

Het Eindhovens Model voor
Supported Decision Making
Eigen Kracht-conferenties 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
Rekeningnummer (ING): 2762217
Adres: Jolijn Santegoeds, Tellegenstraat 78, 5652 NT Eindhoven
Contact:: tekeertegendeisoleer@hotmail.com of telefoon: 06-47018432 of 040-2515342

Herziene versie (v2) oktober2010 i.s.m. de Eigen Kracht *Centrale* (www.eigen-kracht.nl)

1. Introductie

De eerste versie van 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. De tweede (voorliggende) versie werd in oktober 2010 gemaakt, naar aanleiding van een overleg met de Eigen Kracht Centrale.

De inspiratie om dit plan te gaan maken ligt in de eigen (negatieve en belastende) ervaringen van Jolijn Santegoeds met verschillende vormen van dwang (dwangopname, separatie, dwangmedicatie, fixatie, visitatie en andere inbreuken op haar vrijheid) is zij 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.

Jolijn Santegoeds is opgeleid als **M2-ingenieur** voor duurzame bedrijfsvoering. Zij heeft 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 heeft zij 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 ondermeer systemen met betrekking tot kwaliteitseisen, procesbeheersing, productieparameters en procedures, kwaliteitscontrole, probleemsignalering en -oplossing, en ontwikkeling/verbetering van kwaliteit (klachtenonderzoek en R&D).

Sinds april 2008 is Jolijn Santegoeds 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 heeft zij in 2008 de Manifesten 1 tot en met 3 en diverse kortere papers en artikelen geschreven met daarin haar visie op het wetsvoorstel. (zie paragraaf 3.3). In 2009 is dit gevolgd door de eerste schetsen en visieontwikkeling van het Eindhovens Model, en een uitgebreide juridisch-technische vergelijking van het VN-verdrag en het wetsvoorstel Verplichte GGZ in Manifest 4. In september 2010 is een politieke analyse gemaakt in Manifest 5 Dwang is geen oplossing maar een probleem.

Zowel vanuit het perspectief als ervaringsdeskundige (vanuit cliënten- en familieperspectief) en mensenrechtenactivist, als vanuit het perspectief van kwaliteitsmanagement heeft Jolijn Santegoeds in dit rapport haar visie op het wetsvoorstel Verplichte Zorg uitgewerkt tot een eigen geoptimaliseerde model-procedure: **Het Eindhovens Model**. Zij heeft hierbij de inspiratie en het model van de **Eigen Kracht-conferentie** benut. Tevens heeft zij contact en samenwerking gezocht met de Eigen Kracht Centrale, die zich inzet voor meer zeggenschap voor burgers en landelijk de Eigen Kracht-conferenties implementeert (www.eigen-kracht.nl).

Jolijn Santegoeds woont in Eindhoven en is in deze plaats met diverse veldpartijen in overleg om een start te maken met de uitvoering van het model dat in dit document beschreven is. Ook uit andere delen van het land is inmiddels belangstelling getoond voor deze manier van werken. Bij de implementatie van het Eindhovens model zal worden samengewerkt met de Eigen Kracht Centrale, die haar expertise inzet met betrekking tot de Eigen Kracht-conferenties en zal zorgen voor de uitvoering van de conferenties onder leiding van een onafhankelijk coördinator.

Het hierna beschreven 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: Hoe kan een beslissingsmodel in de GGZ worden vormgegeven met maximale zeggenschap van de cliënt?

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 copingsmechanismen 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 cliënt 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 copingsmechanismen 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 cliënt ten tijde van de procedure
- kansen om de overtuigingskracht van naastbetrokkenen met goede bedoelingen in te zetten als bemiddeling
- maximale mogelijkheden om de cliënt beter te ondersteunen in het proces
- waarbij kwaliteitseisen gesteld (kunnen) worden aan de beslissing en de deelonderwerpen
- en waarbij aansluiting bestaat ten opzichte van de uitgangspunten van de VN
- en waarbij aansluiting en optimalisering bestaat ten opzichte van de conceptwet Verplichte Zorg.

2. Uitgangspunten

2.1 Uitgangspunten voor kwaliteit vanuit kwaliteitszorg

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 bijvoorbeeld DBC's), want er zijn doorgaans grote verschillen tussen de diverse crisissituaties, diagnoses, persoonlijke doelen, contacten met familie en netwerk en de benodigde middelen. *De zorgbehoefte van een cliënt 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. Tevredenheidmetingen onder betrokkenen zijn *prestatie-indicatoren*. **Tevredenheid** betekent een gevoel van voldoening: geen of geen zwaarwegende klachten. Afwezigheid van klachten **is** dus ook een prestatie indicator voor de dienstverlening. Hetzelfde geldt voor **overeenstemming**; ook dat is een afgeleide van tevredenheid, en mag als prestatie-indicator worden beschouwd.

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 voldaan wordt aan zorgbehoeften en knelpunten 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 vanuit ervaringsdeskundigheid en mensenrechten

Informatie over Actiegroep Tekeer tegen de isoleer!/Stichting Mind Rights is te vinden op de website: www.mindrightrights.nl. Internationale activiteiten staan beschreven op www.mindrightrights.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, cliënt en familie*).

Vooraf in crisissituaties is het aantoonbaar kansrijk om de gehele keten (dat wil zeggen het sociale netwerk van de cliënt) te betrekken, en direct te beginnen met het versterken van de triade (zie onder andere de conclusies uit de Dwang en Drang-projecten: meerwaarde van betrekken van familie, o.a. te vinden op

http://www.psy.nl/fileadmin/files/psyarchieffiles/Files_2009/Dossier_dwang_en_drang.pdf).

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 met betrekking tot bejegening en alternatieven zijn belangrijk voor de zorgkwaliteit.

Het theoretische zorgplan wordt onderworpen aan een toets door een onafhankelijke psychiater, maar de leefsituatie van de cliënt (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*. Het is belangrijk hier anderen bij te betrekken; anderen die de cliënt ook goed kennen maar vanuit een ander perspectief: familie en netwerk.

