

De warme arm van de zorg



Auteur: Jolijn Santegoeds, ervaringsdeskundige – tekeertegendeisoleer@hotmail.com
Actiegroep Tekeer tegen de isoleer! / Stichting Mind Rights – www.mindrights.nl
Eindhoven, 18 mei 2008

Inhoud:

1. **Inleiding**
aanleiding, manifest 1, manifest 2
2. **Zorgfasering**
zorgfasering, beperkingen van BOPZ, crisissituaties en dwangbehandeling, bescherming en betutteling, tegengaan van bureaucratie
3. **Kwaliteit van zorg**
kwaliteit van zorg, prestatie indicatoren, kwaliteitsborging
4. **Kwaliteit van onvrijwillige interventies (algemeen)**
contrast tussen dwang en zorg, interventiestadia, verbeterkansen
5. **Visie op dwangmaatregelen** – Stichting Mind Rights
specifieke maatregelen, ambulante dwang, analyse van uitgangspunten ministerie
6. **Jeugd en dwangmaatregelen**
7. **Conclusie en aanbevelingen : Prima Remedia**
8. **Referenties en literatuurbronnen**
 - **Bijlage 1 – Psychiatry in the age of neuroscience (april 2008)**

1. Inleiding : de warme arm van de zorg

1.1 Aanleiding voor dit manifest

De aanleiding voor het opstellen van dit document is deelname aan de klankbordgroep voor de herziening van de wet BOPZ (WPZ), door Jolijn Santegoeds, Actiegroep Tekeer tegen de isoleer! / Stichting Mind Rights (www.mindrightrights.nl) als ervaringsdeskundige vanuit cliëntenperspectief.

Dit document verwoordt een concreet standpunt van Actiegroep Tekeer tegen de isoleer! / Stichting Mind Rights over toepassing van dwangmaatregelen en de kwaliteit van zorg. Dit rapport is het vervolg op het voorgaande manifest “Gelijkheid, zelfbeschikking en wet psychische zorg”- Zorg is compassie (april 2008)

Vanwege de snelle totstandkoming van dit rapport (in enkele dagen) is de specificatie van sommige aspecten beperkt tot noodzakelijke hoofdlijnen.

1.2 Samenvatting Manifest 1: Zorg is compassie

Naar aanleiding van de eerste uitgangspunten voor de herziening van de Wet BOPZ is het voorgaande manifest ‘Gelijkheid, zelfbeschikking en wet psychische zorg’ opgesteld, met als kern dat dwang te voorkomen is door intensieve zorg. En zorg is compassie.

In het manifest “Gelijkheid, zelfbeschikking en wet psychische zorg” wordt toegelicht dat dwang vaak een averechts effect heeft op welzijn en veiligheid, en trauma’s, afstand, strijd en vertrouwensbreuk in de hand werkt. Zorg heeft als doel het welzijn en de kwaliteit van het leven van de persoon te bevorderen. Dwang maakt ongelukkig. Levenskwaliteit is een persoonlijke waarde. En iedereen heeft een eigen wil (ook al kan die soms tegengesteld zijn aan de gemiddelde opvattingen). **Dwang ondermijnt de zorg, en is daarom ongepast in de GGZ.**

In het nieuwste VN-Verdrag inzake de rechten van personen met beperkingen wordt expliciet aandacht besteed aan **de rechten van personen met psychische/psychiatrische problemen**, zoals het recht op zelfbeschikking, integriteit, bewegingsvrijheid, vrijwaring van marteling, vrijwaring van wrede inhumane behandeling en het recht op vrije geïnformeerde keuze bij een behandeling. De vormgeving van gelijkwaardigheid blijkt een uitdaging van deze tijd.

Ook is er gekeken naar trends in **de praktijk van zorgverlening van 2008**, met een toelichting mbt vermaatschappelijking en Project Dwang en Drang (voor het tegengaan van dwang).

Uit dit alles brengen wij naar voren dat de geformuleerde uitgangspunten voor dwangverruiming niet stroken met de doelstelling van de zorg, de nieuwste mensenrechtenverklaringen en progressie in de praktijk. **Het alternatief is intensieve zorg, bejegening, contact en vertrouwen. Zoals bijvoorbeeld wordt beoogd bij de presentiebenadering en ACT-teams.**

Een zeer groot deel van de dwang kan voorkomen worden door intensieve zorg en adequate crisishandling met overleg tot **overeenstemming, resulterend in dwangvrije maatregelen**. Echter in de praktijk zijn er daarvoor financiële barrières, dus is er **reden tot een verbreding van de wet die bij een crisissituatie van kracht is met inlijving van intensieve zorgmogelijkheden om de crisis beter op te lossen.**

Zorg is compassie.

1.3 Manifest 2: De warme arm van de zorg

Wederom ligt ook in dit document een accent op de kunst van het verleiden en overtuigen van een persoon tot het gebruiken van zorg, en daarmee dwang te voorkomen. Ons hoogste doel is een werkelijke zorgvuldige oplossing van crisissituaties (zonder tijdsdruk), en het vermijden van crisisinterventies waarover geen overeenstemming met alle betrokkenen is bereikt. Intensieve flexibele onderhandeling en bemiddeling vormen de sleutelbegrippen bij het bereiken van overeenstemming. In dit tweede manifest wordt veel specifiek ingegaan op de concrete dwangtoepassingen in de vorm van maatregelen.

Kwaliteit van zorg en preventie van crises zouden een structureel onderdeel moeten zijn van de zorg, echter daarvoor is geld en inspanning nodig. De **zorgvernieuwing** is een omvangrijk traject, maar omdat er momenteel zoveel goede ontwikkelingen gaande zijn (zoals project Dwang en Drang), zijn wij ook ambitieus in onze plannen en zien wij **enorme potentie voor verbeteringen**. Hieruit volgt onze aanbeveling voor **“prima remedia”**.

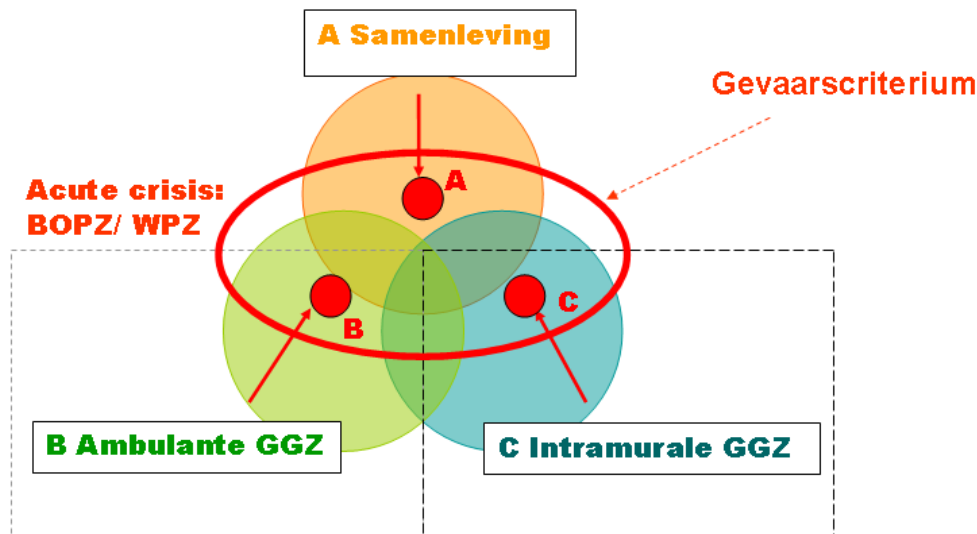
De wet BOPZ wordt momenteel herzien tegen een achtergrond met velerlei tekortkomingen in de zorg (wachlijsten, werkdruk en tijdgebrek, bureaucratie, dominerend biomedisch model enz.), en de traagheid van de cultuurveranderingen dwingt ons helaas, ondanks ons optimisme, om mee te gaan in de visie dat dwang voorlopig nog toegepast zal gaan worden bij “uit de hand gelopen gevallen” te weten crisissituaties.

