Eindhoven
Contact:: tekeertegendeisoleer@hotmail.com of telefoon: 06-47018432 of 040-2515342

Datum: 28 januari 2009 te Eindhoven

NOOT: Bij de totstandkoming van dit visiedocument is gepoogd een balans te vinden tussen tijd en kwaliteit. Enerzijds is gepoogd zo volledig mogelijk te zijn in de planvorming, anderzijds is ook de afsluiting van de consultatie in zicht (1 februari 2009). Omdat dit document waardevolle feedback bevat aangaande het wetsvoorstel is ervoor gekozen om dit visiedocument in deze vorm op te stellen.

1. Introductie

Dit plan is in de eerste maand van 2009 geschreven tijdens de consultatiefase van het wetsvoorstel Verplichte Zorg (vervanging wet BOPZ) door Jolijn Santegoeds, **ervaringsdeskundige inzake Dwang en Drang en mensenrechtenactivist** van Actiegroep Tekeer tegen de isoleer! / Stichting Mind Rights. Naar aanleiding van mijn eigen (negatieve en belastende) ervaringen met verschillende vormen van dwang (dwangopname, separatie, dwangmedicatie, fixatie, visitatie en andere inbreuken op mijn vrijheid) ben ik voorlichting vanuit cliëntenperspectief en protesten gaan organiseren (bijv. demonstraties, folderacties en workshops) om dwangtoepassing openlijk aan de kaak gaan stellen en verbetering van de zorg te stimuleren.

Daarnaast ben ik opgeleid als **M2-ingenieur** voor duurzame bedrijfsvoering. Dat wil zeggen: Ik heb een HBO-opleiding Milieugerichte Materiaaltechnologie (M2) gevolgd aan Avans Hogeschool Tilburg, faculteit techniek en management). Daarbij vormde KAM-zorg (Kwaliteit-, Arbo- en Milieuzorg) een studieonderdeel. Hierdoor heb ik kennis over o.a. kwaliteitsmanagement, het opstellen van procedures en ISO-normering (zoals ISO 9004 kwaliteit en ISO 14004 milieumanagement). Kwaliteitszorg in de technische omgeving omvat bijv. systemen mbt. kwaliteitseisen, procesbeheersing, productieparameters en procedures, kwaliteitscontrole, probleemsigalering en -oplossing, en ontwikkeling/verbetering van kwaliteit (klachtenonderzoek en R&D).

Ter illustratie: Voor een studieproject dat we in groepsverband zelfstandig hebben uitgevoerd (PGO: Probleem Gestuurd Onderwijs) hebben we eerst het productieproces van een dopjesfabrikant geanalyseerd. We signaleerden dat het omklappen van dopjes op de lopende band zorgde voor veel vertraging in het productieproces (dat kost dus geld). Onze taak was het bedenken van een oplossing om het omklappen van plastic dopjes op de lopende band te voorkomen. Daarbij vormde een ijzerdraadje een groot deel van de oplossing (minder omklappende dopjes) en via een sensor gekoppeld aan een automatische stop werd voorkomen dat de machine vastliep op omgeklapte dopjes (minder hersteltijd). De productie verliep hierdoor soepeler.

Sinds april 2008 ben ik op uitnodiging van het Ministerie van Justitie en VWS betrokken bij de consultatie (klankbordgroep) inzake het nieuwe wetsvoorstel Verplichte Zorg dat de wet BOPZ zal gaan vervangen. In eerdere reacties op de concept wet heb ik in 2008 de Manifesten 1 t/m 3 en diverse kortere papers en artikelen geschreven. (zie paragraaf 3.3)

Zowel vanuit het perspectief als ervaringsdeskundige (vanuit cliënten- en familieperspectief) en mensenrechtenactivist, als vanuit het perspectief van kwaliteitsmanagement heb ik in dit rapport mijn visie op het wetsvoorstel Verplichte Zorg uitgewerkt tot een eigen geoptimaliseerde model-procedure: **Het Eindhovens Model**.

In mijn woonplaats Eindhoven ben ik met diverse veldpartijen in overleg om een start te maken met de uitvoering van het model in Eindhoven dat in dit document beschreven is.

Het hierna beschreven plan over het Eindhovens Model past in de context van het nieuwe VN verdrag inzake de Rechten van personen met een belemmering, waarbij modellen voor ***Supported Decision Making*** (ondersteunde besluitvorming) de voorkeur krijgen boven dwang en plaatsvervangende besluitvorming (substitute decision making). Een connectie bij de World Health Organization (WHO) heeft een vertaling van de schetsen van dit Eindhovens Model reeds bekeken en aangegeven dat zij dit model interessant vindt in de context van Supported Decision Making. Meer informatie over “UN models on supported decision making”: <http://www.un.org/disabilities/default.asp?id=242>

1.2 Hoofdvraag en doelstellingen

Hoofdvraag voor mezelf: Hoe zou ik zelf zo'n beslissingsmodel vormgeven?

Deelvragen:

- Hoe wordt er recht gedaan aan cliënten en de omgeving?
- Hoe genereert men een situatie met maximale tevredenheid en overeenstemming, en minimale klachten?
- Wat sluit aan bij de wensen en behoeften van een persoon en zijn omgeving?
- Hoe komt men tot een goede probleemstelling bij een variabele zorgbehoefte?
- Hoe overziet men de complete situatie van de persoon het best?
- Hoe vindt men alternatieven? Waar liggen de kansen?
- Hoe kan men voortborduren op de persoonlijke karaktereigenschappen en de natuurlijke copingmechanismen van een persoon?
- Hoe komt men aan informatie en inzicht over de eigenschappen van de persoon in kwestie? Wie kan daarbij helpen?
- Hoe kan men met de hele keten van betrokkenen communiceren?
- Wat is erger, praten over taboes of vrijheidsbeneming en dwang?
- Hoe kan men voor cliënten meer veiligheid bieden, en deelname en informatieoverdracht stimuleren in de procedure?
- Op welke wijze kan men de overtuigingskracht van naastbetrokkenen met goede bedoelingen inzetten als bemiddeling?
- Welke mogelijkheden zijn er om de client beter te ondersteunen in het proces?
- Welke kwaliteitseisen kunnen er gesteld worden aan de beslissing en de deelonderwerpen?

Doelstelling en subdoelen

Een beslisprocedure met:

- maximale aandacht voor alternatieve oplossingen
- met maximale tevredenheid en overeenstemming, en minimale klachten bij alle betrokkenen,
- waarbij maximaal recht wordt gedaan aan cliënten en de omgeving,
- en maximaal aangesloten wordt bij de wensen en behoeften van een persoon en zijn omgeving
- met een goede probleemstelling bij een variabele zorgbehoefte
- een maximaal overzicht van de situatie van de persoon
- waarbij alternatieven en kansen gevonden kunnen worden
- kansen om voort te borduren op de persoonlijke karaktereigenschappen en de natuurlijke copingmechanismen van een persoon
- kansen om aan informatie en inzicht te komen over de eigenschappen van de persoon in kwestie
- met een maximale communicatie in de hele keten van betrokkenen
- met meer veiligheid voor cliënten en maximale deelname en informatieoverdracht van de client ten tijde van de procedure
- kansen om de overtuigingskracht van naastbetrokkenen met goede bedoelingen in te zetten als bemiddeling
- maximale mogelijkheden om de client beter te ondersteunen in het proces
- waarbij kwaliteitseisen gesteld (kunnen) worden aan de beslissing en de deelonderwerpen
- en waarbij aansluiting bestaat tov de uitgangspunten van de VN
- en waarbij aansluiting en optimalisering bestaat tov de conceptwet Verplichte Zorg.

2. Uitgangspunten

2.1 Uitgangspunten voor kwaliteit als Ingenieur

Definitie van kwaliteit: Geheel van kenmerken van een entiteit (product of dienst) dat betrekking heeft op het vermogen van die entiteit om kenbaar gemaakte en vanzelfsprekende behoeften te bevredigen van de directe en indirecte klant.

Bron [Nederlands Normalisatie Instituut](#)

Kwaliteitszorgsystemen worden in de technische omgeving voornamelijk gebruikt om te voldoen aan (wettelijke) vereisten, voor kennisoverdracht en het verschaffen van inzicht in de processen en voor kwaliteitsverbetering.