Dwang is niet de beste oplossing. Men kan beter de bron proberen aan te pakken. Een goede integrale analyse van knelpunten en kansen met betrekking tot de zorg voor een cliënt dient te gaan over de levenspraktijk van de cliënt, mét diens hele eigen netwerk en dus behalve direct betrokkenen zoals naasten en familieleden van de cliënt, ook de huidige behandelaar en complementaire *zorgrelaties* van de cliënt.

De bestaande zorgrelaties van de cliënt 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 of iets dergelijks). Een collegiale bespreking met betrekking tot het functioneren van bestaande hulpverleningsrelaties is onderdeel van het Eindhovens model. . Doordat de multidisciplinaire commissie ondermeer 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* (zoals 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, dat vaak grote gevolgen heeft voor het leven van de cliënt en zijn/haar omgeving.

Vermaatschappelijkte zorg die gericht is op het aanvullen van de levenspraktijk van de cliënt is vaak effectiever dan klinische zorg, omdat vermaatschappelijkte zorg aansluit op de levensloop van de cliënt, met *maximaal respect voor zijn/haar levensstijl en identiteit*. Ook is maatschappelijk zorg dicht bij de bron van de problemen is en dicht bij het doel van herstel, zelfontplooiing, zelfbeschikking en autonomie. Het is dus efficiënter omdat het beter aansluit bij de behoeften en krachten van de cliënt en diens netwerk.

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.

De bovenstaande uitgangspunten maken deel uit van een verandering in cultuur, bejegening en attitude ten aanzien van cliënten. Door ondertekening van het nieuwe VN verdrag inzake

de Rechten van Personen met een Belemmering, is Nederland in februari 2008 een inspanningsverplichting aangegaan.

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 in verband met 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

Voor de informatie in dit hoofdstuk is gebruik gemaakt van de in de paragrafen benoemde bronnen. Eveneens is geput uit de volgende 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>

De tekst in paragraaf 3.4 is geschreven door Fiet van Beek, beleidsmedewerker van de Eigen Kracht Centrale.

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 ten opzichte van de wet BOPZ, waarbij de meest belangrijke wijzigingen zijn:

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

De concept-wettekst is onder andere te vinden op de website [www.minjus.nl/wetgeving/forensische zorg en verplichte geestelijke gezondheidszorg](http://www.minjus.nl/wetgeving/forensische_zorg_en_verplichte_geestelijke_gezondheidszorg).

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 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* (dus inclusief mensen met psychische problemen).

Deze definitie is 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 met betrekking tot gedwongen gezondheidszorg zijn schendingen van artikel 12*. Het 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. Dat 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.*

De conclusie uit het bovenstaande kan niet anders zijn dan dat gedwongen geestelijke gezondheidszorg opgeheven zou moeten worden.

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 wellicht 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, 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 met betrekking tot gelijkheid, en onvoorwaardelijke bescherming.

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.”

3.3 Voorgaande Manifesten als reactie op de wetsvoorstellen

In 2008 heeft de Actiegroep Tekeer tegen de isoleer!/Stichting Mind Rights in verschillende manifesten en papers een inhoudelijke reactie gegeven inzake zorgkwaliteit en dwangtoepassing, rechtspositie, de VN-visie en toekomst, Prima Remedia, en recent nog specifiek over jeugdvisitatie. Deze documenten zijn te vinden op <http://tekeertegendeisoleer.web-log.nl/tekeertegendeisoleer/2009/03/overzicht-van-s.html> Hieronder volgt een kort overzicht van de belangrijkste elementen uit de manifesten en papers.

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*, zo staat het 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 ten opzichte van 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 in plaats van 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 cliënt. 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 cliënten die bijv. nauwelijks van het klachtrecht gebruik kunnen maken inzake dwangtoepassing. Het *gevaarcriterium* 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 cliënt. (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 cliënten 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. Jolijn Santegoeds is al bijna 15 jaar bezig om haar klachten voor de rechter te laten komen, en heeft ervaren dat het een enorm zware weg is om überhaupt een advocaat te vinden die bereid is daaraan mee te werken.

3.4 De Eigen Kracht-conferentie

Zie ook de website www.eigen-kracht.nl. Schrijver van deze paragraaf en contactpersoon van dit project vanuit de Eigen Kracht Centrale is Fiet van Beek.

3.4.1 Eigen Kracht-conferenties in Nederland

In 2001 werd de eerste Eigen Kracht-conferentie gehouden in Nederland. Inmiddels is in vrijwel alle provincies een infrastructuur opgebouwd om personen en families die hun eigen kracht willen gebruiken te faciliteren in het organiseren van een Eigen Kracht-conferentie. Er zijn inmiddels circa 500 onafhankelijke Eigen Kracht-coördinatoren beschikbaar die samen 73 talen en dialecten spreken. Zij zijn verbonden aan de Eigen Kracht Centrale, een landelijk werkende stichting, die ondermeer actief is in Noord-Brabant. In de zomer van 2010 stond de stand op meer dan 3500 conferenties, gehouden voor diverse doelgroepen. Tot 2004 vonden de meeste conferenties plaats in de jeugdzorg, daarna is de methode als een olievlek uitgebreid tot allerlei doelgroepen en sectoren. Denk aan multiprobleemgezinnen, ex-gedetineerden, situaties van huiselijk geweld, mensen voor wie een gedwongen huisuitzetting dreigt, mensen met een (licht) verstandelijke beperking, mensen met niet- aangeboren hersenletsel etc etc. Onder deze doelgroepen komen mensen met psychiatrische problemen vaak voor. Binnen de sector GGZ wordt projectmatig nog weinig gebruik gemaakt van Eigen Kracht-conferenties.

Er is een lacune in het aanwezige aanbod voor personen met problemen en/of families. Er wordt te weinig gebruik van de mogelijkheden van cliënten, familie of het sociale netwerk om zelf sturing te geven aan een probleem. De sociale steunstructuren dienen meer aandacht te krijgen en empowerment van de cliënt en diens omgeving dient voorop te staan. Sinds 1 januari 2007 is de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (Wmo) van kracht. Deze wet dient eraan bij te dragen dat alle burgers kunnen participeren in de samenleving. Uitgangspunt is dat mensen eerst zelf in kaart brengen wat er aan de hand is en wat zij nodig hebben aan ondersteuning. Actief burgerschap en het aanspreken van het eigen sociale netwerk staat hierbij centraal. De Eigen Kracht-conferenties vormen hiervoor een uitermate geschikte methode.