Het is nodig dat er vanuit het cliëntenperspectief en ervaringsdeskundigheid bijdragen gedaan worden aan een **zo mild mogelijke uitvoering van dwangmaatregelen**. Om die reden denken wij actief mee over verbeteringen ten aanzien van dwanggebruik en wenselijke **randvoorwaarden en wetgeving inzake dwangtoepassing in de GGZ**.

2. Zorgfasering: Wet BOPZ (WPZ) en crisissituaties

2.1 Zorgfasering

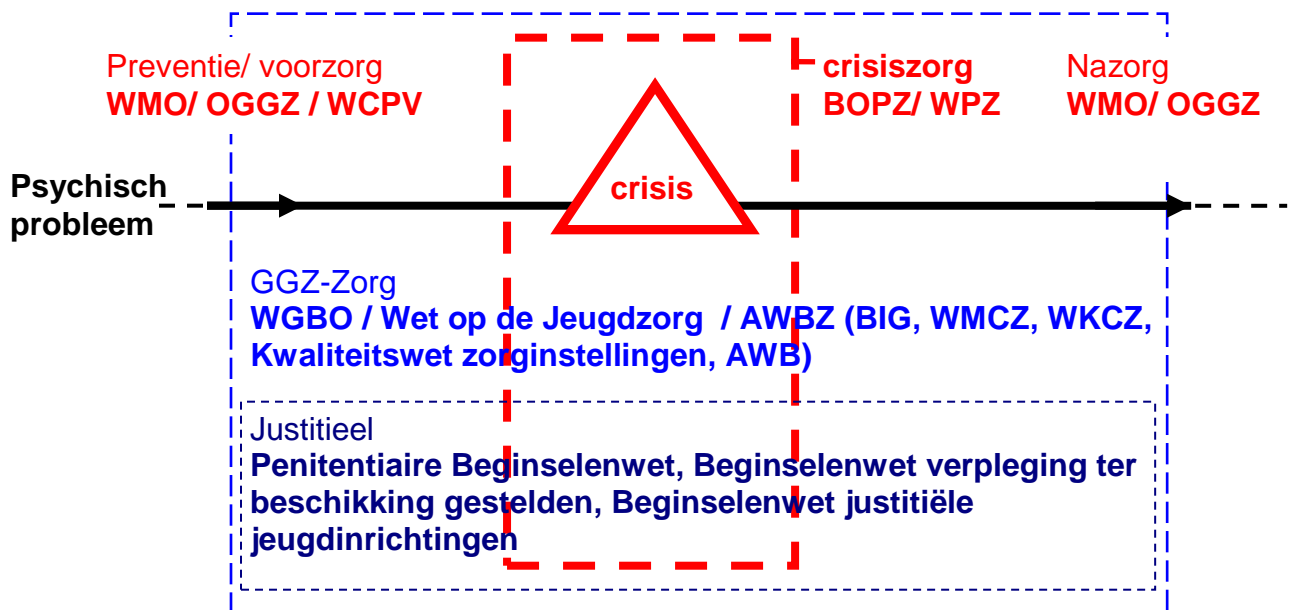
Er zijn verschillende soorten en stadia van crises. Hieronder staat een schematisch overzicht:



Afbeelding xx. Schematisch overzicht van het toepassingsgebied wet BOPZ/ WPZ (acute crisis)

Er zijn in feite 3 soorten crises, waarbij kan worden opgemerkt dat het belangrijkste onderlinge verschil gevormd wordt door het **wel/niet hebben van bestaand contact met hulpverleners**. In crisissituatie A (in de samenleving) is er vaak sprake van een eerste contact met hulpverleners. In crisissituatie B (ambulante GGZ) en C (intramurale GGZ) zijn er wel bestaande contacten met hulpverleners.

Hieronder volgt een schematische dwarsdoorsnede van een crisissituatie en bijbehorende wetgeving:



Afbeelding xx Schematische dwarsdoorsnede van crisissituatie en bijbehorende wetgeving

Beschrijving van de wetgeving gevonden op:

http://www.brancherapporten.minvws.nl/object_document/o118n209.html

2.2 Beperkingen van de wet BOPZ

De wet BOPZ/ WPZ is een maatregel: die feitelijk alle werkvlakken van de zorg doorkruist. Het gevaarscriterium vormt “de grens” van de huidige interventies op drie zorgfasen (samenleving, ambulante en intramuraal) en de wet BOPZ grenst aan zeker 15 andere wetten.

In deze context plaatsen wij de genoemde **“handelingsverlegenheid”** van hulpverleners, die (terecht) geneigd zijn te doen wat de wet voorschrijft. Hulpverleners zijn vaak genooddaakt een afweging te maken of men “bevoegd” is om iets te doen dan wel laten, en of de handelingen “vergoed” dan wel “bestraft” zullen worden door de instelling waar zij werkzaam zijn. Vaak wordt men beperkt door “wat er mogelijk is binnen de eigen organisatie”. Instellingen en organisaties bestrijken vaak slechts een **specifiek deelgebied van de zorg (vaak gekoppeld aan bepaalde wetgeving)**, en dat werpt weer allerlei barrières voor samenwerking en ketenregie op, zeker in een tijd waarin marktwerking wordt gestimuleerd. Dit werkt een integrale aanpak uiteraard niet in de hand, maar leidt tot een smalle visie op crisissituaties, waarbij men moet afwegen of men aan de wettelijke voorwaarden voldoet (doelgroepenbeleid aan de hand van het gevaarscriterium). Dit gaat vaak ten koste van het belang van de cliënt.

Omdat de huidige wet BOPZ nagenoeg enkel gewelddadige en vernederende interventies beschrijft als vervolgcacties bij een crisis, vinden wij het zeer betreurenswaardig, maar niet zo vreemd, dat er in de praktijk **geen goede toepassing van het ultimatum remedium** plaatsvindt. In vergelijking met andere landen gebruikt de Nederlandse GGZ namelijk opvallend vaak en langdurig dwang. (zie paragraaf 2.3 Crisissituaties). **Mede om die reden is het landelijk Project Dwang en Drang (GGZ Nederland) opgestart om het gebruik van onvrijwillige vrijheidsbeperkende interventies terug te dringen en de kwaliteit van interventies te verhogen.**

Uit dit alles willen wij naar voren brengen dat in de huidige samenleving en GGZ bij manifestatie van crisis **een focus ontstaat op het gevaarscriterium (met het risico op betutteling alsook generalisering van wettelijke doelgroepen), waarbij de sociale context en de toeleiding tot zorg niet de aandacht krijgt die noodzakelijk is om goede zorg te verlenen.**

De herziening van de wet BOPZ is volgens ons niet bedoeld om “oude wijn in nieuwe zakken te doen” en het gevaarscriterium opnieuw uit te vinden, maar de herziening is juist bedoeld **om crisissituaties in de toekomst beter op te lossen.**

Een goede uitwerking van een ultimatum remedium (laatste redmiddel) zou volgens ons moeten inhouden dat de noodzakelijke voorafgaande redmiddelen (“prima remedia”) eveneens benoemd worden om daarmee te voorkomen dat dwang wordt geïnterpreteerd als een “gangbare behandeling van een crisis” die bij de wet is voorgeschreven en omdat er binnen de eigen organisatie geen alternatief is. Het **stimuleren van kwaliteit van zorg** is noodzakelijk om escalaties en dwang te voorkomen. Om die reden is er dus een noodzaak om de eerste stappen van crisisafhandeling duidelijk wettelijk te benoemen, en daarmee een stimulans en bredere aanspraak op voorzieningen (zoals intensieve thuiszorg of ACT via de wet WMO enz.) in te bouwen voor de zorguitvoerders. (zie ook Hoofdstuk 5 Visie op dwangmaatregelen)

2.3 Opvattingen over crisissituaties en “dwangbehandeling”

De Nederlandse afbakening van crisissituaties hangt nauw samen met de opvatting over “dwangbehandeling” ofwel gedwongen behandeling.