Kwaliteit van zorg kan men ook procesmatig benaderen, met de kanttekening dat GGZ-cliënten niet gegeneraliseerd kunnen worden vanwege de sociaal-maatschappelijke en psychologische aard van de GGZ-problematiek. Elke situatie, elk tijdstip en elke persoon is immers anders en uniek. Een individuele GGZ zorgbehoefte kan men dus niet standaardiseren (tot bijv. DBC's), want er zijn doorgaans grote verschillen tussen diverse crisissituaties, diagnoses, persoonlijke doelen en de benodigde middelen. De zorgbehoefte van een client is dus altijd een variabele factor die ook afhankelijk is van omgevingsfactoren. Dat vraagt om een zorgvuldige individuele zorgafstemming gericht op de **individuele zorgbehoefte**.

Kwaliteit is “het voldoen en bevredigen in behoeften” (zoals een individuele zorgbehoefte), maar ook het aspect “voldoening/bevrediging” dient te worden opgevat als een kwaliteitsaspect. Tevredenheidsmetingen onder betrokkenen zijn prestatie indicatoren.

Tevredenheid betekent een gevoel van voldoening: geen klachten.

(Afwezigheid van) Klachten zijn dus ook een prestatie indicator voor de dienstverlening.

Overeenstemming is een afgeleide van tevredenheid, en mag dus ook als een prestatie-indicator worden geïmplementeerd.

Het is belangrijk om **doelen voor kwaliteitsverbetering** te stellen, zoals bijvoorbeeld de uitdagingen uit de nieuwe VN-conventie (zie paragraaf 3.2). Door concrete doelstellingen stimuleert men bewustwording en een duidelijke ontwikkelingsrichting. In het licht van de beoogde cultuuromslag met de bijbehorende veranderingen in attitude geven doelstellingen richting, houvast en een mogelijk toetsingskader.

De uiteindelijke kwaliteitsdoelen van GGZ komen neer op zorg op maat, gericht op individuele behoeften en keuzevrijheid, waarbij specifieke knelpunten en zorgbehoeften naar tevredenheid, in overeenstemming en zonder klachten voor alle betrokkenen worden opgelost of voorkomen.

In de zorg staat de cliënt uiteraard centraal.

Deze doelstellingen voor kwaliteit van zorg staan in schril contrast met de actuele praktijk van dwangtoepassing in de GGZ, waarbij verzet en geweld, angst en paniek allerlei vormen van klachten veroorzaken, van persoonlijke psychische klachten, verzet en zelfs zorgvermijding en zelfhulpinitiatieven, tot aan protestbewegingen en beroepsprocedures bij het tuchtcollege.
--

2.2 Uitgangspunten voor kwaliteit van zorg als ervaringsdeskundige en mensenrechtenactivist

Meer informatie over Actiegroep Tekeer tegen de isoleer! / Stichting Mind Rights is te vinden op de website: www.mindrights.nl

En de internationale activiteiten staan beschreven op www.mindrights.org

Actuele ontwikkelingen worden beschreven en toegelicht op weblog: www.tekeertegendeisoleer.web-log.nl

2.2.1 Voorkomen van dwang

Dwangtoepassing kent vele ernstige nadelen en bijwerkingen en past niet binnen de kwaliteitsvisie van de zorg. (geen overeenstemming, maar verzet, dus geen optimale kwaliteit).

Over privé problemen, taboes en ongrijpbare dingen praten is vaak eng, maar wordt door Actiegroep Tekeer tegen de isoleer! als minder ingrijpend beschouwd dan opsluiting, dwangmedicatie en andere inbreuken die met (gewelddadige) overmacht worden gepleegd op de persoonlijke vrijheid.

Kansen om dwang te voorkomen liggen veelal in de sociale context van de persoon, en men dient deze kansen maximaal aan te spreken en te benutten.

Wij zijn voorstanders van **sociaal-maatschappelijke ketenbenadering** (geen zorg-eilandjes, maar een integrale samenwerking zoals de **triade van hulpverlener, client en familie**).

Vooraf in crisissituaties is het aantoonbaar kansrijk om de gehele keten (dwz. het sociale netwerk van de client) te betrekken, en direct te beginnen met het versterken van de triade (zie o.a. de conclusies uit de Dwang en Drang-projecten: meerwaarde van betrekken van familie)

Collegiale intervisie onder hulpverleners is eveneens erg belangrijk. Crisissituaties doen een enorm beroep op de creativiteit en flexibiliteit van hulpverleners, en persoonlijke gevoelens en tegengestelde belangen van verschillende partijen maken een goede oplossing van de crisissituatie extra moeilijk. Feedback, reflectie, evaluatie, uitwisseling van kennis en ideeën mbt bejegening en alternatieven zijn belangrijk voor de zorgkwaliteit.

Het theoretische zorgplan wordt onderworpen aan een onafhankelijke toets door een onafhankelijke psychiater, maar de leefsituatie van de client (het actueel functioneren van het eigen steunsysteem, of het functioneren van de verlengde arm van de behandelaar – in casu: de verpleegkundige(n)) wordt niet getoetst of ter discussie gesteld. En dat terwijl escalaties zeer vaak voortkomen uit verstoorde zorgrelaties of communicatieproblemen in de dagelijkse **leefsituatie**. Dwang is dus niet de beste oplossing. Men kan beter de bron proberen aan te pakken. Een goede integrale analyse van **knelpunten en kansen** mbt de zorg voor een client dient te gaan over de levenspraktijk van de client, met diens hele eigen netwerk en dus behalve direct betrokkenen zoals naasten en familieleden van de client, ook de huidige behandelaar en complementaire zorgrelaties van de client.

De bestaande zorgrelaties van de client horen in het Eindhovense model bij het netwerk. Immers, de hulpverleners hebben de escalatie niet kunnen voorkomen, hoewel zij al wel betrokken zijn bij de situatie. Het zou gepast zijn als de huidige zorgrelaties onderwerp van gesprek kunnen zijn, zodat men dus ook manco's in de zorgrelatie kan aanpakken om dwang te voorkomen (aanreiken van kennis en mogelijkheden, of zelfs verwijzing naar een andere behandelaar oid). Een collegiale bespreking mbt het functioneren van bestaande hulpverleningsrelaties wordt in het Eindhovens model geïmplementeerd. Doordat de

multidisciplinaire commissie o.a. uit zorgprofessionals bestaat zit in het Eindhovens model automatisch een stukje collegiale intervisie.

Vermaatschappelijking van de zorg staat nog steeds in de kinderschoenen, maar biedt zeer goede kansen voor dwangpreventie en minder ingrijpende interventies (bijv. voorkomen van dwangopname door (F)ACT) en doelgerichte knelpuntoplossing door specifieke ondersteuning op problematische levensgebieden. Dat is vaak efficiënter en effectiever dan het verbreken van de sociale samenhang door een (gedwongen) opname, wat vaak grote gevolgen heeft voor het leven van de client en zijn/haar omgeving.

Vermaatschappelijkte zorg die gericht is op het aanvullen van de levenspraktijk van de client is vaak effectiever dan klinische zorg, omdat vermaatschappelijkte zorg aansluit op de levensloop van de client, met maximaal respect voor zijn/haar levensstijl en identiteit. Ook is maatschappelijk zorg dichter bij de bron van de problemen is en dichter bij het doel van herstel, zelfontplooiing, zelfbeschikking en autonomie. (efficiency)

Professionalisering van de GGZ is een continue proces dat langs de weg van het voortschrijdend inzicht tot stand komt. Momenteel wordt dit proces gekenmerkt door aspecten als cultuuromslag, attitudeverandering en intensieve zorg, van beheersen naar voorkomen enz. Ook in de GGZ kan men kwaliteiten stimuleren door een **actief beleid** te voeren, waarbij **kwaliteitseisen** aan voorzieningen en aanvullende verpleegkundige vaardigheden worden gesteld. De Inspectie doet dit in haar rapport over het voorkomen van separatie van december 2008. Hierop borduren het Nederlands Instituut voor Psychiatrische Verpleegkunde en het COOV voort door een plan te ontwikkelen voor een intensive care opleiding voor verpleegkundigen op gesloten afdelingen (te voorzien in april 2009).

De bovenstaande uitgangspunten maken deel uit van een verandering in cultuur, bejegening en attitude ten aanzien van cliënten. Ik verwijs naar de **inspanningsverplichting** zoals omschreven in het nieuwe VN verdrag inzake de Rechten van Personen met een Belemmering, dat Nederland ondertekend heeft in februari 2008.