3.4.2 Wat is een Eigen Kracht-conferentie?

Essentieel in de Eigen Kracht-conferentie is dat de burger zelf eigenaar van het plan is, hij/zij bepaalt de richting van het plan en houdt zelf de verantwoordelijkheid hiervoor in handen. Het is niet zozeer een hulpverleningsmethode dan wel een besluitvormingsmodel: een benadering die behulpzaam is bij het creëren van draagvlak voor een verbeterplan, de opbouw of het herstel van een sociaal netwerk en het doorbreken van sociaal isolement. Zo ontstaat burgerschap: mensen nemen verantwoordelijkheid voor zichzelf en voor anderen. Het concept dat zijn oorsprong vindt in Nieuw Zeeland en daar zelfs wettelijk verankerd is, stelt burgers in kwetsbare posities in staat om zelf, mét de steun van het eigen sociale netwerk, verantwoordelijkheid te nemen voor hun probleem. De kracht van het netwerk wordt gebruikt om tot structurele oplossingen te komen. Eigen Kracht legt de verantwoordelijkheid voor het bedenken van oplossingen en het maken van een goed plan neer bij de familie en haar sociale netwerk en daarmee dus *niet* in de eerste plaats bij de hulpverleners. Hierdoor kan het begin zijn van een effectief proces: *het terugkrijgen van zeggenschap*. Uit onderzoek blijkt dat het netwerk gemiddeld 80% van benodigde steun en hulp op zich neemt en dat 20 % van de benodigde diensten aan professionals wordt gevraagd.

3.4.3 Fasen binnen een Eigen Kracht-conferentie

Een Eigen Kracht-conferentie bestaat uit drie fasen:

De informatieve fase: Het sociale netwerk laat zich informeren over het probleem en de zorgen van de probleemeigenaar en de vraag waarop een hulpplan gemaakt zal gaan worden, wordt geformuleerd. Professionals zijn aanwezig om het mogelijke hulpaanbod uit te leggen. Familieleden en andere betrokkenen zijn aanwezig om vragen te stellen zodat alle informatie op tafel komt.

De besloten fase: De coördinator, de verwijzer en de professional trekken zich terug en familieleden krijgen de gelegenheid met elkaar het probleem verder te onderzoeken, verkennen hoe de beste oplossing eruit ziet en overeenstemming te krijgen over het plan.

Presentatiefase: de familie presenteert het plan aan de verwijzer en de coördinator. Dit is de fase dat er gezamenlijk wordt gekeken of het plan veilig is voor de betrokkene en of het, zoals het voorgesteld wordt ook wettelijk is toegestaan. De coördinator stelt het plan op schrift waarmee de conferentie wordt afgesloten. Het is de taak van de verwijzer om desgevraagd te helpen met de uitvoering van het plan.

3.4.4 Samenwerking familie en professionals

Personen en families kunnen zichzelf aanmelden bij de Eigen Kracht Centrale en om een conferentie vragen. Meestal (80%) is het echter een professional die een Eigen Kracht-conferentie aanbiedt aan een persoon of gezin waarmee hij of zij te maken heeft. De eerste door de professional te vervullen rol is die van de aanmelder.

Als de cliënt of familie instemt met het idee van een Eigen Kracht-conferentie is het een onafhankelijke Eigen Kracht-coördinator van de Eigen Kracht *Centrale* die de voorbereidingen gaat treffen, met de cliënt de vraagstelling vaststelt, familie en netwerk uitnodigt en activeert en logistieke kwesties regelt. Deze coördinator is onafhankelijk, heeft geen inhoudelijke bemoeienis en geen belangen bij welke uitkomst van het plan dan ook. De Eigen Kracht-coördinator bespreekt met aanmelder en cliënt welke informatie voorhanden moet zijn op de conferentie. Indien de cliënt dat wil, worden professionals uitgenodigd om de aanwezige leden van familie en netwerk te informeren over wat er aan de hand is, specialistische kennis over het probleem over te dragen en informatie te geven over het mogelijke hulpaanbod. Dit gebeurt in de informatiefase (zie 3.4.3).

Als er sprake is van een wettelijke basis waarop de professional het recht heeft om eisen te stellen aan het plan, formuleert en communiceert hij of zij de zogenaamde minimumeis waaraan het plan moet voldoen.

Noch de professional, noch de Eigen Kracht-coördinator zijn aanwezig in de besloten tijd waarin cliënt met familie en netwerk een plan maakt.

Als het plan tot stand is gekomen, wordt het gepresenteerd aan de Eigen Kracht-coördinator en indien van toepassing aan de professional die de minimumeis heeft gesteld. De professional toetst het plan aan de minimumeis. Als het plan daaraan voldoet, is het plan vanaf dan leidend voor de zorg. Professional, cliënt en familie werken vervolgens samen aan de uitvoering van het plan. Vaak worden in het plan ook procesafspraken gemaakt over deze samenwerking en de momenten van overleg.

4. Het Eindhovens Model voor *Supported Decision Making*

4.1 Ontwikkeling van een Eindhovens model :

Naar aanleiding van 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), heeft Jolijn Santegoeds het initiatief genomen tot 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. Op zoek naar onbenutte mogelijkheden kunnen commissieleden de cliënt en diens netwerk een Eigen Kracht-conferentie aanbieden en samenwerken op basis van het daarin gemaakte plan.

Over het Eindhovens model zijn inmiddels contacten gelegd met de gemeente Eindhoven, die toegezegd heeft een pilot van het Eindhovens Model te willen faciliteren, met het ministerie van VWS (in het kader van Krachtwijken). Ook is er contact met diverse lokale organisaties, zoals de GGzE en met name de cliëntenorganisatie daarvan, Zorgbelang/RCO (stadagenda) en inloopcentrum de Boei. En er is de eerder genoemde samenwerking met de Eigen Kracht-Centrale. Er is vanuit meerdere plaatsen in Nederland interesse voor het Eindhovens Model getoond, en ook door de World Health Organization (WHO). Er is dus op meerdere fronten interesse voor de verdere ontwikkeling van het hier beschreven Eindhovens model.