2.3.1 Afbakening van crisissituaties

Een psychisch probleem (c.q. aandoening/stoornis) manifesteert zich vaak sluipend, en is vaak in eerste instantie onopgemerkt of onoplosbaar in huidige situatie. Dan kan er een crisis ontstaan, ofwel: een acute noodsituatie (escalatie). In die situatie wordt vervolgens het gevaarscriterium getoetst en worden zonodig crisisprotocollen en de wet BOPZ/WPZ toegepast. (zie paragraaf 2.2 Beperkingen van de wet BOPZ)

Een vergelijking van de duur van crisiszorg in Engeland en Nederland levert een interessant verschil op:

In Engeland duurt een **crisisinterventie gemiddeld ca. 30 minuten**,

Een dwangopname in Engeland duurt gemiddeld ca. 14 dagen

In Nederland duurt een **crisisinterventie gemiddeld ca 11 dagen** (m.n. separatie),

Een dwangopname in Nederland duurt gemiddeld 3-6 maanden

Bronnen Symposium alternatieven voor separatie- 2005- Bert van de Werf.
en 5th European Congress on Violence in Clinical Psychiatry -2007

In Nederland zijn de grenzen van “crisissituaties” opgerekt en de Nederlandse GGZ verondersteld wellicht dat “het hele psychische probleem” opgelost kan worden door toepassing van dwangmaatregelen, terwijl andere Europese landen (zoals Engeland) de dwangtoepassing beperken tot het afwenden van de acute crisis.

2.3.2 “Dwangbehandeling” als behandelmogelijkheid?

Inderdaad bestaat in Nederland de opvatting dat “dwangbehandeling” een mogelijke manier is om iemand van zijn/haar problemen af te helpen door hem/haar te dwingen. Nederland staat alleen in de opvatting dat een persoon positief kan groeien en dat psychisch welzijn kan herstellen onder dwang.

In andere landen prevaleert de opvatting dat een verandering in beleving, gedrag en/of overtuiging intrinsieke motivatie vereist, wat niet extern opgelegd of afgedwongen kan worden. Met andere woorden: **Het probleem zit veel dieper dan alleen de symptomen.**

Door dwang toe te passen riskeert men een versterkt averechts effect (“met de hakken in het zand”). Dwang is daarom volgens bijna alle andere (westerse) landen puur een noodzakelijk kwaad om een acute crisis mee af te wenden (wat zich doorgaans beperkt tot een interventie van maximaal enkele uren).

De Nederlandse dwangbehandeling berust feitelijk op het idee van symptoombestrijding en conditionering door straffen en belonen, wat nauwelijks met het welzijn van de client te maken heeft, omdat de **persoonlijke voorkeuren en gevoelens van de cliënt** geen plaats krijgen. Bovendien lijkt genezing dan gedefinieerd te zijn als “zonder overlast meedoen in alle onderdelen, zonder verdere diepgang mbt de psyche”, en daarmee doet men de hele essentie van GGZ en de persoon in kwestie tekort.

Er dient in de zorg immers per moment bekeken te worden wat juist is om te doen, zodat bij **signalering** van opkomende problemen ook **adequaat gereageerd** kan worden en ingespeeld kan worden op individuele behoeften om erger te voorkomen, en de eigen regie van de client te vergroten door het aanreiken van mogelijkheden.

Dwang leidt vaak tot afstand, wantrouwen, strijd en angst (afkeer, contramime) waardoor contact en hulpverlening nauwelijks nog mogelijk is. **Voor signalering is contact nodig, en optimaal contact bereikt men in een sfeer van vertrouwen.**

Eigenlijk is de Nederlandse opvatting inzake dwangbehandeling inmiddels achterhaald op basis van de huidige stand der wetenschap en kennis. **Dat dwang de veiligheid zou vergroten is inmiddels grotendeels achterhaald, o.a. door het landelijke Project Dwang en Drang, wat gesubsidieerd wordt door de overheid.** En het is bekend dat dwang de goedbedoelde zorg ondermijnt, terwijl het - als men meer inspanningen levert- ook mogelijk is om vertrouwen te winnen en dwang te voorkomen.

2.4 Bescherming en betutteling

Op zich hanteert de zorg een nobel uitgangspunt om **de kwetsbaren van de samenleving te beschermen en te voorkomen dat zij in de problemen of narigheid terechtkomen.**

Bij problematisch gedrag ontstaat vaak de **angst** “dat het mis zal gaan”, dat er vervelende gevolgen zullen ontstaan. Uit **altruïsme (liefde)** wil men dan voorkomen dat iemand in de narigheid terecht komt, want het is moeilijk om een mens te zien worstelen in of met zijn/haar bestaan. Als iemand zelf niet geholpen wil worden, neemt men vervolgens het “gevaarscriterium” ter hand om in te kunnen grijpen als iemand een **“gevaar voor zichzelf of de omgeving”** vormt. Men wil iemand immers beschermen om narigheid te voorkomen.¹

Deze bescherming kan echter doorslaan in **betutteling**. Waarbij beschermende maatregelen worden doorgevoerd **tot in het absurde** (zoals vernederende visitaties ter voorkoming van suicide, of preventieve opsluiting van alle mensen met schizofrenie of een bepaalde afkomst). Bij betutteling zijn de maatregelen **buitenproportioneel** en situaties, diagnoses, achtergronden, incidenten enz. **gegeneraliseerd**. Het argument “**ja maar we moeten jou beschermen**” domineert dan elke discussie. Daardoor voelt de client zich niet meer begrepen en kan er al snel een vertrouwensbreuk ontstaan. **Als er een vertrouwensbreuk ontstaat door interventies kan men stellen dat het middel niet bijdraagt aan het doel.**

Beschermende betutteling ligt altijd op de loer, maar eigenlijk verdient ieder mens altijd weer **een nieuwe kans**. Wat je zaait zal je oogsten. Wie vertrouwen schenkt zal vertrouwen krijgen. Een mens kan alleen **groeien** als hij of zij kansen krijgt om zich te ontplooiën en nieuwe dingen te ontdekken. Mensen leren vaak het meest door **“vallen en opstaan”**. Soms is het nodig om mensen ook te leren **een kwetsbare persoon een beetje meer los te laten**, en diegene zelf zijn/haar weg te laten ontdekken. Dat wil niet zeggen dat men zich niet meer met degene bezighoudt, want men kan immers blijven waarschuwen en adviseren mbt de gevolgen (terwijl degene toch tegen zijn eigen muur aanloopt, maar dat kan een leerproces zijn). Het is erg belangrijk om mensen ook de kans te geven om hun eigen **leerzame fouten** te maken. Het bieden van “valbegeleiding” om op slimme wijze de gevolgen te beperken zou gepast zijn. (bijv. volgens het ACT-concept, een milde attitude en ketenstrategie, zoals bijv. inlichten politie, woningstichting, omgeving voorlichten en ondersteunen enz.)

Bovendien is contact iets persoonlijks, en kan je je problemen vaak enkel met bepaalde personen echt goed bespreken. Er moet “een klik” tussen de gesprekspartners zijn. **Soms is een familielid of vriend de beste persoon om mee te praten, of om te bemiddelen in een crisis.** De mogelijkheden voor **inclusie van het sociale netwerk** zijn ook nog onderbenut.

¹ Het gebrek aan preventie of aandacht voor de oorzaak is hier bewust buiten beschouwing gelaten, voor een waarheidsgetrouw beeld van de praktijk van een crisissituatie – waarbij men doorgaans focust op het gevaarscriterium.

2.5 Het tegengaan van bureaucratie

Het idee om bureaucratie te voorkomen door dwangtoepassing te verruimen en te versimpelen doet ons huiveren. Het is belangrijk niet teveel af te knabbelen van belangrijke voorwaarden van dit precaire complexe onderwerp.

Het is beter om de achtergrond te herstellen, waar ca 15 verschillende wetten aansluiting zoeken op de wet BOPZ en waar het voor uitvoerenden haast onmogelijk is geworden om ten tijde van een crisissituatie aanspraak te maken op bepaalde wettigheden (anders dan BOPZ, zoals intensieve zorg uit de WMO). Dit gaat ten koste van de zorgkwaliteit. De toepassing van de wet BOPZ is “uit de hand gelopen” doordat de wetgeving (in brede zin) tekortschiet in de aansluiting op de kwaliteitseisen voor crisishantering en de zorgpraktijk.