Deze inspanningsverplichting houdt in dat er werkelijke inspanningen worden geleverd op alle zorgniveaus om de kwaliteit van zorg op een kwalitatief niveau te brengen. Dat houdt in dat er geïnvesteerd wordt in de zorg, zowel in zorgkwaliteit als in zorgcapaciteit (wegwerken van de wachtlijsten ivm Recht op Best Beschikbare Zorg). Maar met name ook in de context van **de Rechten van mensen met belemmeringen**, zoals het versterken van de rechtspositie van mensen met psychiatrische problemen, met belangrijke thema's als **zelfbeschikking, keuzevrijheid (recht om te weigeren)** en vooral het scheppen van gelijkwaardige vrijheden zoals andere burgers. (integriteit van het lichaam, zelfbeschikking, juridische zeggenschap, bewegingsvrijheid enz.).

Op basis van deze uitgangspunten is het Eindhovens Model ontworpen

3 Relevante informatie

3.1 Het Wetsvoorstel Verplichte Zorg

De wet verplichte zorg gaat over de beslisprocedure inzake dwangtoepassing en gaat ervan uit dat dwang enkel wordt toegepast als *Ultimum Remedium*, en dat suggereert dat een gedwongen interventie altijd vooraf wordt gegaan door (pogingen tot) alternatieve interventies. In dit rapport wordt de term *Prima Remedia* gebruikt als verzamelnaam voor deze voorafgaande alternatieve interventies.

De nieuwe wet Verplichte Zorg omvat de beslisprocedure om de legaliteit van toepassing van het ultimatum remedium vooraf te toetsen en op die wijze **kwaliteit van besluiten** te waarborgen.

In tegenstelling tot de zorgbehoefte van een individu, kunnen procedures inzake besluitvorming wel gestandaardiseerd worden om tot een gedegen beslissing te komen die gelijkvormig wordt uitgevoerd in diverse situaties. De procedures omvatten dan de regelbare, organisatorische zorgkant zoals de levering van diensten waar een hulpverlener of een commissie mee te maken heeft of aan moet voldoen (bijv. protocollen).

Het wetsvoorstel Verplichte Zorg bevat enkele veranderingen tov de wet BOPZ, waarbij de meest belangrijke wijzigingen zijn:

- Verruiming van dwangmogelijkheden om **stepped care** met minder ingrijpende maatregelen mogelijk te maken. (zoals oa. ambulante dwangmedicatie)
- **Multidisciplinaire commissie** die de betrokkenen gaat horen en vervolgens een deskundig advies uitbrengt aan de rechter.

De concept-wettekst is te vinden op de website www.minjus.nl → wetgeving → forensische zorg en verplichte geestelijke gezondheidszorg. Daar is ook de mogelijkheid om te reageren op de conceptwetsvoorstellen tot 1 februari 2009.

3.2 Het VN-Verdrag inzake de Rechten van Personen met Beperkingen

Het VN-verdrag inzake de Rechten van personen met Beperkingen is te vinden op de website: www.un.org/disabilities → CRPD: *Convention on the Rights of Persons with Disabilities*.

De hoeksteen van VN verdragen wordt altijd gevormd door **gelijkwaardigheid en non-discriminatie**. Het recente VN verdrag inzake de rechten van personen met beperkingen is geen nieuwe aanvulling, maar een toelichting op bestaande mensenrechtenverdragen. De Verenigde Naties (VN) hanteert het uitgangspunt van gelijkheid tussen mensen.

3.2.1 Reikwijdte van het VN-Verdrag

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

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

langdurige fysieke, mentale, intellectuele of zintuiglijke problemen en beperkingen de doelgroep vormen, met daaraan vast een verbreding naar kortdurende problemen en beperkingen enz. De nadruk van het verdrag ligt bij de **wederzijdsheid van de beperking** (persoon in combinatie met attitude en omgeving), en bij de impact, de **levenskwaliteit en kansen**.

3.2.2 Hoofdpijnen: Principes en Rechten

In het VN verdrag inzake de rechten van personen met beperkingen verschuift de visie van een model gebaseerd op paternalisme naar een model gebaseerd op respect voor mensenrechten. Dat blijkt uit de tekst van **artikel 12 zelfbeschikking** (rechtuitoefening). Staten moeten erkennen dat personen met beperkingen rechtspersonen zijn op een gelijke basis met anderen. Wat dat betekent? Zelfbeschikking betekent bevoegdheid tot handelen, wat zowel inhoudt het recht om beslissingen te nemen, als ook een rechtspositie gelijk aan anderen in de samenleving. De beslissing om een medische behandeling wel of niet te accepteren of naar een ziekenhuis te gaan is een uitoefening van zelfbeschikking. Als iemand anders, bijvoorbeeld een dokter, gerechtshof of aangestelde vertegenwoordiger bij de wet is toegestaan om hun wil boven de jouwe te stellen, dan is dat een onthouding van het recht op zelfbeschikking op gelijke basis met anderen. Wetgeving m.b.t. gedwongen gezondheidszorg zijn schendingen van artikel 12. Bovendien, het hele systeem van voogdij, curatorschap en wilsonbekwaamheid is in strijd met artikel 12. Soms worden mensen onder toezicht gesteld (“ontoerekeningsvatbaar”) en de toezichthouder kan betrokkenen in een psychiatrisch ziekenhuis laten opnemen en onderwerpen aan gedwongen ECT en medicijnen. Maar in plaats van een vertegenwoordiger, dient er begeleiding aan de persoon aangeboden te worden als hij of zij daarvoor kiest, en de begeleiding dient de wil en voorkeuren van de persoon te respecteren. (artikel 12.4)

Artikel 17 geeft alle personen met beperkingen het recht op **respect voor fysieke en mentale integriteit** op gelijke basis met anderen. Is dit niet het recht dat andere mensen zonder beperkingen beschermd tegen ongewenste behandeling, gedwongen opsluiting of elke andere onwelkome interventie van hun lichaam en geest? Artikel 17 geeft deze rechten dus ook aan cliënten, bij de garantie van gelijkheid en non-discriminatie Gedwongen medicatie wordt hierdoor niet langer toelaatbaar, ofwel verboden.

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

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

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

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

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

3.2.3 Besef: Doelstellingen zijn een uitdaging

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

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

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

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

Aanvullende geraadpleegde bronnen:

- CRPD - Handbook for Parliamentarians - www.un.org/disabilities
- Supported Decision Making <http://www.un.org/disabilities/default.asp?id=242>
- WHO Resource book on mental health, human rights and legislation http://www.who.int/mental_health/policy/resource_book_MHLeg.pdf
- WNUSP – implementation manual CRPD www.wnusp.net of <http://www.mindfreedom.org/as/act/inter/wnusp/un-convention/view>

3.3 Voorgaande Manifesten als reactie op de wetsvoorstellen

In 2008 heb ik via verschillende manifesten en enkele papers namens Actiegroep Tekeer tegen de isoleer! / Stichting Mind Rights reeds een inhoudelijke reactie gegeven inzake zorgkwaliteit en dwangtoepassing, rechtspositie, de VN-visie en toekomst, Prima Remedia, en recent nog specifiek over jeugdvisitatie.

Hieronder volgt een kort overzicht van de belangrijkste elementen uit de manifesten en papers. (deze documenten zijn op te vragen via tekeertegendeisoleer@hotmail.com)

3.3.1 Opsluiting is geen zorg, zorg is compassie (22 april 2008)

Zorg draait om welzijn, om groei en geluk enz. Welzijn heeft voor iedereen een persoonlijke betekenis en vraagt een individuele uitwerking van verwachtingen, dromen enz. De GGZ is bedoeld om mensen te ondersteunen bij het vinden van persoonlijke wegen naar welzijn. Wanneer iemand problemen heeft in zijn/haar welzijn, kan het soms gebeuren dat iemand een gevaar voor zichzelf of anderen vormt, omdat hij/zij niet weet hoe om te gaan met allerlei gevoelens, situaties en emoties. In dat soort situaties kan momenteel dwang met geweld (fysieke overmacht) worden toegepast.

Maar principieel past dwang niet in de zorg; Je leert er niet van hoe je dan WEL met moeilijke emoties en gevoelens om zou kunnen gaan. Vaak werkt dwangtoepassing en geweld

zelfs averechts en leiden tot verdriet, angst, verzet, strijd, en een hopeloos gevoel van onveiligheid bij alle betrokkenen. Een dergelijke vertrouwensbreuk verstoort de zorgrelatie en ondermijnt daarmee de verdere hulpverlening en de toekomst. Een dwangmiddel is daarom vaak erger dan de kwaal.