4.2 Basis

Bij de ontwikkeling van dit Eindhovense model voor een crisisportaal is Jolijn Santegoeds onder andere geïnspireerd door de visie van Eigen Kracht Centrale en de weerslag van deze visie in Eigen Kracht-conferenties (zie www.eigen-kracht.nl) en door inzichten van ervaringsdeskundigen inzake crisissituaties en dwangtoepassingen.

Voorgesteld wordt als startpunt voor de beslisprocedure van Verplichte Zorg *de crisissituatie* te nemen 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 cliënt en diens netwerk formuleren van het knelpunt cq probleem* kan bijdragen aan het vinden van de beste, minst ingrijpende oplossing.

Noch het eigen netwerk, noch de voorgestelde adviescommissie uit de wet Verplichte Zorg kan het leven van een cliënt geheel overzien, dus vandaar dat het samenbrengen van de kennis in een Eigen Kracht-conferentie de voorkeur krijgt, waarbij de nadruk ligt op wat *wel* mogelijk is en op wat er *wel* goed gaat, zodat men kan ontdekken waar de kansen liggen. Een integrale benadering van het leven van de cliënt is van groot belang, en de werkwijze van de *Eigen Kracht-conferentie* (met het sociale netwerk) vormen een goed uitgangspunt c.q. overleg-instrument waarin het eigen netwerk probeert een oplossing te vinden (zie www.eigen-kracht.nl en de bijlage).

Omdat het besluit omtrent dwangtoepassing een zeer gevoelige en gecompliceerde zaak is waarbij het wellicht moeilijk zal zijn om met alle betrokkenen op een lijn te komen, wordt in het Eindhovens model beschreven op welke wijze de afstemming met professionals voor, tijdens en na de Eigen Kracht-conferentie zal plaatsvinden.

De Eigen Kracht-conferentie is een besluitvormingsprocedure en kan de voorgestelde commissie Verplichte Zorg (uit wetsvoorstel Verplichte Zorg) vervangen, overbodig maken of deze commissie van advies of informatie voorzien. De Eigen Kracht-conferentie is een methode die vroegtijdig in een crisissituatie kan worden aangewend om een oplossing te vinden voor de ontstane zorgen.

In plaats van in een (vroeg gesignaleerde) crisissituatie te kijken naar een schade-criterium uit het wetsvoorstel Verplichte Zorg (of gevaarscriterium uit de BOPZ) wordt gekozen om **oplossingsgericht** te werk te gaan via een Eigen Kracht conferentie.

Er wordt in eerste instantie aan de betrokkenen zelf gevraagd een plan te maken. Een Eigen Kracht-conferentie is geslaagd als er consensus is over het plan (als familie en netwerk het eens zijn) en het plan concreet geformuleerde afspraken bevat om de situatie van de hoofdpersoon/cliënt te verbeteren. Belangrijk is dat als er zorgen zijn vanuit de samenleving over veiligheid, die ook als kader geformuleerd worden zodat zij meegenomen worden in het plan en het plan eraan getoetst wordt. Ook is het zo dat organisaties een inspanningsverplichting aangaan, dat wil zeggen dat zij zich zullen inzetten het plan op korte termijn uit te voeren, als er om professionele zorg en steun gevraagd wordt in het Eigen Kracht-plan.

Indien het niet lukt om in de Eigen Kracht-conferentie tot een gezamenlijk gedragen oplossing te komen, of het plan niet voldoet aan de veiligheidscriteria kan er alsnog een verzoek neergelegd worden bij professionals, zoals bijvoorbeeld een *High Care-consultatieteam* (via GGzE) of de voorgestelde *Commissie Verplichte Zorg*. De commissie of het consultatieteam kan dan een **advies** formuleren, waarna een gesprek (**adviesberaad**) volgt met familie en netwerk om tot consensus te komen en vervolgspraken te maken.

Het streven is uiteraard om deze tweede zitting (adviesberaad) ook als Eigen Kracht-conferentie vorm te geven, waarbij de regie bij de hoofdpersoon ligt. De Eigen Kracht-*Centrale* heeft ervaring met situaties waarbij er sprake is van zogeheten *minimumeisen* waar een veilig plan aan moet voldoen, bijvoorbeeld in situaties waar mishandeling een rol speelt. Op deze wijze is de afstemming tussen cliënt, familie en netwerk en professionals goed geregeld.

(Zie ook de procedure op pagina 19)

Het sociale netwerk kent doorgaans de **persoonlijke copingmechanismen** van de cliënt, terwijl de hulpverleners meer zicht hebben op **de wetenschappelijke, professionele zorgkant, de (on)mogelijkheden van het zorgaanbod en algemene herstelmogelijkheden**. In de Eigen Kracht-conferentie komt deze kennis bij elkaar.

Die gebundelde kennis biedt naar verwachting werkelijk goede kansen voor de cliënt, die wellicht beter begrepen en ondersteund zal gaan worden. Onbegrip is immers funest voor het contact met familie en netwerk en de zorgrelatie. Indien gewenst kan de hoofdpersoon ook ervaringsdeskundigen uitnodigen om informatie te geven. Als de cliënt ervaringsdeskundigen als vrienden in het eigen sociaal netwerk heeft, kunnen ook zij deelnemen.

De **crisiskaart** is daarbij ook weer een waardevol instrument. Op een crisiskaart kan dan bijv. aangegeven worden wie men minimaal bij de Eigen Kracht-conferentie zou willen hebben, of

in welke richting men oplossingen kan zoeken en wat men absoluut niet wil. Ook de signalen uit een **signaleringsplan** zijn bruikbaar als informatie die gegeven kan worden in de Eigen Kracht-conferentie.

4.3 Ondersteuning

In het Eindhovens model vormt de Eigen Kracht-conferentie een structureel onderdeel van het 'protocol' bij een crisis. Het is van belang dat er mogelijkheden en middelen komen om Eigen Kracht-conferenties uit te voeren, maar ook dat er voldoende capaciteit is voor een flexibel zorgaanbod, zoals thuiszorg en bemoeizorg (FACT en ACT). Het ligt in de lijn der verwachting dat cliënten en families om deze vorm van ondersteuning zullen vragen.