Uitgangspunt van het ministerie is dat “**alle crisissituaties in alle vormen van GGZ op eenzelfde manier beoordeeld worden**”, van verslavingsproblematiek, ambulante of intramurale reguliere zorg tot aan jeugdzorg, en (indien mogelijk) wordt ook aangesloten bij geriatrie en gehandicaptenzorg.

Daarbij zou de doelgroepengrens t.a.v crisissituaties (gevaarscriterium voor interventies) van de Wet BOPZ in een nieuwe Wet Onvrijwillige/Psychische Zorg vrijwel ongewijzigd blijven bestaan, wat zou kunnen leiden tot weinig kwalitatieve verbeteringen in de afhandeling van crisissituaties (zie paragraaf 2.2 Beperkingen van de wet BOPZ).

Om een gunstige crisisafhandeling , waarbij dwang wordt vermeden, te vergemakkelijken, dienen naast het ultimum remedium ook preventie en intensieve zorg (als “prima remedia”) benoemd te worden, zodat hier eenvoudig aanspraak op gemaakt kan worden wanneer hulpverleners willen voorzien in een flexibele oplossing.

Op die wijze zou de bureaucratie in de beroepsuitoefening kunnen afnemen, met tegelijk meer positieve kansen voor cliënten.

3 Kwaliteit van zorg : tevredenheid

3.1 Kwaliteit van zorg

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. (NB belang van tevredenheidsmeting)

Gevonden op [Nederlands Normalisatie Instituut](#)

Zorg : bekommernis om. - Bekommernis om gezondheid (Gezondheidszorg).

- Bekommernis om een grote diversiteit van zaken.

* Je ergens zorgen over maken; je afvragen of iets wel goed verloopt.

Gezegde: `geen zorgen maken over .., maar zorgen voor ...`

Gevonden op <http://nl.wikipedia.org/wiki/Zorg>

Het gevoel van tevredenheid en het gevoel van vervulde behoeften is aangenaam.

Dit is wederom tegenovergesteld aan de gevoelens die dwang oproept.

3.2 Prestatie-indicatoren: tevredenheid en klachten

Kwaliteit is “het voldoen en bevredigen in behoeften”, dus tevredenheidsmetingen onder betrokkenen zijn prestatie indicatoren.

Tevredenheid betekent: geen klachten.

Klachten zijn dus ook een prestatie indicator voor de dienstverlening.

Kwaliteit wordt verbeterd door minder fouten te maken en een grotere tevredenheid te bewerkstelligen. Overeenstemming is een afgeleide van tevredenheid, en mag dus ook als een prestatie-indicator worden geïmplementeerd.

3.3 Kwaliteitsborging door rechtspositie van de cliënt

Aangezien de Inspectie niet in staat is om toezicht te houden op alle situaties, verdient het de aanbeveling om de rechtspositie van cliënten extra zorgvuldig te bewaken en te waarborgen.

Bovendien, zorg is persoonlijk, en dus is het een individueel oordeel of hulp heilzaam is geweest. Veralgemening via kwaliteitscommissies kan een nadelig effect hebben voor bepaalde personen met een andere individuele voorkeur. De waarborging van kwaliteit van zorg behoort ook op **individueel niveau** vormgegeven te worden.

Nog een argument voor het zorgvuldig uitwerken van een gedegen rechtspositie voor cliënten zijn de **mensenrechtenverdragen**. Het nieuwste VN-verdrag benoemt expliciet de (gelijke) rechten van o.a. mensen met psychische problemen.

Het is zeer belangrijk om de stem van cliënten versterken, omdat die zich bij dwang in een ondergeschikte positie bevinden (in tegenstelling tot gelijkheid en dialoog). Om dwang te kunnen vermijden is het nodig om **meer weerstand te bieden aan het gevaarscriterium**. Voor toetsing en behandeling van klachten is het nodig om **een gelijke rechtspositie te hebben als alle andere mensen**. Dus toegankelijkheid van ALLE mogelijkheden van rechtspraak (PVP, klachtencommissie, politie-aangifte, rechter en advocaat) De rechtspositie van cliënten is nog steeds penibel te noemen, omdat het gevaarscriterium vrijwel altijd dominant is (zonder enig alternatief) en de cliënt zelden een eerlijke procedure kan starten.

4. Kwaliteit van onvrijwillige interventies (algemeen)

Uit het eerste deel van Project Dwang en Drang zijn 8 kwaliteitscriteria voor vrijheidsbeperkende interventies (dwangmaatregelen) geformuleerd.

Ook hierin wordt bevestigd dat dwang geen effectieve remedie is, en dus geen standaard interventie bij een crisis kan zijn, maar enkel een noodmaatregel.

- Zie ook het boek **Dwang en Drang in de psychiatrie, Kwaliteit van vrijheidsbeperkende interventies** – T. Abma e.a. (lemma uitgeverij 2005, ISBN: 90-5931-330-5)

Op basis van onze eigen ervaringen, internationale verklaringen en de ervaringen uit Project Dwang en Drang stellen wij vast dat dwang voorkomen kan worden door intensieve zorg. Zie ook Manifest 1 “**Gelijkheid, zelfbeschikking en Wet Psychische Zorg**”.

4.1 Contrast tussen dwang en zorg



Afbeelding Dwang



Afbeelding Zorg

4.2 Interventiestadia:

Elke reactie heeft een oorzaak. Preventie is het hoogste kwaliteitsdoel.(bronbestrijding),

0. **Preventie:** voorkomen van problemen, crisis, escalaties en dwang
 1. **Signalering:** tijdig oppikken van signalen
 2. **Toenadering:** zorgvuldig contact maken
 3. **Overleg en aanbod:** onderhandeling en bejegening
 4. **Zorg op maat:** acceptabele interventie in overeenstemming en samenwerking

4.3 Verbeterkansen:

- **A Samenleving:** preventief, vroeg-signalering, adequate toegang tot zorg, reactief: adequate toenadering en juiste bejegening in crisis, flexibel aanbod, zorg op maat = **vroegtijdig intensief aanbod (presentie) ipv verloedering**
- **B Ambulant en C Intramuraal (contacten met hulpverleners bestaan: waar gaat het fout?) :** preventief, vroeg-signalering, adequaat zorgaanbod, reactief: bejegening, flexibel aanbod en zorg op maat

5. Visie op dwangmaatregelen – Stichting Mind Rights

Vanwege de snelle totstandkoming van dit rapport is de volgende specifieke informatie mbt dwangmaatregelen in de GGZ beperkt tot een weergave van de belangrijkste aandachtspunten vanuit clientenperspectief (door Actiegroep Tekeer tegen de isoleer! / Stichting Mind Rights). De hoofdlijn is reeds gegeven in manifest deel 1- zorg is compassie. Specificatie op onderdelen is mogelijk. Verzoeken kunt u richten aan: Jolijn Santegoeds, tekeertegendeisoleer@hotmail.com

Achtereenvolgens komen eerst veelvoorkomende fysieke beperkende maatregelen (dwangopname, separatie - met varianten- en fixatie) aan bod, en ook gedwongen ontslag. Vervolgens wordt aandacht besteed aan de indringende maatregelen (visitatie en dwangmedicatie) en daarna aan de voorgestelde ambulante maatregelen (de nieuwste groep). Daarna zal er een visie worden gegeven op de uitgangspunten van het ministerie.

5.1 Fysieke beperkende maatregelen

5.1.1 Onvrijwillige opname / dwangopname

Onvrijwillige opname/ dwangopname is “iemand onder dwang meevoeren naar een GGZ-voorziening”. Ontneming van zelfbeschikking, sociaal-maatschappelijke vrijheid en autonomie.

Veelvoorkomende bij-effecten:

- contactbreuk, verwijdering, beperking en verlies van sociale netwerk,
- cultuuromslag vanwege andere positie in nieuwe omgeving met “andere omgangsvormen” (o.a. dwangtoepassing).
- verlies van werk en woning, voogdij enz. (mn bij langere duur)

Kritische kanttekeningen bij dwangopname:

Zoals gezegd in paragraaf 2.3 duurt een dwangopname in Nederland gemiddeld veel te lang in vergelijking met andere westerse Europese landen, waarbij de Nederlandse visie op dwangbehandeling belangrijke factor is. Door die lange dwangopnametermijn komen ook regelmatig dramatische bij-effecten voor, zoals het verlies van nagenoeg het complete sociale leven en hospitalisatie. Personen ervaren dwangopname vaak alsof ze “onrechtmatig en onzorgvuldig in een bepaalde maatschappelijke positie worden geduwd” met een “ongewenste verplichting tot verandering”. Afhankelijk van de individuele bejegening is er vervolgens een kans op samenwerking of zorgvermijding.