Elke reactie heeft een oorzaak. Iedereen kan aangeven wat hij/zij wel en niet fijn vindt (zelfs baby's die niet kunnen praten). En nee is ook een antwoord. Elk gevoel is menselijk, en er bestaat niet zoiets als gek of ziek (dat heet: onbegrepen). Het gaat er juist om waarom iemand zo reageert en hoe daar beter mee omgegaan kan worden.

Zorg is geen conditionering, Zorg is compassie. Een hulpverlener wil zijn cliënten juist niet laten verkommeren, en ook niet ontwortelen of “breken”. Een echte hulpverlener wil juist iets verder kijken en de hoop niet opgeven. Vertrouwen is bovendien ook nodig om een wijze raad of tip ter harte te nemen. Contact en vertrouwen vormen dus de basis van de geestelijke gezondheidszorg. Er zijn dus vele redenen om de beleving van de cliënt serieus te nemen. **Iedereen heeft recht op zelfbeschikking**, zoals ook verwoord in het nieuwste VN-verdrag inzake de rechten van personen met belemmeringen en beperkingen. Het is daarom een ware uitdaging voor de GGZ om mensen te verleiden tot het gebruik maken van zorg, zeker als zij daar in eerste instantie geen vertrouwen in hebben. Het is dan de kunst om iemand de meerwaarde van zorg te laten inzien, zodat diegene zich toch uiteindelijk open wil stellen. Hulpverlening is erg persoonlijk en er moet sprake zijn van een klik om samen te kunnen praten over de diepere gevoelens. Vaak heeft de crisisdienst slechts hooguit een uurtje om te onderhandelen, waardoor er onterecht concessies moeten worden gedaan tov de zorgvuldigheid en het vertrouwen. Dat tijdsgebrek maakt de situatie vaak ingrijpender dan het werkelijk is. (Dat is onwerkbaar!). Breng de zorg daarom naar de cliënt (bijvoorbeeld thuis) en geef hem/haar de tijd, ipv binnen te vallen om een ingrijpende gedwongen opname te organiseren. Vermaatschappelijking is bovendien vaak dichterbij de bron van het probleem (triggers) en het doel van de hulpverlening (welzijn). Dat geeft een kans om werkelijk zorg te verlenen.

Handhaaf een onderscheid tussen de warme arm van de zorg, en de sterke arm van de wet! Dwang is geen zorg. Zorg is compassie. Vermaatschappelijking (ACT / bemoeizorg/ thuiszorg) zijn goede alternatieven om de ouderwetse dwangtoepassingen mee tegen te gaan.

3.3.2 Recht op zorg - Prima Remedia ipv het Ultimum Remedium (18 mei 2008)

“Het moet eerst misgaan, maar iedereen weet dat voorkomen beter is dan genezen.”

Goede geestelijke gezondheidszorg is te vaak onbereikbaar voor de cliënt (o..a. door wachtlijsten, complexe aanvraagprocedures enz.). Hulpverleners staan vaak ook met hun rug tegen de muur en zijn aan handen en voeten gebonden als het gaat om wat ze wel en niet mogen doen (doelgroepen, werkvelden, enz.) Zo kan het dat de zorg niet adequaat functioneert en vaak pas (te) laat in actie komt.

Iedereen heeft recht op goede zorg. Het nieuwe VN-verdrag inzake de rechten van personen met belemmeringen/beperkingen (door Nederland ondertekend in februari 2008) verplicht alle deelnemende staten om de “best beschikbare zorg te organiseren voor de hulpvragers”. Het bestaan van wachtlijsten werkt escalaties in de hand, en resulteert in een oneigenlijke, vertekende vraag naar acute crisisinterventies, vaak door “hard ingrijpen”.

Het toepassen van dwang als “ultimum remedium” is daardoor geen uiterste redmiddel, maar een afvoerputje van genegeerde hulpvragen en andere tekortkomingen in de zorgsector, zoals bijvoorbeeld separaties die vaak voortkomen uit personeelstekorten, waardoor er geen tijd is voor “High care/ Intensive Care”. (dat is tevens een erflast vanuit de historische repressie)

Een goed voorbeeld: In Noorwegen heeft men voor de behandeling van psychische aandoeningen een bijna even groot budget als voor medische zaken, omdat het redden van een leven nu eenmaal veel waard is.

De goede zorg moet toegankelijk en bereikbaar zijn en over voldoende kwaliteit en capaciteit beschikken, alvorens men legaal kan overgaan op een zogenaamd ultimum remedium. Dat houdt in dat er een recht is op **Prima Remedia ipv het Ultimum Remedium**. Bij Prima Remedia kan men denken aan **een recht op speciale zorg om dwang te voorkomen** (bijvoorbeeld zorg op een ongebruikelijke zorglocatie, thuiszorg, bemoeizorg, zorg gedurende wachtlijsten, zorg van specifieke hulpverleners, andere zorg op maat). Daarbij hoort ook een speciaal **geldpotje** waarmee men “zonodig” specifieke Prima Remedia kan financieren.

De ontwikkeling van **High Care/ Intensive Care en dwangpreventie, alsmede alternatieven voor dwang**, zijn rechtstreeks verbonden met de legaliteit van dwangtoepassing, en kunnen dus ook enkel in samenhang beschouwd worden. De Prima Remedia verdienen de voorkeur en dus ook de aandacht boven dwangtoepassing.

Het kader (de systeemgrenzen) van de wet inzake Verplichte Zorg is gebaseerd op een onhandige (en onwerkbare) splitsing tussen gedwongen en ongedwongen zorg. Daardoor zouden allerlei zorgkwaliteitsaspecten waaraan dwangtoepassing getoetst moet worden (zoals het recht op adequate vrijwillige zorg, het recht op Prima Remedia, de kwaliteit van dwangvoorzieningen enz.) in andere wetten geregeld moeten zijn. Dat is nu al ontzettend onoverzichtelijk, terwijl men beoogde een coherente wet te formuleren met meer zorgvuldigheid tav de client. De versnippering van de zorg moet worden tegengegaan.

3.3.3 Wat is recht? (16 juni 2008)

Het rechtssysteem is van origine bedoeld om via wijsheid rechtvaardigheid in te samenleving te verzekeren, maar is door de eeuwen heen steeds verder gematerialiseerd, hetgeen heeft geleid tot een afstandelijke wettenberg, die regels dikwijls boven mensen stelt. Velen lijden hieronder, zoals hulpverleners die op allerlei manieren worden beperkt in hun vak (werkterreinen, DBC-criteria enz.), maar vooral ook de clienten die bijv. nauwelijks van het klachtrecht gebruik kunnen maken inzake dwangtoepassing. Het gevaarscriterium blijkt immers vaak de dominante factor bij discussie over dwangtoepassing, waarbij “het gevoel van veiligheid” van de hulpverlener zwaarder weegt dan het gevoel van veiligheid van de client. (dat is krom).

“Dwangtoepassing geschiedt uit nood, dwz. als laatste redmiddel als men niets anders meer kan aanwenden, en een noodoplossing is nu eenmaal niet ideaal” en daarmee worden veel klachten ongegrond verklaard. En dat terwijl dwang enorm traumatisch en buitenproportioneel kan zijn.

De rechtspositie van clienten is werkelijk betreurenswaardig (geen klachtrecht, geen adequaat recht op bereikbare zorg enz.). Dit alles heeft voor mij persoonlijk geresulteerd in de oprichting van Actiegroep Tekeer tegen de isoleer! (2002) en Stichting Mind Rights (2006), om dwang in de GGZ en het gebrek aan recht aan de kaak te stellen. Ikzelf ben al bijna 15 jaar bezig om mijn klachten voor de rechter te laten komen, en het is een enorm zware weg om überhaupt een advocaat te vinden die bereid is. Maar ik wens te geloven dat het beter kan worden.

4. Het Eindhovens Model voor *Supported Decision Making*

4.1 Ontwikkeling van een Eindhovens model :

Nav de nieuwe wetsvoorstellen, het VN-verdrag en een aantal andere projecten met o.a. de werkgroep Dwang en Drang van de cliëntenorganisatie van de GGzE (Eindhoven), kreeg ik inspiratie voor het uitwerken van het plan voor een **gemeentelijk portaal inzake crisiszorg in Eindhoven**.