Ook kan er via dit portaal van het Eindhovens Model - zonodig- extra ondersteuning (High Care) op afroep voor zorginstellingen in de stad worden aangeboden, bijvoorbeeld om werkdruk-separaties te voorkomen. Het kan dus ook een soort uitzendorgaan worden voor mobiele, ambulante) hulpverleners (dit is vergelijkbaar met het concept van de **High Care-consultatieteams** die bijv. bij GGzE worden ingezet om te ondersteunen bij de hulpverlening in crisissituaties) Een professioneel ambulante consultatieteam voor de-escalatie van crisissituaties heeft als voordeel dat er in een acute crisis direct een hulpverlener mee kan 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 idee dat er eerst een diagnose of indicatie moet zijn, voordat een hulpverlener vrijblijvend advies mag geven in een crisissituatie, dient losgelaten te worden in het kader van preventie. Er is een aanbodsverplichting en een recht op toegankelijkheid van goede zorg (zorg zonder dwang).

Onder de wet BOPZ lag de focus op het schadebeginsel en de overweging of dwangtoepassing in de betreffende crisissituatie rechtvaardig zou zijn, als laatste redmiddel (Ultimum Remedium). Echter, dwang is geen zorg. En helaas zijn de werkelijk heilzame vormen van zorg en ondersteuning vaak niet snel beschikbaar vanwege wachtlijsten, bureaucratie, benodigde indicaties enz. Wanneer men onder de wet BOPZ dus snel 'iets' wilde doen aan een bepaalde crisissituatie, was er in de praktijk geen andere mogelijkheid dan dwangtoepassing. Dat is niet wenselijk.

In het Eindhovens Model wordt dit aangepakt. Om dwang te kunnen voorkomen is het nodig dat wenselijke zorg en ondersteuning op maat adequaat beschikbaar kunnen worden gemaakt, wanneer de situatie van een persoon of groep daarom vraagt.

De door ons bedachte verzamelterm **Prima Remedia** omvat deze vrijwillige, wenselijke zorg en ondersteuning (die maximaal beschikbaar zouden moeten zijn) en deze term geeft de tegenstelling aan ten aanzien van het ultimum remedium, wat men tot een minimum wil beperken. Voor het terugdringen van dwang zijn Prima Remedia absoluut noodzakelijk. Ook hier is het Eigen Kracht-plan de basis.

In het Eindhovens Model dient het Eigen Kracht-plan dezelfde urgentie aangaande de uitvoering te krijgen als voorheen een BOPZ-maatregel. Dat betekent dat er voorzieningen moeten worden getroffen om zorg op maat op afroep adequaat te realiseren.

Mogelijk is dat realiseerbaar door een soort noodfonds van de gemeente onder de WMO, waarbij verzekeraars achteraf de kosten weer vergoeden. (Dit is een eerste idee, en over dit aspect zal nader overleg worden gevoerd).

Het Eindhovens Model omvat dus een soort maatschappelijk crisis-loket, waar men bij crisissituaties terecht kan voor informatie, advies, ondersteuning, het maken van een plan

(Eigen Kracht-conferentie) etc. Het model gaat verder dan het beoordelen van wel/geen dwang, maar biedt een mogelijkheid om een plan met oplossingen te maken voor allerlei persoonlijke crisissituaties in een stad.

Het Eindhovens Model is een laagdrempelige overlegvorm met alle betrokkenen die nodig zijn om een plan te maken en voorziet in samenwerking tussen cliënt, familie en netwerk en professionals. Voor het faciliteren van de Eigen Kracht-conferentie wordt samengewerkt met de Eigen Kracht *Centrale*.

4.4 Procedure

Zoals gezegd biedt het gezamenlijke betrekken van het netwerk van de cliënt, 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 cliënt 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 samenwerking door professionals, cliënt en familie en netwerk, dat **aansluit bij de leefsituatie van de cliëntcliënt.**

Hier volgt een stappenplan van de procedure.

Op pagina 19 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 Eigen Kracht Centrale**

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

- 3. Bijeenbrengen van het netwerk en maken van een plan: Eigen Kracht conferentie**

Er wordt een Eigen Kracht-conferentie gehouden, waarin de betrokken professionals informatie geven, waarna cliënt en familie en netwerk vervolgens een plan maken over wat nodig is om de situatie te verbeteren. In het plan staat wat familie en netwerk zelf aan hulp en steun kunnen bieden en wat zij vragen aan de professionele dienstverlening.

- 4. Zonder vrijwillige oplossing volgt: professioneel advies**

Als de Eigen Kracht-conferentie niet tot resultaat leidt of het plan niet voldoet aan eventueel gestelde bodemeisen, wordt er een verzoek gedaan aan een consultatieteam of de voorgestelde Commissie Verplichte Zorg om een advies uit te brengen, waarvan zij denken dat het een oplossing zou kunnen bieden. Daarbij worden de mogelijkheden voor de minst ingrijpende oplossing gezocht en onderzocht, zowel door de commissie alsook door andere betrokkenen.

5. **Adviesberaad : Eigen Kracht-conferentie (2)**

Daarbij worden de uitkomsten gezamenlijk besproken met alle conferentieleden in een tweede Eigen Kracht-conferentie en is er eventueel de mogelijkheid tot bijstelling van het conceptadvies.