* Door het ontwikkelen van vertrouwen kan dwang voorkomen worden. Met een langere contacttijd van de crisisdienst kan gedwongen opname zeer goed teruggedrongen worden (o.a. door afwenteling naar WGBO en WMO).

Aanbevelingen:

- Definitie van crisis en dwangbehandeling herzien en dwangopname-termijn drastisch beperken.
- Zorgvuldige individuele bejegening (maximaal aanbod door “prima remedia”) .
- Veel meer inzetten op vrijwillige zorg (investering vergroten met factor 10 of zo).
- Een aandeel AWBZ zal o.a. moeten verschuiven naar WMO en WGBO e.a. – verschuiving vormgeven als nieuw kopje “Prima remedia” voor acute aanspraak op WMO en WGBO enz.

→ Zorgvuldigheid is efficiency. Kwaliteit is tevredenheid. Zorg is persoonlijke aandacht.

5.1.2 Separatie / eenzame opsluiting en uitsluiting

Separatie is eenzame opsluiting in een isoleercel (“separeer”), uitsluiting, creperen, niet leerzaam of heilzaam maatschappelijk ongewenst gedrag “oplossen” door het “probleem” in een spreekwoordelijke “ijskast” te zetten. (de hele persoon wordt afgewezen en verwijderd).

Het hele beginsel van opsluiting en uitsluiting is niet professioneel, maar amateuristisch. Vroeger verborg men problemen door ze te verstoppen. Soms vinden we in ontwikkelingslanden nog situaties waarin men **“intensieve patiënten”** in een kolenhok stopt of aan een boom bindt. De GGZ is juist onder andere opgericht om dat soort situaties te voorkomen en problemen professioneel te hanteren.

Veelvoorkomende bij-effecten en gevaren van eenzame opsluiting:

- **Psychisch leed:** eenzaamheid, verlorenheid, angst, wanhoop, onbegrip, wantrouwen, boosheid, traumatisering
- **Contactbreuk,** strijd en verzet, verminderde kansen voor signalering en hulpverlening.
- **Risico op letsel en schade** bij ontstaan of verergering van somatische en psychische klachten, brand enz.

Kritische kanttekeningen bij separatie:

- Waarom harde muren als het voor bescherming dient?
- Regelgeving mbt wel/geen toezicht/begeleiding?
→ observatiecamera's zijn “eenrichtingsverkeer”, client heeft geen direct contact of notitie van reacties.
- Regelgeving separeerkleding (afgekeurd door CPT), naaktheid? aanwezigheid van matras? Dekens en kussens? Krijt? Bal? Muziek? Lectuur? Televisie? Contactlenzen? Piercings (die dichtgroeien)? humanere toiletgang! – WC. waarom geen telefoon/intercom met mogelijke buitenlijn???
- Inspanningsverplichting mbt varianten: Snoezelruimte/comfortrooms met zachtheid, knuffels, boksbal, PC/Wii oid (games- audiodrumkit enz.)?
- Welke evaluatie-criteria? Maximale lengte/duur ?

Aanbevelingen voor wetgeving aangaande separatie:

- **Verzachting van het interieur van de separeers.**
 - **Presentie-/contactverplichting – client niet fysiek alleen laten, verpleging dient altijd in zicht van de client te blijven**
 - **Verbeterde comfortabele separeerkleding, gebruik daarvan echter vermijden ivm waardigheid. Naakte separatie verbieden.**
 - **Verplichte aanwezigheid van matras, dekens en kussens, krijt, bal, muziek, lectuur, waar mogelijk: televisie, telefoon/intercom -met mogelijke buitenlijn,**
 - **Inspanningsverplichting mbt. snoezelruimte/comfortroom.. zachtheid, knuffels, boksbal, pc games (Wii) -audio drumkit enz. (als “prima remedia”)**
 - **Piercings en contactlenzen toestaan.**
 - **Verzoeken rond eten en drinken altijd honoreren.**
 - **Humanere toiletgang (WC ipv bekkentje)**
- NB MET TOEZICHT IS DAT ALLEMAAL GEEN GEVAAR!!!!!!**
DUS PERSOON NIET ALLEEN LATEN IN SEPARAER.
- **Maximale lengte: 10 dagen (absolutie), Als een crisis niet binnen enkele uren afgewend kan worden, en er tijd is geweest om alternatieven te zoeken en er**

nog steeds geen verbetering zichtbaar is, kan men zeggen dat het zinloos is. (tevens vormgeving wederkerigheid)

- Als na 10 dagen “detentie” in een GGZ geen oplossing wordt gevonden, is het niet zinvol om “onbeperkt” te proberen met opsluiting een verbetering van de situatie te bewerkstelligen. De persoon zou “vrijgelaten” kunnen worden, met adviezen, begeleiding en toezicht, met “valbegeleiding”.
 - Aan juridische detentie zit altijd een maximale termijn. Vanwege een gelijkwaardige rechtspositie dient de ontneming van bewegingsvrijheid in de GGZ eveneens gelimiteerd te zijn, op een humane basis.
- **Verbeterd klachtrecht als kwaliteitsborging (met hulp van bovenstaande harde kwaliteitscriteria).**

In Denemarken zijn separeercellen verboden, en ook in Noorwegen en Zweden laat men personen in een crisis niet alleen. In Engeland gebruikt men PICU's (Psychiatric Intensive Care Units, met intensieve “talking-down” methodes waarbij de crisis direct wordt aangepakt, in plaats van uitgesteld). Ook in Zwitserland is men erg ver in de geweldloze, intensieve aanpak van crisissituaties. In al deze Europese landen ligt het gebruik van dwang veel lager dan in Nederland.

*** Varianten van fysieke vrijheidsbenemende interventies** (opsluiting met verschillende benamingen):

- **Gedwongen “Time-out”**, vaak op eigen kamer of separeer, argumenten als hierboven. maxima (bijv. 30 minuten of 1 uur, anders is het “separatie” of “kamerprogramma”) en randvoorwaarden stellen aan Time Out (duidelijk milder dan separatie, bijv. eigen kleding behouden enz.).
- **Gedwongen Kamerprogramma**, wel/niet gestripte kamer, verblijf in kamer op afgesproken tijden (eenzijdige afspraak), argumenten als hierboven. maxima (bijv. 10 dagen, max. 20 uur per dag) en passende randvoorwaarden stellen.

Aanbeveling: de varianten gedwongen Time Out en gedwongen Kamerprogramma benoemen in de wet en adequaat begrenzen met maximale termijnen en randvoorwaarden. (vervaging en afwenteling van terminologie voorkomen)

Een aparte aangelegenheid is **“gedwongen ontslag, danwel uitsluiting van de zorg”**:

- **Gedwongen ontslag (uitsluiting van de zorg)**.
Een zeer vreemde gang van zaken, waarbij bij “probleemgedrag” de client de deur wordt gewezen. Er is dan sprake van een duidelijke zorgbehoefte die men niet in staat blijkt te kunnen beantwoorden (zeer vaak vanwege een verstoorde hulpverlener-client relatie). Met argumenten als: onbehandelbaar en ongemotiveerd enz. Bij dit “laten vallen” is meestal geen “valbegeleiding” geregeld.

Aanbevelingen mbt gedwongen ontslag:

* “Gedwongen ontslag” dient niet plaats te vinden. Men behoort actief op zoek te gaan naar een **nieuwe zorgvorm, en indien nodig: woonvorm** (“overdragen” aan collega-instellingen en organisaties) en minimaal te zorgen voor **“valbegeleiding” (preventie van gevolgen**, bijv. door een milde opstelling, evt. waarschuwing woningstichting en politie, enz., “prima remedia”)

5.1.3 Fixatie

Het vastbinden van een persoon op 1 of meerdere punten. Met Zweedse Banden. Fixatie is zeer ontrend, niet leerzaam of heilzaam en vormt absolute ontneming van bewegingsvrijheid. Fixatie laat geen enkele mogelijkheid om als normaal mens te functioneren. (niet zelfstandig eten, toiletgang, muggen, kan je niet verbergen enz.). Het is enorm vernederend en beangstigend. Terecht wordt vaak opgemerkt dat fixatie (net als andere vrijheidsbenemende interventies) zeer vaak onrustverhogend werkt.