In/voor crisissituaties kan een ieder naar dit loket voor een aanvraag van informatie, advies of ondersteuning. Als het nodig is, gaan de commissieleden en het eigen netwerk om de tafel zitten om een verder plan te maken (op zoek naar onbenutte mogelijkheden).

Eerder heb ik al gesproken met Hans-Martin Don (wethouder van Eindhoven) en Van Hooff Projects (informatieportaal Verplichte Zorg - VWS). Ik heb inmiddels ook al contact hierover gehad met de cliëntenorganisatie van GGzE en Ruud Voncken van Zorgbelang/RCO (stadagenda) en ik heb contacten met inloopcentrum de Boei. Ook heeft de World Health Organization (WHO) dus interesse getoond. Er is duidelijk draagvlak voor de verdere ontwikkeling van het hier beschreven Eindhovens model.

4.2 Basis

Bij de ontwikkeling van dit Eindhovense model voor een crisisportaal ben ik o.a. geïnspireerd door de structuur van de EigenKrachtConferentie (zie www.eigen-kracht.nl) en mijn eigen en andermans ervaringen en inzichten inzake crisissituaties en dwangtoepassingen.

Ik zou zelf als startpunt voor de beslisprocedure van Verplichte Zorg nemen: **de crisissituatie** die zich voordoet (als deel van het stadsleven, dus WMO), en niet: het advies over mogelijke dwang (GGZ gerelateerd). In de praktijk is een dwangadvies enkel aan de orde in een crisissituatie, maar er zijn dan ook vaak (bijna altijd) nog **onbenutte kansen of mogelijkheden** (“prima remedia”). Om op vroege signalen te kunnen reageren, op tijd in gesprek te gaan en om dwangpreventie mogelijk te maken is het nodig om als startpunt de crisissituatie te nemen, anders zou de drempel naar het portaal in veel gevallen te hoog kunnen te zijn.

Het is ook belangrijk om de focus vooral op (maatschappelijke) kansen te leggen in plaats van op een hospitaliserende benadering. In een “crisissituatie” waarin de draagkracht van het eigen netwerk opdraakt is het belangrijk om specifiek te bepalen wat de knelpunten zijn (bijvoorbeeld extreem heftige problematiek (prikkel) of een gebrek aan bescherming). Het **goed en in overeenstemming met de client formuleren van het knelpunt cq probleem** kan bijdragen aan het vinden van de beste, minst ingrijpende oplossing (bijv. (F)ACT, en thuiszorg/gezinszorg, of toch opname enz.).

Noch het eigen netwerk, noch de voorgestelde adviescommissie uit de wet Verplichte Zorg kan het leven van een client geheel overzien, dus vandaar dat een **gezamenlijk overleg** onze voorkeur krijgt, waarbij de nadruk ligt op wat WEL mogelijk is, wat er wel goed gaat, zodat men kan ontdekken waar de kansen liggen.

Een integrale benadering van het leven van de client is van groot belang, en de beginselen van de **EigenKrachtConferentie** (met het sociale netwerk) vormen een goed uitgangspunt c.q. overleg-instrument, waarbij het eigen netwerk probeert een oplossing te vinden (handleiding voor de EigenKrachtConferentie is te vinden op www.eigen-kracht.nl en in de bijlage).

Echter, aangezien een besluit omtrent dwangtoepassing toch een zeer gevoelige zaak is, waarbij het moeilijk is om met alle betrokkenen op een lijn te komen, zou ik de voorgestelde **commissie** Verplichte Zorg daarvoor ombuigen naar een **professionele gesprekleider** voor

deskundige crisisadvisering binnen het Eindhovens model dat afgeleid is van de EigenKrachtConferentie (EKC). Een belangrijk verschil tussen de EigenKrachtConferentie en het Eindhovens Model is dat er bij het Eindhovens Model ook hulpverleners betrokken zijn. (Zie ook de procedure op pagina 14)

Het sociale netwerk kent doorgaans de **persoonlijke copingmechanismen** van de client, terwijl de hulpverleners meer zicht hebben op **de wetenschappelijke, professionele zorgkant en algemene herstel mogelijkheden**. In een goed kringgesprek met het sociale netwerk zullen diverse factoren van het leven van de client aan het licht komen. De gebundelde kennis biedt naar verwachting werkelijk goede kansen voor de client, die wellicht beter begrepen zal gaan worden. Onbegrip is immers funest voor de zorgrelatie. Dit onderstreept uiteraard ook de meerwaarde van het betrekken van **ervaringsdeskundigen** in het gesprek.

De **crisiskaart** is daarbij ook weer een waardevol instrument. Op een crisiskaart kan dan bijv. aangegeven worden wie men bij de crisis-conferentie zou willen hebben, of in welke richting men oplossingen kan zoeken en wat men absoluut niet wil. Ook de signalen uit een **signaleringsplan** zouden beter kunnen worden opgespoord via een gezamenlijk kringgesprek met het eigen netwerk (EKC) onder deskundige leiding (van bijv. de commissie).

4.3 Ondersteuning

In Eindhoven hoop ik de EigenKrachtConferentie en het Eindhovens Model in verschillende varianten in te kunnen voeren, alsmede de mogelijkheid voor **thuiszorg en bemoeizorg (FACT en ACT)**.

Ook kan er via dit portaal - **zonodig- extra ondersteuning (High Care)** op afroep voor zorginstellingen in de stad worden geregeld (bijvoorbeeld om werkdruk-separaties te voorkomen). Het is dus ook een soort uitzendorgaan voor (mobiele, ambulante) hulpverleners. Dat heeft bijv. als voordeel dat je in een acute crisis direct een hulpverlener mee kan krijgen naar de crisislocatie, die kan het zorgcontact dan dus zonder haast en tijdsdruk direct beginnen, met aandacht voor communicatie en vertrouwen. Dat is een voorbeeld van vermaatschappelijking van de klassieke klinische zorg naar integrale zorg voor de volksgezondheid.

Het Eindhovens Model omvat dus een soort maatschappelijk crisis-loket, waar men bij crisissituaties terecht kan voor informatie, advies, ondersteuning enz. Dit model gaat dus veel verder dan het beoordelen van wel/geen dwang, maar kan gaan over oplossingen voor allerlei persoonlijke crisissituaties in een stad (daarom WMO).

Het Eindhovens Model is een **laagdrempelige overlegvorm met alle betrokkenen** die we willen inzetten voor integraal overleg bij crisissituaties, onder deskundige leiding van de voorgestelde Commissie. De Eindhovens Model Conferentie vindt plaats in een speciale faciliteit, voorlopige werknaam: “de Centrale”.

4.4 Procedure

Zoals gezegd biedt het gezamenlijke betrekken van het netwerk van de client, met familie, naastbetrokkenen en bestaande zorgrelaties (triade) belangrijke kansen om **alternatieve interventies te bedenken, en om afglijden te voorkomen**.

Hierbij is een belangrijke rol weggelegd voor het eigen netwerk, zoals naasten en familie, omdat zij de client en zijn/haar natuurlijke copingmechanismen vaak het beste kennen. Met dergelijke informatie (bijvoorbeeld hoe diegene doorgaans met spanning omgaat enz.) komt

men meestal een stapje verder op weg naar alternatieven voor dwang, compromissen en vrijwilligheid.

Dit Eindhovens model gaat uit van **gezamenlijk overleg dat aansluit bij de leefsituatie van de client** (dwz met het eigen netwerk van de client, vaak bestaande uit familie, naastbetrokkenen, actuele hulpverleners enz, onder leiding van een professionele multidisciplinaire commissie).

Hier volgt een stappenplan van de procedure.

Op de volgende pagina (p.14) staat een procedure schema.

Uitgangspunt:

Er ontstaat een situatie waarbij een zorgbehoefte in het spel is.

Er is dus “een probleem/ crisis/ noodzaak enz.”.

Stappenplan:

1. **Signaleren van de situatie**

Signaleren gebeurt vaak door familie, naastbetrokkenen, behandelaars, derden enz.

2. **Actie: aanmelden bij “de Centrale”**

De aanmelding kan gedaan worden door familie, naastbetrokkenen, behandelaars, mogelijk ook door derden zoals politie enz.

3. **Bijeenbrengen van het netwerk en bespreken van mogelijke oplossingen.**

Een goed gesprek met alle betrokkenen onder leiding van een deskundige multidisciplinaire commissie.