6. **Definitieve beslissing**

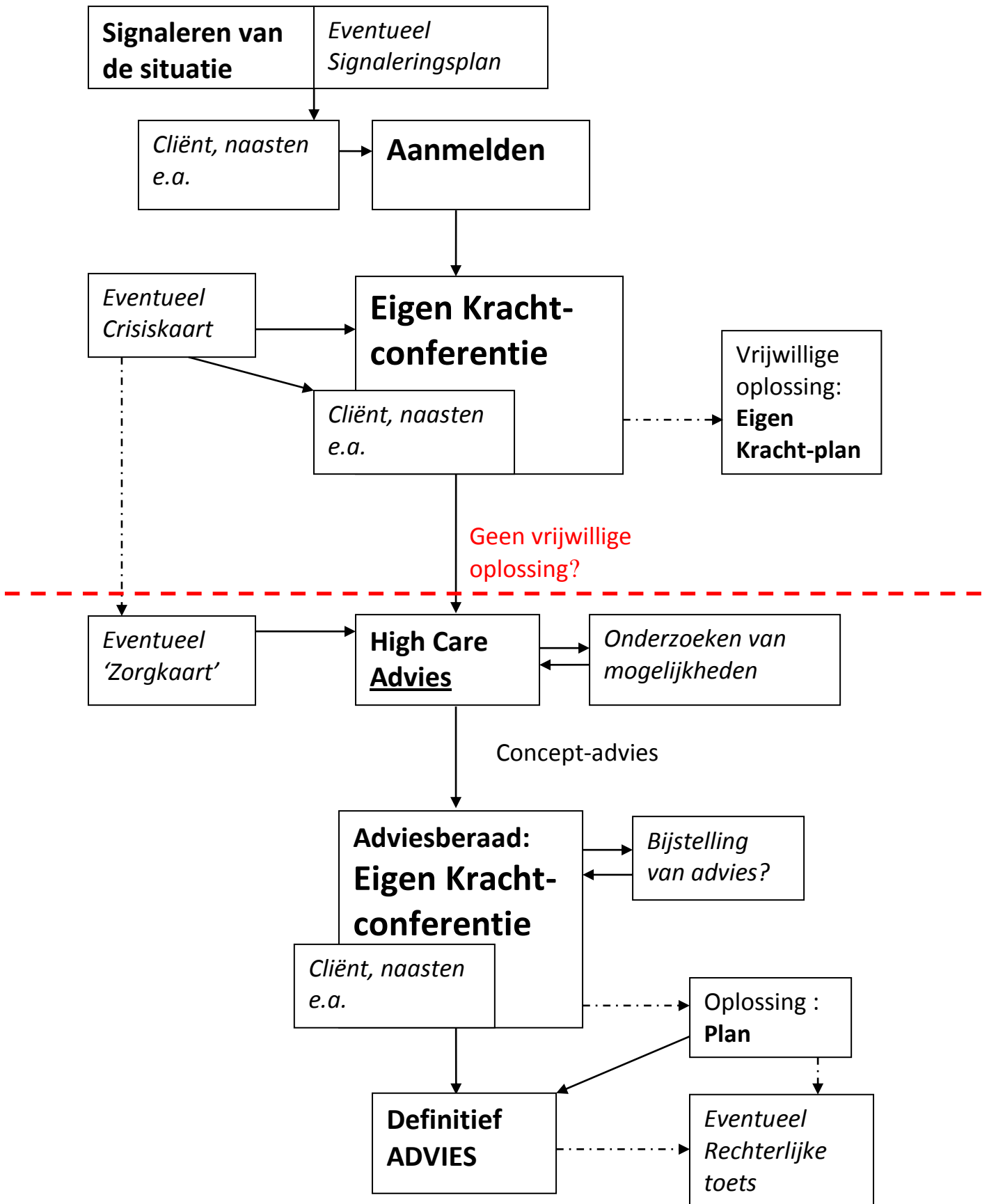
Aan het eind van de tweede zitting, waarbij het advies maximaal is afgestemd op de wensen van de betrokkenen, is er een definitief advies, dat eventueel door een rechter bekrachtigd kan worden. Er wordt gestreefd naar een maximaal draagvlak onder de aanwezigen.

7. **Rechterlijke toets**

Een beslissing waarbij onvrijwilligheid een rol speelt, zal door een rechter en advocaat getoetst moeten worden vooraleer deze ten uitvoer kan worden gebracht.

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

Procedure van het Eindhovens Model



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

b. Het betrekken van het gehele netwerk (integrale benadering)

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 cliënt behoren in het Eindhovense model tot het netwerk, en dus tot de deelnemers aan de Eigen Kracht-conferentie, mits de cliënt dat wil. Immers, de hulpverleners hebben de escalatie niet kunnen voorkomen. Door de inbreng van professionele deskundigheid in de Eigen Kracht-conferentie kunnen cliënt, familie en netwerk hun plan baseren op eigen, ervarings- en professionele deskundigheid.

c. De fasering van de besluitvorming is anders: meer regie bij de cliënt.

Er komt eerst een “veilige” informatieve en bemiddelende bijeenkomst (*de Eigen Kracht-conferentie*), om het knelpunt te signaleren en te kijken hoe dat opgelost kan worden. Daarbij kan niet direct overgegaan worden op dwangtoepassing (dat kan eventueel pas na de tweede zitting (adviesberaad) en een rechterlijke toets, die alleen plaatsvinden als de Eigen Kracht-conferentie geen (veilig) plan heeft opgeleverd)

De cliënt en zijn netwerk hebben in de Eigen Kracht-conferentie de kans om zelf hun ideeën en oplossingen te bedenken, waarbij de leefsituatie en welbevinden doorslaggevend is.

Als het niet lukt om gezamenlijk een oplossing te bedenken, gaat men verder met het **inwinnen van een professioneel advies bij een consultatieteam of de Commissie**. Het advies bestaat uit specifieke oplossingsrichtingen of interventies die besproken worden met alle betrokkenen van de Eigen Kracht-conferentie. In deze fase kan men bijvoorbeeld ook de plaatsingsmogelijkheden onderzoeken, en het netwerk kan ook nog extra bemiddelen met de cliënt enz. De commissie stelt in deze fase een professioneel advies op, maar ook het eigen netwerk en de cliënt zijn vrij om een concept-oplossing aan te dragen.

Daarna volgt een **adviesberaad**. 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 cliënt krijgt zoveel mogelijk inspraak.

Dit is ook een van de meest vernieuwende aspecten in het Eindhovens Model: Daar waar professionals vroeger doorgaans een top-down-beslissing namen (als *ultimum remedium*), is er nu ruimte voor overleg, zodat adviezen eventueel bijgesteld kunnen worden en wenselijke oplossingen op maat vormgegeven kunnen worden.

Na het beraad over het professionele advies wordt een **definitief advies** opgesteld. Dat kan alsnog een Eigen Kracht-plan zijn. Als er geen Eigen Kracht-plan tot stand is gekomen, zal het definitieve advies opgesteld worden door de professionals van het High Care-consultatieteam of de voorgestelde Commissie Verplichte GGZ, en zal dat advies in lijn met het wetsvoorstel Verplichte Zorg voorgelegd moeten worden aan een rechter.