Fixatie kent grote risico's op letsel of schade. Het is slecht voor gewrichten en bloedcirculatie, afknelling en strangulatie zijn mogelijk, zeer gevaarlijk bij brand. (2 dodelijke slachtoffers in Vlaanderen enkele jaren geleden, en recentelijk in de geriatrie in Nederland)

Kritische kanttekeningen mbt fixatie:

Er zijn grote regionale verschillen in zorgkwaliteit gesignaleerd, maar er zijn diverse verschillende instellingen in Nederland die fixatie al jaren niet meer toepassen. **Op basis van deze "best practices" is een landelijk verbod op fixatie met enige inspanning realiseerbaar.**

Aanbeveling voor fixatie:

- **Fixatie wettelijk verbieden (evidence based op basis van Best Practices in de zorg).**
- Geriatrie: fixatie vervangen door begeleiding, belmatjes, valkussens enz.

5.1.4 Visitatie

Visitatie is een zeer vernederend anaal/vaginaal onderzoekje (met rubberen handschoenen). Onder dwang is dit extreem ongepast en traumatiserend. Visitatie komt gelukkig niet zo vaak voor in de psychiatrie, maar is een **grove aantasting van de integriteit** en zeer ontrend. Visitatie wordt even ernstig beleefd als aanranding/verkrachting met machtsmisbruik door personen die trauma's juist zouden moeten verhelpen ipv aanbrengen. Visitatie wordt doorgaans gecombineerd met fysieke vrijheidsbeperking (zoals separatie), en is daarmee extra luguber. Visitatie leidt doorgaans tot een onoverkomelijke verstoring in relatie tussen client-hulpverlener. Visitatie is **schending van de mensenrechten derhalve kortzichtig en absoluut ontoelaatbaar in zorgcontext.**

Aanbeveling mbt visitatie in de GGZ:

- **Visitatie van onschuldige burgers is een van de grootste mensenrechtenschendingen in ons land.**
- Zelfs over de wettelijke mogelijkheden tot visitatie via strafrecht in een van de zwaarst bewaakte gevangenissen van Nederland: EBI in Vught is een **veroordeling door het Europese Hof van de Mensenrechten** uitgesproken (zaak Lorse).
- Voor visitatie in de zorg geldt: **het middel is erger dan de kwaal.**
- De technologische vooruitgang biedt inmiddels vele **scanapparatuur** die toepasselijk zijn voor dergelijke controles.
- **Visitatie dient absoluut verboden te worden, en ZEKER op zorggronden.** (en ook op Schiphol, ter preventie van psychische klachten).

5.1.5 Dwangmedicatie

Dwangmedicatie is ongewenste stofwisseling (vervuiling) in het eigen lichaam (vergelijkbaar met ongewenste toediening van drugs). Dit ondermijnt eigenwaarde en zelfbeeld.

Gezien de tijdsdruk voor de totstandkoming van dit rapport is ervoor gekozen om voor het standpunt aangaande dwangmedicatie te verwijzen naar het wetenschappelijke Engelstalige [artikel Psychiatry in the age of Neuroscience, door E. Landeweer, T. Abma, G. Widdershoven en J. Santegoeds \(april 2008\)](#) - Dit artikel over het belang van de sociale context naast de reguliere biomedische benadering is bijgevoegd in Bijlage 1.

5.2 Ambulante dwang

5.2.1 Voorwaardelijke machtiging

Bij een voorwaardelijke machtiging gaat het om manipulatieve dwang (bijv. “als je medicijnen neemt wordt je niet opgenomen”). Hierbij wordt een ongewenste opname het machtsmiddel. Clienten gehoorzamen dikwijls uit angst voor “ergere ontneming van autonomie en zelfbeschikking” (wat als **straf** wordt ervaren). Ook dit is inhoudsloze conditionering. (een gedragsverandering is vergelijkbaar met belasting betalen: aanvankelijk lijkt het vervelend, maar als men het doel van belasting (verzorgingsstaat) in ogenschouw neemt, is het een stuk minder vervelend en vervalt de weerstand al snel. Voor gedrag en gevoel geldt ook: als men begrijpt hoe en waarom veranderen zinvol is (doelstelling), dan ontstaat er motivatie).

5.2.1 Ambulante dwangbehandeling

Ambulante gedwongen behandeling is het nieuwe geplande fenomeen: Dat zal in de praktijk vaak neerkomen op dwangtoepassing zoals met name **dwangmedicatie** (bijv. depot), **verzorging en huishoudelijke, maatschappelijke begeleiding - in het eigen huis of op de locatie waar de persoon zich bevindt**. Voor dwangmedicatie kan men evt client meenemen voor poliklinische toediening.

- Wij missen hier duidelijk de voortzetting van de dialoog en de presentie van hulpverleners. **Elk mens verdient steeds een nieuwe kans**. Die kans moet ook daadwerkelijk geboden worden. Er dient bij “zorgmijders” goede onderhandeling, intensieve zorg of ACT plaats te vinden.

Met ambulante dwang wordt de uitvoering van dwang **moelijker controleerbaar** (toezicht is niet decentraal of gedeinstitutionaliseerd), waardoor het belang van de individuele rechtspositie van de client enorm groot is.

Ambulante dwang bestaat uit taferelen die wij enkel in een politiestaat zouden verwachten. Dwangmaatregelen zijn immers een zwaktebod van de zorg.

5.3 Samenvattende gedachte mbt dwangmaatregelen.

Hoeveel geweld is toegestaan in de GGZ? Waar ligt de grens tussen mededogen en bescherming? Dat zijn centrale hoofdvragen die de herziening van de Wet BOPZ veelal oproept.

Ons antwoord daarop is: Soms (vaak) is het middel erger dan de kwaal: Jarenlange separatie is ongewenst (uiteraard). Feitelijk is in dergelijke situaties nagelaten op een bepaald punt te concluderen dat separatie niet helpt. In de nieuwe wet moet er een wettelijke randvoorwaarden voor de uitvoering en een begrenzing van de maximale termijn van dwangtoepassingen komen. (wederkerigheid en rechten)

Als het verzet aanhoudt, is het blijkbaar een belangrijke kwestie, en dient men gehoor te geven aan het verzet, omdat het om het welzijn van de client gaat. Bovendien kwaliteit is

tevredenheid en cliënten zijn de centrale toetssteen. **Een sterke rechtspositie van cliënten** kan de kwaliteit borgen.

Daarnaast is het mogelijk dat iemand **het leerproces van eigen fouten maken** nodig heeft voor zijn/haar persoonlijke groei. (kan tevens het “ziekte-inzicht” en “zorgacceptatie” bevorderen). De zorg zou in zulke situaties de gevolgen kunnen voorzien en zoveel mogelijk op slimme wijze beperken (als **“valbegeleiding” en ACT**).

Bovendien is het probleem vaak niet enkel “van de client”, maar wortelt ook voor een deel in de draagkracht en attitude van de omgeving (sociaal netwerk en ook de zorgrelaties). In de maatschappij kan door “valbegeleiding” aan de **omgeving ook steun en hulp** worden geboden, wat een adequate samenwerking stimuleert. Door bij verstoorde hulpverlener-client relaties **de cliënt een grote regie te geven**, kan aan het herstel van de zorgrelaties worden gewerkt.

5.4 Nieuwe terminologie van het ministerie:

In de wet Onvrijwillige/psychische zorg wordt een nieuw wettelijk kader aangelegd voor dwangtoepassing en crisishantering. Het ministerie heeft er voor gekozen om de uitgangspunten voor dwangtoepassingen te benoemen als volgt:

Verzorging
Begeleiding
Behandeling
Medicatie
Opneming met verschillende vormen van beveiliging

Specificatie van de uitgangspunten; een heel erg ruim assortiment aan dwang.