4. **Zonder vrijwillige oplossing volgt: Beraad**

Daarbij wordt onderzoek gedaan naar de relatie tussen de crisissituatie en de geestesvermogens van de client (diagnose en behandelplan), en ook mogelijkheden de minst ingrijpende oplossing wordt gezocht en onderzocht, zowel door de commissie alsook door andere betrokkenen.

5. **Concept-adviesbespreking**

Daarbij worden de uitkomsten van het beraad besproken en is er eventueel de mogelijkheid tot bijstelling van het conceptadvies.

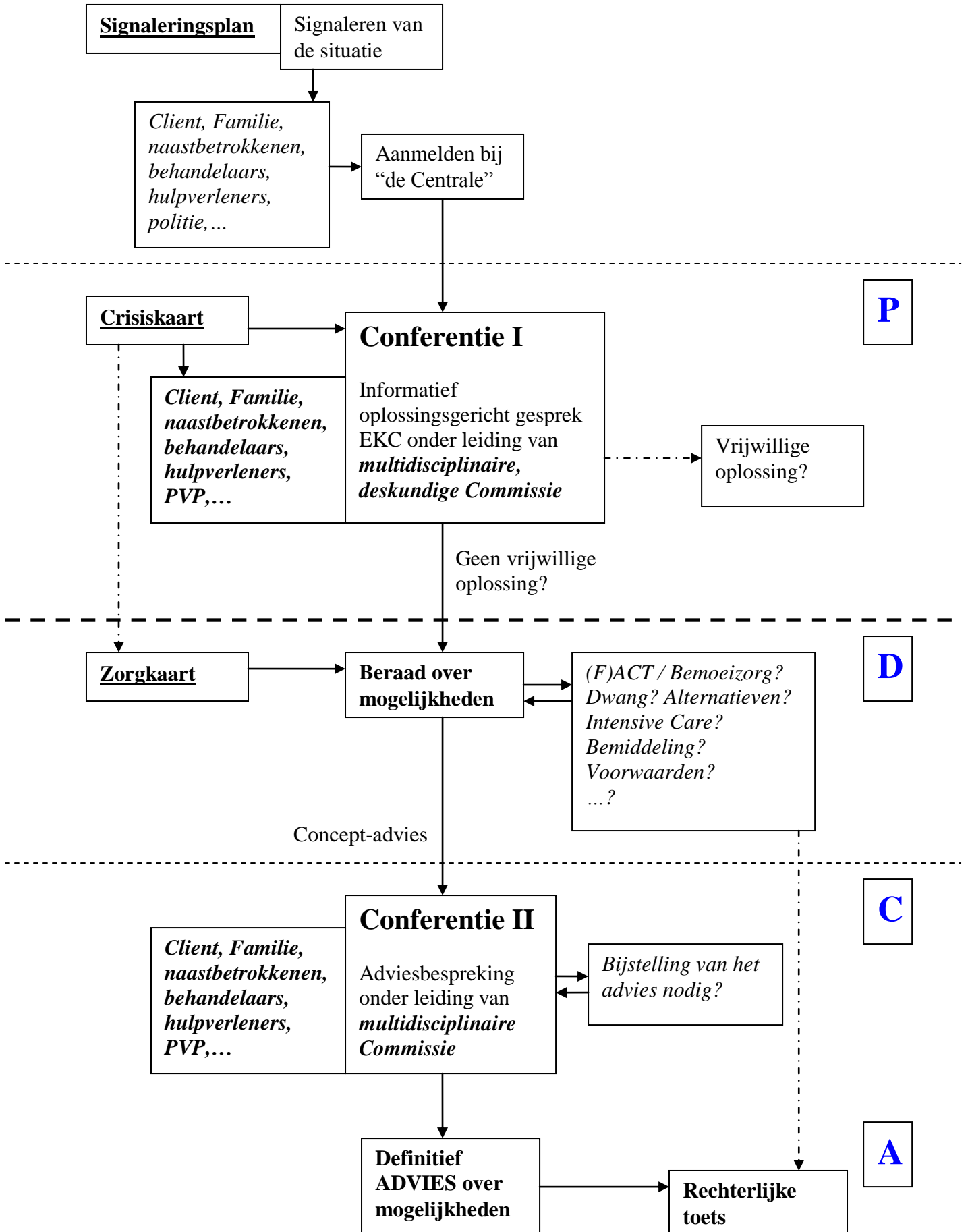
6. **Definitief advies**

Aan het eind van de tweede zitting is er dan een definitief advies, met een maximaal draagvlak onder de aanwezigen.

7. **Rechterlijke toets**

Het advies zal door de aanwezige rechter en advocaat getoetst moeten worden vooraleer het ten uitvoer kan worden gebracht.

Op de volgende pagina volgt een procedure schema dat op de volgende pagina's nog verder toegelicht zal worden.



4.6 Het Eindhovens model in relatie tot het Conceptwetsvoorstel Verplichte Zorg

In vergelijking tot het Wetsvoorstel Verplichte Zorg bevat het Eindhovens model een aantal bijzondere, goed doordachte zaken.

a. De procedure correspondeert met de Deming-cirkel Plan-Do-Check-Act (P-D-C-A)

Dat is een kwaliteitskenmerk.

b. Het Eindhovens model bevat een aansluiting tussen vrijwillige en onvrijwillige zorg.

c. Het betrekken van het gehele netwerk als conferentieleden in de eerste sessie.

Men moet altijd eerst goed analyseren wat het probleem is, want elke situatie is anders. Soms komen problemen voort uit financiële problemen of onzekerheden, medicijnvoorschriften, of botert het niet met de behandelaar en verloopt de zorgrelatie stroef. Dan is dwang niet de beste oplossing, maar kan men beter de bron aanpakken. De actueel bestaande zorgrelaties in het steunsysteem van de client behoren in het Eindhovense model tot het netwerk. Immers, de hulpverleners hebben de escalatie niet kunnen voorkomen. Doordat de multidisciplinaire commissie uit professionals bestaat zit hierin automatisch een stukje collegiale intervisie. Men kan dus ook manco's in de zorgrelatie aanpakken om dwang te voorkomen. En confrontaties worden als verhelderend beschouwd.

d. De fasering van de besluitvorming is anders.

Er komt eerst een "veilige" informatieve en bemiddelende bijeenkomst (*mediation*), om het knelpunt te signaleren en te kijken hoe dat opgelost kan worden. Daarbij kan niet direct overgegaan worden op dwangtoepassing (dat kan pas na de tweede zitting). De client en zijn netwerk hebben in de eerste ronde de kans om ook zelf hun ideeën en oplossingen te geven. De leefsituatie is doorslaggevend.

Als het niet lukt om gezamenlijk een oplossing te bedenken, gaat men verder met een **beraad**. Dan kan men specifiek de relatie tussen het knelpunt en de geestesvermogens onderzoeken (en een behandelplan maken enz.), alsook de plaatsingsmogelijkheden onderzoeken, en het netwerk kan ook nog extra bemiddelen met de client enz. De commissie stelt in deze fase een **concept-advies** op, maar ook het eigen netwerk en de client zelf zijn vrij om een concept-oplossing aan te dragen.

In het tweede deel volgt de juridische zitting (met advocaat en rechter aanwezig), als een client het niet aandurft, of niet wil deelnemen aan een bijeenkomst waarbij hij misschien "veroordeeld wordt tot opname oid" Dan kan hij/zij verstek laten gaan, maar dat gaat dan niet ten koste van de informatieuitwisseling, die immers in het eerste veilige deel is besproken. In dit tweede deel wordt het advies niet enkel juridisch getoetst, maar het concept-advies wordt **door alle aanwezigen getoetst en zonodig bijgesteld** tot er een optimale balans is gevonden tussen de zorgbehoefte en maximale tevredenheid. De client krijgt zoveel mogelijk inspraak.

e. Bijzonderheden vanuit cliëntenperspectief

De kans om een afwijkende mening te hebben (in het eerste deel) zonder direct gestraft te worden voor hetgeen verteld is, geeft een **gevoel van regie, erkenning en eigenwaarde** en biedt daarom een extra kans om de hulpverleningsrelatie goed te houden. (NB het belang van behoud van contact is evident).