De uiterste stap is dus de **juridische zitting** (met advocaat en rechter aanwezig). Als een cliënt het niet aandurft, of niet wil deelnemen aan een bijeenkomst waarbij hij misschien

“veroordeeld wordt tot opname of iets dergelijks” Dan kan hij/zij verstek laten gaan, maar dat gaat dan niet ten koste van de informatieuitwisseling, die immers de Eigen Kracht-conferentie heeft plaatsgevonden.

d. Bijzonderheden vanuit cliëntenperspectief: vertrouwelijkheid, respect en erkenning

Vergeleken met de huidige situatie onder de wet BOPZ:

De mogelijkheid om een afwijkende opvatting of mening te hebben (in de Eigen Kracht-conferentie) 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. Het is een kans om beter begrepen te worden.

Ook het gevoel dat een cliënt “nog kan ontsnappen aan de veroordeling” en werkelijk iets te winnen heeft, zal vermoedelijk bijdragen aan meer informatie en betere communicatie (de cliënt 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). Ook kunnen de goede suggesties uit het netwerk adequaat opgepikt worden.

De betrokkenheid die naasten tonen door mee te doen aan een Eigen Kracht-conferentie geeft de hoofdpersoon doorgaans het gevoel dat er moeite voor hem/haar wordt gedaan om een goede oplossing te vinden, en dat geeft **een gevoel van geliefd zijn**, de moeite waard te zijn. Dit heeft een verbindend karakter (in tegenstelling tot dwangtoepassingen). Bovendien wordt de samenhang in een netwerk over het algemeen zeer langdurig versterkt door een Eigen Kracht-conferentie, omdat men een onderlinge vertrouwensbasis heeft bereikt, en dat kan zeker in psychiatrische crisissituaties enorm veel druk van de ketel halen.

Het Eindhovens Model biedt dus ook een kans voor behoud van vertrouwen, en daarmee ook een kans voor verdere hulpverlening.

De nadruk van de Eigen Kracht-conferentie ligt bovendien niet op “ziek zijn”, maar op **“verder leven” en de eigen kracht die de persoon en zijn/haar netwerk gezamenlijk bezitten**. Daarmee wordt de cliënt erkend als een onderdeel van de samenleving, als onderdeel van het sociale netwerk, en als mens op een persoonlijke levensweg. De Eigen Kracht-conferentie is gericht op gelijkwaardige inclusie.

Bovendien hangt een dergelijke gefaseerde besluitvorming **minder van een momentopname** af, en kan er tijd worden vrijgemaakt voor specifiek en afgesproken onderzoek (adviesfase). In de Eigen Kracht-conferentie kan de (weigerende) cliënt de algemene lijn en sfeer mede bepalen en zijn/haar **eigen visie geven**. Vaak kan het eigen netwerk de signalen van de hoofdpersoon goed interpreteren en vertolken, waardoor er wederom meer begrip en vertrouwen ontstaat. Als het toch nog komt tot een adviesberaad, kan de cliënt aanvullingen doen op eerdere uitspraken of terugkomen op zijn mening. De cliënt kan zich –zonodig- ook beter voorbereiden op de tweede zitting. Kortom, er is ook sprake van een tweede kans.

4.7 Samenstelling van de Adviescommissie

Het Eindhovens Model zou afgestemd kunnen worden op het wetsvoorstel Verplichte GGZ, waarbij men voorstelt om een *multidisciplinaire adviescommissie Verplichte GGZ* op te richten om te adviseren over de bandbreedte van dwangtoepassingen in verschillende situaties. Maar gezien de focus van de Commissie Verplichte GGZ (schadebeginsel en dwangtoepassing) lijkt dit geen optimaal advies te gaan opleveren. Ook de samenstelling van deze multidisciplinaire adviescommissie is niet optimaal. Een ervaringsdeskundige is

onmisbaar voor een deskundig advies, en die zal in het Eindhovens model dus ook toegevoegd worden.

Er zijn kansrijkere mogelijkheden die we in het Eindhovens Model uit zouden willen proberen. Voor het Eindhovens Model is het belangrijk dat de focus op Prima Remedia en vrijwillige wenselijke zorg ligt, en daarom is het meer voor de hand liggend dat er een aansluiting wordt gezocht met de High-Care-consultatieteams, die gespecialiseerd zijn in de-escaleren zonder dwang.

In het Eindhovens Model staat de **cliënt centraal** en krijgt zoveel mogelijk zeggenschap over de samenstelling van de uiteindelijke besprekingen. Dat geldt zowel voor de Eigen Kracht-conferentie als voor het adviesberaad. Bij de Eigen Kracht-conferentie heeft de cliënt geheel de regie. Bij het adviesberaad in mindere mate omdat daar ook professionele keuzes van invloed zijn. 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 of consultatieteam (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 professionals (afhankelijk van de aard van de situatie).

Supported Decision Making krijgt altijd 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.

De samenstelling van de multidisciplinaire commissie uit het wetsvoorstel Verplichte Zorg 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)

Daarbij dient te worden opgemerkt dat het voorstel om een SPV-er het cliënten en familieperspectief te laten vertolken (zoals op P10 van de memorie van toelichting) niet in de lijn van dit voorstel past. Er hoort sowieso een ervaringsdeskundige in de commissie (met duidelijk cliëntenperspectief). En een verpleegkundige (voor intervisie). Vertolking van cliënt- en familieperspectief is aan cliënt en familie zelf.

Overige aanwezigen (bij voorkeur 5 tot 8 personen)

6. De cliënt in kwestie
7. Familieleden (minstens 2 of 3)
8. Naastbetrokkenen (minstens 2 of 3)
9. - Huidige behandelaar
10. - Huidige hulpverlener (meerdere indien van toepassing)
11. - PVP of vertrouwenspersoon

Per situatie zal bekeken worden wat wijs en haalbaar is. De praktijk zal het ons leren.

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 Eigen Kracht-conferentie vooral gaan over 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** zal de Eigen Kracht-conferentie vooral gaan over de aspecten van beëindiging van de maatregel(en) , met eventueel aanvullende voorwaarden, een signaleringsplan of crisiskaart. Zeker bij beëindiging van een machtiging is het belangrijk dat het steunsysteem van een cliënt meedenkt en vormgeeft aan het plan, zodat er draagvlak is en zij op de hoogte zijn van afspraken en signalen, om *continuïteit van successen* mogelijk te maken.