Als wij die terminologie en de context verder analyseren ontdekken we een zeer ruim (vrijwel onbeperkt) assortiment aan dwangtoepassingen.

De terminologie van het ministerie is nagetrokken via internet (RIVM en VWS). Hieronder volgt een vrij uitgebreide selectie van de gevonden informatie. (hetgeen uiteindelijk niet erg veel duidelijkheid biedt gezien de breedte en overlap van de gebruikte begrippen)

5.4.1 Verpleging en verzorging – Ontwikkelingen- welke wetswijzigingen zijn er de afgelopen periode doorgevoerd? – Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport.

Bron: http://www.brancherapporten.minvws.nl/object_document/o354n431.html

Het afgelopen jaar heeft een aantal wetswijzigingen plaatsgevonden. Met name op het gebied van zorgaanpakken, de rol van de gemeente en extramuralisering zijn nieuwe afspraken gemaakt.

De belangrijkste aanpassingen die de afgelopen tijd in de regelgeving hebben plaatsgevonden zijn:

1. Wijziging Besluit zorgaanpakken **AWBZ** met daarin de omzetting van de voorzieningsgerichte aanspraken in functiegerichte aanspraken, de aanpassing van het Zorgindicatiebesluit en de aanpassingen van de reikwijdtebepalingen van **WZV** en **WTG**.
2. Beschikking van het **CVZ** (toelatingen zorginstellingen in het kader van de modernisering **AWBZ**) waarin alle institutionele toelatingen zijn omgezet in functiegerichte toelatingen.
3. **CTG**-beleidsregel extramurale zorgproducten. Deze beleidsregel maakt het mogelijk dat instellingen extramurale producten **AWBZ**-breed kunnen aanbieden (**VWS, 2003h**).

Een gedeelte van de ontwikkelingen die hier genoemd worden, is van toepassing op meerdere sectoren binnen VWs, zoals de modernisering van de AWBZ, de WMO en het pgb. Deze ontwikkelingen zijn samengevoegd bij [Sectoroverstijgende ontwikkelingen](#)

Wijziging Besluit zorgaanspraken AWBZ

Het Besluit zorgaanspraken AWBZ is per 1 april 2003 gewijzigd. De bestaande instellingsgebonden afspraken zijn gewijzigd in de zogenaamde functies. In de regelgeving vervalt daarmee het onderscheid tussen sectoren. Met andere woorden: er is geen sprake meer van schotten. De functies zijn: huishoudelijke verzorging, persoonlijke verzorging, verpleging, ondersteunende begeleiding, activerende begeleiding, behandeling en verblijf. De functies worden afgegeven in klassen die een aantal uren of dagdelen bestrijken. Voor de functies waarbij de zorgverlening in groepsverband verleend wordt, wordt de klassenindeling weergegeven in dagdelen. Hieronder staan een aantal voorbeelden van de inhoud van de functies. Met uitzondering van de functie 'verblijf' zijn de functies na toelating van het CVZ in principe overal en door iedereen leverbaar (VWS, 2003f):

- **Huishoudelijke verzorging:** opruimen, schoonmaken, het verzorgen van planten, ramen lappen en maaltijden klaarmaken.
- **Persoonlijke verzorging:** helpen met douchen, wassen op bed, aankleden, scheren, huidverzorging, hulp bij toiletgang en hulp bij eten en drinken.
- **Verpleging:** wondverzorging, toedienen van medicijnen, geven van injecties, advies hoe om te gaan met ziekte en het zelf leren injecteren.
- **Ondersteunende begeleiding:** ondersteuning om de dag te structureren en om beter de regie te kunnen voeren over het eigen leven. Ook de dagverzorging en dagbesteding, of hulp bij het leren zorgen voor het eigen huishouden.
- **Activerende begeleiding:** gesprekken om gedrag te veranderen of te leren hanteren bij gedragsproblemen of een psychische stoornis.
- **Behandeling:** zorg bij een aandoening zoals revalideren na een beroerte.
- **Verblijf:** het is soms niet mogelijk om zelfstandig te blijven wonen, bijvoorbeeld als er continu toezicht nodig is. Ook kan het zijn dat het verblijf in een instelling nodig is, omdat de hoeveelheid zorg thuis niet meer te regelen is.

*** Wet maatschappelijke ondersteuning**

Het kabinet heeft het voornemen om de **WVG**, de Welzijnswet en componenten van de **AWBZ** in een nieuwe wet op te laten gaan, de zogenaamde Wet maatschappelijke ondersteuning (WMO). Deze wet moet aangegeven wat burgers van hun gemeenten mogen verwachten aan publieke ondersteunende voorzieningen, als ze zichzelf niet meer helemaal kunnen redden (VWS, 2003c). De mogelijk verschillende rollen van de gemeente - als regievoerder, als aanbieder van ondersteunende diensten, als indicatiesteller - en de samenhang daartussen moeten ook in de wet worden vastgelegd. Meer informatie is te vinden bij [wat zijn de belangrijkste ontwikkelingen binnen verpleging en verzorging?](#).

*** AWBZ-brede subsidieregeling voor extramuralisering**

Vooruitlopend op de Wet maatschappelijke ondersteuning en op verzoek van de staatssecretaris van **VWS** heeft het **CVZ** de AWBZ-brede subsidieregeling 'diensten bij wonen met zorg' opgesteld. Deze subsidie is zowel bestemd voor de ondersteuning van instellingen die hun intramurale capaciteit extramuraliseren als voor ondersteuning van initiatieven voor uitbreiding van de capaciteit voor verblijfsgeïndiceerden in extramurale vormen van wonen met zorg en diensten. Deze subsidieregeling is in 2004 ingevoerd. De doelgroep van de subsidieregeling is beperkt tot geïndiceerden voor de functie 'verblijf'. Zij krijgen alternatieve mogelijkheden aangeboden waarmee zij hun zelfstandigheid langer kunnen behouden of eerder kunnen terugkrijgen. - Bron: http://www.brancherapporten.minvws.nl/object_document/o354n431.html

5.4.2 Terminologie van het RIVM (Nationaal Kompas Volksgezondheid) Verpleging en Verzorging- terreinbeschrijving en organisatie – Wat is verpleging en verzorging? Bron: http://www.rivm.nl/vtv/object_document/o1056n20327.html

Onderscheid verpleging en verzorging niet altijd helder

De keuze of de zorg wordt verleend door een verzorgende of verpleegkundige hangt sterk af van het doel van de te geven zorg. Verzorging richt zich vooral op de algemene dagelijkse levensbehoefte van de zorgvrager en verpleging meer op de zorg rond een ziekte of aandoening. Zowel een zogeheten helpende, verzorgende als verpleegkundige kan een zorgvrager verzorgen. Verplegen kan eigenlijk alleen worden uitgevoerd door een deel van de verzorgenden en verpleegkundigen op mbo- of hbo-niveau. Verzorging is een ander vak dan verpleging, maar heeft ook heel duidelijke overeenkomsten (Pool et al., 2001). De verhouding tussen verzorging en verpleging is een voortdurende bron voor discussie en afstemming. In sommige documenten wordt verzorgen als onderdeel binnen het domein verpleging beschouwd (Commissie Kwalificatiestructuur, 1996). Anderen geven aan dat er een overlap bestaat tussen de functies verpleging en persoonlijke verzorging.

Wat is verpleging?

Verplegen heeft als doel het ondersteunen en activeren van een zorgvrager als deze door een ziekte, aandoening of beperking of de gevolgen hiervan niet meer in staat is volledig voor zichzelf te zorgen. Het uiteindelijke doel is het bereiken van een situatie waarin de zorgvrager op een dragelijke manier met zijn ziekte om kan gaan. Uitgangspunt is het zo veel mogelijk stimuleren van de zorgvrager in wat hij (nog) zelf kan en het ondersteunen van de zorgvrager waarin deze hierin tekortschiet (Leistra et al., 1999). Het verplegen heeft vaak een directe relatie met aspecten die verband houden met een ziekte of stoornis. Het taakgebied van verplegen bestaat uit (Van de Haterd e.a., 2005):

- ondersteunen van de zorgvrager bij de persoonlijke basiszorg (hygiëne)
- begeleiden van de zorgvrager op psychosociaal gebied
- ondersteunen van de zorgvrager en mantelzorg bij het voeren van de regie over het eigen leven (zelfmanagement)
- verpleegtechnisch handelen (zoals bijvoorbeeld wondverzorging)
- preventie toepassen door het geven van voorlichting, advies en instructie.