Ook het gevoel dat een client "nog kan ontsnappen aan de veroordeling" en werkelijk iets te winnen heeft, zal vermoedelijk bijdragen aan **meer informatie en betere communicatie** (de client kan ervoor kiezen om te spuien en weg te lopen, en zich door die wetenschap wellicht sterker voelen en wat opener opstellen). De geboden ruimte getuigt immers van goede

bedoelingen van het netwerk (**minder aanvallend**). Dat biedt dus ook een kans voor behoud van vertrouwen en de verdere hulpverlening.

In de eerste ronde kan de (weigerende) client **de algemene sfeer een beetje inschatten** en zich –zonodig- beter voorbereiden op de tweede zitting. Bovendien hangt het oordeel in een dergelijke gefaseerde besluitvorming **minder van een momentopname** af, en kan er tijd worden vrijgemaakt voor specifiek en afgesproken **onderzoek** (beraadfase).

De client kan in de tweede zitting aanvullingen doen op eerdere uitspraken of terugkomen op zijn mening. Kortom, er is sprake van **een tweede kans**.

4.7 Samenstelling van de Commissie

De samenstelling van de Commissie Eindhoven kan aansluiten bij het voorstel uit de wet verplichte zorg. Echter er zijn wellicht nog kansrijkere mogelijkheden die we in het Eindhovens Model uit zouden willen proberen. Een ervaringsdeskundige is eigenlijk onmisbaar voor een deskundig advies, en die zal in het Eindhovens model dus ook toegevoegd worden aan de commissie.

In het Eindhovens Model krijgt de **cliënt om wie het gaat in principe zoveel mogelijk zeggenschap over de samenstelling van de uiteindelijke conferenties (beide delen)**. Hij/zij kan daartoe personen uit zijn/haar netwerk aanwijzen c.q. uitnodigen, of weigeren, en kan, indien mogelijk, ook een voorkeur aangeven voor de samenstelling van de commissie (binnen de marge van het aanbod). Indien de cliënt geen keuze wil of kan maken zal er zoveel mogelijk democratisch een keuze gemaakt worden door het netwerk en de commissie (afhankelijk van de aard van de situatie). **NB Supported Decision Making krijgt de voorkeur boven Substitute Decision Making.**

Een **crisiskaart** kan ook informatie bevatten over de gewenste samenstelling van de conferentie en dient zoveel mogelijk te worden gevolgd (NB. inspanningsverplichting)

De gewenste samenstelling van de commissie als gespreksleider in het Eindhovense Model is gebaseerd op de commissie uit het wetsvoorstel Verplichte Zorg en bestaat uit:

1. **Psychiater:** voor onafhankelijke toets van diagnose en behandelplan
2. **Jurist:** voor juridische context en rechtsbescherming (PVP, advocaat enz.)
3. **SPV (Sociaal psychiatrisch verpleegkundige):** voor intervisie van de bejegening en zorgrelatie in de leefsituatie
4. **Ervaringsdeskundige:** voor bijdragen vanuit het cliëntenperspectief (oa begripsvergroting, bij voorkeur gespecialiseerd in de besproken problematiek)
5. **Aanvullende deskundigheid afhankelijk van het zwaartepunt van de conferentie** evt. deskundige inzake familieperspectief bij ambulante zorg of een aanvullende specialist bijvoorbeeld bij verslaving)

NB. Wij verwerpen het voorstel dat een SPV het cliënten en familieperspectief overneemt (zoals op P10 van de memorie van toelichting). Er hoort sowieso een ervaringsdeskundige in de commissie (met duidelijk cliëntenperspectief). En een verpleegkundige (voor intervisie).

Overige aanwezigen (bij voorkeur 5 tot 8 personen)

6. De client in kwestie
7. Familieleden (bij voorkeur 2 of 3)
8. Naastbetrokkenen (bij voorkeur 2 of 3)
9. - Huidige behandelaar
10. - Huidige hulpverlener (bij voorkeur 1 of 2)
11. - PVP of vertrouwenspersoon

Ervaringen uit de EigenKrachtConferentie tonen aan dat een dergelijk kringgesprek met ongeveer maximaal 13 personen kan plaatsvinden. Er zouden minimaal 5 mensen uit het eigen netwerk (client + 4) aanwezig moeten zijn om van een werkelijke netwerkconferentie te spreken. Per situatie kan bekeken worden wat wijs is. De praktijk zal het ons leren.

Vertegenwoordiging van de client kan alleen als de vertegenwoordiger door de client is aangewezen, anders krijgt bemiddelende besluitvorming in een netwerkconferentie onder leiding van een deskundige commissie onze voorkeur. (*Supported Decision Making* boven *Substitute Decision Making*)

4.8 Toepassingen van het Eindhoven Model

Het Eindhovens Model kan **in crisissituaties** worden ingezet (vooral in minder acute situaties), maar is ook erg geschikt voor evaluaties en de beëindiging van dwangtoepassingen..

Bij een **evaluatie-conferentie** zal de effectiviteit en de eventuele noodzaak voor vervolg van de maatregelen worden besproken en getoetst. Ook is er vanzelfsprekend aandacht voor de wederkerigheid en het realiseren van de voorwaarden voor beëindiging.

Bij een **beëindigings-conferentie** worden de aspecten van beëindiging van de maatregel(en) besproken, met eventueel aanvullende voorwaarden, een signaleringsplan of crisiskaart. Zeker bij beëindiging van een machtiging is het belangrijk dat het steunsysteem van een client goed op de hoogte is van afspraken en signalen, om **continuïteit van successen** mogelijk te maken.

In een beëindigings-conferentie kan men het steunsysteem in de leefsituatie van de client integraal afstemmen op de situatie. Bepaalde vormen van **wederkerigheid en veel van de gesuggereerde voorwaarden voor ontslag** (beschikken over woonruimte, identiteitspapieren, verzekering, inkomen enz.) zijn ook afhankelijk van diverse veldpartijen. (woningcorporaties, aanvraagprocedures, beschikbaarheid van ambulante zorg en ondersteuning, bereidheid van het eigen netwerk enz.) Het is erg belangrijk om te analyseren welke van deze voorwaarden toelaatbaar en proportioneel zijn. En hoe men anders met dit soort zaken zou omgaan.

NB. Ik ben zelf zonder woonruimte vertrokken uit de GGZ. Dat **recht** had ik en dat is goed geweest. Mijn netwerk vond mijn vertrek aanvankelijk onverstandig, echter ik heb laten zien dat ik me kon redden en ik ben blij dat ik die kans heb gehad. Ik ben immers ver gekomen. (in dit voorbeeld zou de beschikbaarheid van bijvoorbeeld FACTzorg of nachtopvang een verschil kunnen maken in de beoordeling van de noodzaak om gedwongen in de GGZ te verblijven)

Het belang van een **integrale benadering** is al meermalen onderstreept..

De taak van een jurist en ervaringsdeskundige (en eigenlijk de hele commissie) zal mogelijk vaak inhouden dat zij **weerstand bieden aan voorstellen om dwang** toe te passen, zodat het netwerk wordt gestimuleerd om **andere oplossingen** te bedenken. Dat is allemaal winst ten opzichte van de huidige situatie, waar communicatie vaak niet zo direct verloopt (met alle gevolgen van dien).

Ook wordt de mogelijkheid van een **klachten-conferentie** onderzocht (zie ook paragraaf 6.2)

5. Wat is nodig voor uitvoering van dit Eindhovens Model voor *Supported Decision Making*?

De nu volgende onderdelen zijn nog niet geheel uitgewerkt, vanwege het conceptstadium.

5.1 Benodigde faciliteiten voor het opzetten van een Maatschappelijke GGZ-Centrale in Eindhoven

1. **EKC- gespreksruimte**
2. extra ruimte ivm (kortdurend) beraad
3. administratie (opslag data, crisiskaart, zorgkaart, aanvragen, evaluaties enz.)
4. **ACT/FACT-centrale** (signalering en “prima remedia”)
5. **SPOR-Ruimte** (Spoedeisende Psychiatrische OnderzoeksRuimte, in plaats van politiecel)

Organisatie

Dit document “Het Eindhovens Model voor *Supported Decision Making*” dient als visiedocument, waarmee verschillende belanghebbende partijen zullen worden benaderd.