In een beëindigings-conferentie kan men het steunsysteem in de leefsituatie van de cliënt 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.

Het ligt in de lijn der verwachting dat in veel zaken in een Eigen Kracht-conferentie een plan gemaakt zal worden. In situaties waarin dit niet het geval is, zal het in het adviesberaad de taak van een jurist en ervaringsdeskundige (en eigenlijk de hele commissie) 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-beraad onderzocht (zie ook paragraaf 6.2)

5. Opzetten pilotproject Eindhovens Model

Een **pilot van het Eindhovens Model** zal starten in het najaar van 2010 in Eindhoven en mogelijk ook in andere steden (o.v.b. Maastricht en Amsterdam).

Voor de uitvoering van de Eigen Kracht-conferenties is er een samenwerking gestart met de Eigen Kracht-centrale, die de conferenties zal organiseren en faciliteren.

In de pilot zal het Eindhovens Model in eerste instantie ingezet gaan worden om (gedwongen) opname te voorkomen, en crisissituaties op het vlak van geestelijke gezondheid in de samenleving hanteerbaar en oplosbaar te maken.

Daarbij zal er in bepaalde situaties ook ondersteuning en zorg op maat geregeld moeten kunnen worden, op basis van de uitkomsten van de Eigen Kracht-conferentie in het Eindhovens Model. (**Prima Remedia realiseren**)

Een veel gehoorde reactie is: “de wet verplichte zorg is **geen zorgverzekeringswet**, en kan dus ook geen zorg-indicatie of ondersteuning regelen, zoals voorgesteld in het Eindhovens Model”. Maar feitelijk doet de wet BOPZ dat al wel, namelijk via een IBS of RM-indicatie, waardoor er een breekijzer is om een bed te regelen, alleen gaat dat enkel op onvrijwillige titel.

Het is noodzakelijk dat een nieuw systeem de omgang met acute crisissituaties beter regelt dan tot dusver het geval is, en er voor meer preventie van dwang wordt gezorgd.

Prima Remedia moeten adequaat beschikbaar gemaakt worden. Dit is een randvoorwaarde voor het Eindhovens Model.

Er zijn tegelijkertijd (klinische) *High-Care*-consultatieteams in oprichting bij GGz Eindhoven, gericht op professionele de-escalatie zonder dwang en intensieve begeleiding. Binnen het Eindhovens Model kan er mogelijk een dergelijk gespecialiseerd **ambulant High Care-consultatieteam** ingezet worden in acute crisissituaties, en dit team kan eventueel zelfs ook een rol krijgen in of in plaats van de “adviescommissie”, waarbij niet de dwangtoepassing en juridische toetsing centraal staat, maar het welzijn van de persoon in kwestie.

5.1. Uitwerking Plan van aanpak

Het plan van aanpak voor een pilotproject van het Eindhovens Model is in deze startfase gedeeltelijk uitgewerkt, omdat dit onderdeel onderwerp van gesprek is. De huidige versie is opgesteld voorafgaand aan de eerste bijeenkomst van de verschillende samenwerkingspartijen voor een pilotproject in Eindhoven. De eerste bijeenkomst met de projectgroep zal plaatsvinden op dinsdag 26 oktober 2010 bij de Gemeente Eindhoven.

In dat gesprek zal er input komen voor het plan van aanpak voor een pilotproject in Eindhoven, dat daarna gedetailleerder uitgewerkt zal worden. Belangrijke aandachtspunten voor het plan van aanpak en het gesprek op 26/10 zijn:

1. Organisatiestructuur en samenwerkingspartners (partijen en rolverdeling)
2. Kwaliteitsborging
3. Monitoring van resultaten
4. Kosten
5. Planning/ tijdsbestek

1. **Organisatiestructuur en samenwerkingspartners.**

Huidige afspraken:

1. Opdrachtgever: Jolijn Santegoeds
2. Projectleider (overhead en externe afstemming): Gé de Wilde
3. Projectcoördinatie uitvoering: via Eigen Kracht.
4. Financieel beheer: via Eigen Kracht
5. Geldschietter: Ministerie van VWS, onder “Krachtwijken”.

Nog te bespreken:

- Hoe organiseren we toenadering tot de doelgroep
- Welke partijen/ Samenwerkingspartners zijn van belang
 - Samenwerking met GGzE en andere dienstverlenende organisaties
 - Samenwerking met gemeente
 - Overige partners
- Wettelijke kaders?
- Overige afspraken

2. **Kwaliteitsborging**

Nog te bespreken:

Hoe verzekeren we ons van kwalitatieve dienstverlening via het Eindhovens Model?

- Structurele evaluaties, ideeenbus, openstaan voor klachten en feedback...
- ...

3. **Monitoring van resultaten**

Nog te bespreken:

- Wie kan onderzoek doen
- Wat is daarvoor nodig

4. **Kosten:**

Nog te bespreken:

Verwachte kostenposten pilotproject:

- Startfase 30 conferenties in Eindhoven: 30x ca €5000 = €150.000
- Kosten projectleider
- Eventuele kosten voor projectgroep Eindhovens Model
- PR- kosten: Brochures, voorlichting

Kostenposten Eindhovens Model Eigen Kracht conferentie:

- * kosten voor aanvullende zorg-partners in uitvoering (bijv. “crisis-professionals” tbv rust en de-escalatie)
- Kostenregeling bij zorg-indicatie in Eigen-Kracht-plan (Prima Remedia realiseren)

Actiepunten communicatie mbt financiën:

- Opstellen financieel plan voor pilotproject (begroting)
- Aanvraag financiën bij VWS
- Onderbrengen financieel beheer bij Eigen Kracht.

5. Planning / tijdsbestek

Eerste bijeenkomst projectgroep:

26 oktober 2010 bij Gemeente Eindhoven

Nog te bespreken:

- Vervolg bijeenkomst en/of informatieuitwisseling
- Beoogde startdatum uitvoering pilotproject Eindhoven
- Starten pilotprojecten andere steden (o.v.b. Maastricht, Amsterdam)

Tot zover dit rapport.
Einde (wordt vervolgd)