De onderstaande lijst bevat een voorlopig overzicht van **betrokken partijen** die reeds geraadpleegd en geïnformeerd zijn in dit planvormende stadium

- Clientenorganisatie GGzE en RCO/Zorgbelang, en inloopcentrum De Boei
- Gemeente Eindhoven (via wethouder HM Don)
- Pilotprogramma Commissie Verplichte Zorg (Ministerie van Justitie)
- Van Hooff Projects inzake informatieportaal Verplichte Zorg (in opdracht van VWS)

Overige informatiebronnen en contacten:

- Gemeentelijke relevante voorzieningen: Politie, crisisdienst enzovoorts
- Wereldgezondheidsorganisatie en VN-Verdrag inzake de Rechten van personen met Beperkingen <http://www.un.org/disabilities>
- Handboek FACT, ISBN: 9 789 058 981 356 (Remmers van Veldhuizen e.a.)
- SPOR Amsterdam
- EigenKrachtConferentie (www.eigen-kracht.nl)
- Fontys HBO-opleiding Eindhoven (o.a. SPV en CMV en Fontys Actief voor maatschappelijke beroepsinnovatie en kennisontwikkeling www.fontys.nl/actief)
- Derde Evaluatie BOPZ
- Diverse personen met specifieke kennis.

Een gedetailleerder plan van aanpak zal op korte termijn worden uitgewerkt, met daarin oa een overzicht van taken, planning, verwachting van de kosten en organisatiestructuur. Het Plan van Aanpak zal zoveel mogelijk in samenspraak met betrokken partijen worden opgesteld.

Belangrijke aandachtspunten voor het Plan van Aanpak:

- Organisatiestructuur (partijen en rolverdeling)
- Monitoring van resultaten
- Kosten
- Planning/ tijdsbestek

5.2 Verwachtingen en uitgangspunten

Wij verwachten met de opzet van het Eindhovens Model de communicatie en besluitvorming inzake zorg (z)onder dwang te verbeteren en daarmee een dwangreductie te bewerkstelligen.

De client krijgt zoveel mogelijk inspraak.

Deze GGZ-centrale gaat over serieuze problemen.

In een acute crisis (bijv. client op de SPOR) dient er uiterlijk binnen 24 uur een crisis-conferentie opgezet te worden. Wij verwachten dat het sociaal netwerk de centrale qua noodzaak gelijk stelt aan een medische Intensive Care, en dat de naastbetrokkenen dus voorrang geven aan het meedoen aan dit soort noodzakelijke spoed-overleggen (ipv andere werkzaamheden).

De commissie zal naar verwachting full-time kunnen werken (evt rolatie-systeem), waarbij in het Eindhovense model dus ook “vrijwillige verzoeken” aan de orde kunnen zijn. Dit heeft als voordeel dat de commissie de juiste “feeling” behoudt tov vrijwilligheid, omdat zij daar ook mee in aanraking blijven komen.

6. Kwaliteitsborging

6.1 Risicofactoren voor de succesvolle ontwikkeling van het Eindhovens Model

Belangrijke risicofactoren:

- Gebrek aan draagvlak
- Onduidelijkheid over effectiviteit
- Traagheid van de praktijk
- Problemen door kosten en financiering

Belangrijke aandachtspunten voor succes:

- Feedback en reflectie vanuit netwerk (draagvlak en netwerk optimaliseren)
- Monitoring van resultaten
- Planning/ tijdsbestek
- Kosten en financiering
- Individuele rechtspositie van de client

6.2 Recht en toezicht

Zoals bekend is de rechtsbescherming van cliënten niet afdoende geregeld. Het kwaliteitstoezicht is verre van optimaal, zowel mbt individuele situaties als op het vlak van structurele kwaliteitsbewaking. De Inspectie (IGZ) is onvoldoende uitgerust om adequaat toe te zien op de kwaliteit van zorg, en ook de PVP ontbreekt het vaak aan mogelijkheden. Klachten over een gedwongen behandeling worden te vaak niet serieus genomen, omdat “een noodoplossing nu eenmaal niet ideaal is”. De ervaring leert dat klachten in de actuele praktijk vaak nauwelijks onderzocht en besproken worden (NB verzet IS een klacht).

6.2.1 Verzekeren van de kwaliteit van zorg en interventies

Idealiter worden klachten opgepikt, besproken en opgelost.

* In principe zou het Eindhovens Model mogelijk ook geschikt kunnen zijn als de client een klacht wil indienen over een mogelijk onterecht besluit over een interventie. Dat zou een laagdrempelige procedure kunnen zijn.

De client mag de samenstelling van de klachten-conferentie bepalen (netwerk en commissie). De client kan dan eventueel alle verantwoordelijken (de conferentieleden) aanspreken op hetgeen gebeurt is door de conferentie terug te roepen (*Mediation*). Maar hij/zij kan ook andere personen uitnodigen omdat hij/zij daar bijvoorbeeld meer vertrouwen in heeft. (*Alternatieven*).

Een extra conferentie kan leiden tot heroverweging en een vrijwillige oplossing.

Als dat niet werkt zal de rechter een uitspraak doen.

De mogelijkheden voor klachten-conferenties zijn niet verder uitgewerkt en zullen nog nader bekeken gaan worden.

Uit de praktijk blijkt dat het openbaar maken van klachten (bijvoorbeeld via de media) vaak effectiever is dan de interne klachtenprocedures van een zorgaanbieder.

Een openbaar meldpunt voor dwangtoepassingen en klachten lijkt ons daarom effectief. Er zijn plannen dat de PVP en/of de Inspectie een dergelijk meldpunt zouden kunnen beheren, en daar adequate conclusies aan verbinden. Dat idee steunen wij.

* Mogelijk wordt er in het Eindhovens Model ook een dergelijke voorziening uitgewerkt of aangesloten.

In een breder perspectief kan men ook wettelijke **kwaliteitseisen** stellen aan de voorzieningen en diensten.

De volgende kwaliteitsaspecten kunnen **wellicht in multidisciplinair overleg (hulpverleners, cliënten- en familie-organisaties enz.) opgesteld worden en per AMVB** geregeld worden en toegevoegd worden aan de wet Verplichte Zorg om meer kwaliteitsbeheersing te bewerkstelligen:

- Kwaliteiten van hulpverleners (met het oog op de aankomende GGZ/IC-opleiding)
- Bezettingsgraad van verpleegkundig personeel (High Care, 1 op 1?)
- Begrenzing van dwangtoepassing
 - Geen jeugdvisitatie
 - Geen separatie van 12-
 - Geen fixatie
 - Formuleren van randvoorwaarden en “uitgangspunten voor de separeer”: contactmogelijkheden presentieverplichting, inrichting van de ruimte (raam, wc, camera's)

De kwaliteitseisen dienen geformuleerd te zijn, immers werkdruk-separaties zijn niet legitiem, net zomin als separatie van een 6 jarige, of visitatie van een meisje van 12. Of het vastbinden van een zwangere vrouw. Er zijn talloze situaties te bedenken die werkelijk niet acceptabel zijn (in strijd met normen en waarden en mensenrechten).

Om kwaliteit in de uitvoering te verzekeren (en pijnlijke misverstanden te voorkomen) dient men duidelijkheid te geven over het toelaatbare, en daarom dienen de aanvullende kwaliteitseisen gesteld te worden.

Er zijn inmiddels veel voortschrijdende inzichten en goede praktijken te vinden door heel het land, waarbij dwangtoepassing in grote mate verdwenen is (o.a. Siependaal in Tiel, de Bascule in Amsterdam). De mogelijkheden om dwang te voorkomen blijken ook afhankelijk te zijn van de **bouw en infrastructuur** (bijvoorbeeld een open verpleegbalie en geen kantoor-aquarium). Vanwege het recht op Best Beschikbare Zorg dienen deze goede praktijken uitgebreid te worden naar de rest van het land.

De kennis is er, nu de verspreiding nog.

6.2.2 Verzekeren van de kwaliteit van het Eindhovens Model

Kwaliteit van dienstverlening hangt samen met tevredenheid van alle betrokkenen.

De volgende elementen kunnen worden ingezet om de tevredenheid van de deelnemers te onderzoeken en te meten

- Na elke conferentie wordt gevraagd of de deelnemers een **evaluatie-formulier** willen invullen mbt hun beleving, verwachtingen, tips enz.
- Er zal ook specifiek worden gevraagd naar de beleving van verschillen mbt de oude procedures, en of men het Eindhovense Model als een vooruitgang ervaart, en waarom wel/niet?.
- **Ideeënbus en klachtenmogelijkheid** opstellen voor het Eindhovens Model

Tot zover dit rapport.
Einde (wordt vervolgd)