Wat is verzorging?

Verzorgen is het ondersteunen en stimuleren van de zorgvrager in zijn leefomgeving, wanneer deze niet voldoende in staat is zichzelf volledig te verzorgen (Arcares, 2005b). Het doel van verzorgen is de zorgvrager zo veel mogelijk te ondersteunen in zijn algemene dagelijkse levensbehoefte waar hij dit zelf niet meer kan en daarnaast het verbeteren of instandhouden van de kwaliteit van leven van de zorgvrager. De vraag van de zorgvrager is hierin toonaangevend. De aanbieder van de zorg, meestal gegeven door een verzorgende of een helpende, past de zorg aan aan wat de zorgvrager zelf kan en wenst op het gebied van gezondheid, woon/leefomgeving, participatie en mentaal welbevinden. Het taakgebied verzorgen bestaat uit (Van de Haterd e.a., 2005):

- ondersteunen van de zorgvrager bij de persoonlijke basiszorg (hygiëne)
- ondersteunen van de zorgvrager bij het wonen en huishouden
- ondersteunende begeleiding aanbieden
- zorgvrager voorlichting, advies en instructie geven
- verpleegtechnisch handelen door verzorgenden.

5.4.3 Terminologie van RIVM (Nationaal Kompas Volksgezondheid)

Geestelijke Gezondheidszorg- terreinbeschrijving – wat is Geestelijke Gezondheidszorg?

Bron: http://www.rivm.nl/vtv/object_document/o1053n20330.html

GGZ biedt behandeling, zorg en begeleiding

De geestelijke gezondheidszorg (GGZ) biedt **behandeling, zorg en begeleiding** aan mensen met psychische problemen en stoornissen. Zij draagt bij aan **de verbetering van de geestelijke gezondheid en kwaliteit van leven van de patiënt** (Tonnaer, 1999). Een andere taak van de **GGZ** is het voorkómen van psychische problemen. De **GGZ** streeft naar het bevorderen en herstellen van de geestelijke gezondheid en/of het draaglijk maken en houden van duurzame psychische problemen.

Volgens de Nationale Raad voor de Volksgezondheid (NRV) kan de **GGZ** in de volgende functies worden opgesplitst:

- **(Collectieve) Preventie;**
- **Behandeling;**
- **Begeleiding;**
- **Verpleging en verzorging;**
- **Bescherming** (NRV, 1989).

Naast bovengenoemde functies is **rehabilitatie** van patiënten een taak van de **GGZ**. Hierbij leren mensen met blijvende beperkingen zo goed mogelijk omgaan met hun mogelijkheden.

Organisatie GGZ in zorgcircuits

Jarenlang was het gebruikelijk **GGZ**-voorzieningen naar intramurale, extramurale en semimurale geestelijke gezondheidszorg onder te verdelen. De laatste jaren wordt er echter niet meer gedacht in echelons, maar in zorgcircuits. De zorgcircuits beperken zich niet tot **GGZ**-voorzieningen, maar streven ook samenwerking met andere zorginstellingen na. De volgende zorgcircuits worden onderscheiden: Eerstelijns GGZ; GGZ preventie; GGZ voor kinderen en jeugdigen; GGZ voor volwassenen; GGZ voor ouderen; Forensische psychiatrie; Verslavingszorg; Openbare GGZ.

MFE's en RPC's in opkomst

Binnen de organisatie van de geestelijke gezondheidszorg vinden de laatste jaren grote veranderingen plaats. **GGZ**-instellingen fuseren en vormen tezamen de bovengenoemde circuits. Onder de naam Multifunctionele Eenheden (MFE's) en Regionale Psychiatrische Centra (RPC) vormen zij regionale **GGZ**-centra die verschillende vormen van hulp bieden. In deze **GGZ**-centra werken **APZ** (Algemene Psychiatrische Ziekenhuizen) en **RIAGG** vaak samen of zijn ze gefuseerd en niet meer als aparte werkvormen te onderscheiden. Ook werken PAAZ-en (Psychiatrische Afdelingen van Algemene Ziekenhuizen), RIBW's (Regionale Instelling voor Beschermd Wonen) en vrijgevestigde psychiaters soms samen met deze centra.

5.4 Kritische kanttekeningen mbt terminologie van het ministerie:

De terminologie en toonzetting is verkeerd.

- De bewoordingen zijn helemaal **niet concreet**, maar enorm breed en onspecifiek, nagenoeg grenzeloos. Wat mag er in de praktijk allemaal uitgevoerd worden onder de noemers behandeling en verzorging en opneming met verschillende gradaties van beveiliging? Visitatie van minderjarigen? Maximum aan separatie? (zie H5)
- Wat is gedwongen begeleiding?? – hoe geeft men dat vorm onder dwang? Wat valt er NIET onder?
- De bewoordingen leggen **niet of nauwelijks een relatie met de praktijk van dwangtoepassing**, zoals randvoorwaarden voor concrete dwangmaatregelen (die vermoedelijk allen onder: opneming met verschillende gradaties van beveiliging, en dwangmedicatie). De essentie van **rechtsbescherming** wordt gemist door de randvoorwaarden niet specifiek te benoemen..
- De **achterhaalde Nederlandse opvatting over “dwangbehandeling”** is samen met de lange interventieduur nog steeds onveranderd aanwezig in dit voorstel. Dat blijkt uit het voorstel voor een dwangassortiment over de volledige breedte van de GGZ.

Wederom missen wij dus een adequate toonzetting (c.q. goed begrip) als het gaat over psychische crisissituaties, en een verbeterde uitwerking van de **beginselen van de ZORG**.

Wij raden aan om een flinke afstand te nemen tot de opvatting “dwangbehandeling”, en de crisismaatregelen meer waarheidsgetrouw te herbenoemen, en de vervelende gedwongen interventies enkel en puur als **overbrugging van een kortdurende noodsituatie toe te staan**.

- Ezelsbruggetje: **Dwang is niet aangenaam, en de bewoordingen dienen die scherpte weer te geven. De term “verzorging” mag nimmer tot de categorie ultimum remedium behoren.**

De term “Duurzaam verzet” is verkeerd Nederlands taalgebruik. De term Duurzaam slaat niet op langdurigheid, maar is een milieutechnisch begrip en past niet in deze context. Wij raden aan om de term **“duurzaam”verzet te vervangen door “langdurig”of “aanhoudend” verzet**.

6. Jeugd en dwangmaatregelen

Jeugd en ontwikkeling

Kinderen worden geboren met een bepaalde persoonlijkheid en bepaalde potentiële mogelijkheden. Hoe die persoonlijkheid zich gaat ontwikkelen hangt voor een deel af van erfelijke dan wel aangeboren eigenschappen en voor een deel van het milieu waarin het kind opgroeit. Het milieu kan zowel een remmende als een stimulerende factor zijn ten aanzien van de ontwikkeling van de persoonlijkheid en de mogelijkheden van het kind. Het kind is in voortdurende wisselwerking met z'n omgeving. En het kind wordt niet alleen beïnvloed door z'n omgeving, maar oefent daar zelf ook weer invloed op uit.

Van kleins af aan willen kinderen nieuwe dingen ontdekken en beheersen. De wil om zich te ontwikkelen en te leren is kinderen aangeboren. Een baby bekijkt en ontdekt zijn eigen handjes en voetjes, reikt naar speelgoed om dat te betasten, te “proeven” en zo te ontdekken wat je ermee kan doen. Oudere kinderen gaan op onderzoek uit, willen weten hoe dingen werken, hoe ze iets voor elkaar kunnen krijgen. Dingen uitproberen, daarover praten met andere kinderen of volwassenen en ervaringen uitwisselen.

Kinderen moeten zich op hun eigen wijze en in hun eigen tempo kunnen ontwikkelen. Zij ontwikkelen zich als zij de mogelijkheid krijgen om te spelen, ontdekken, experimenteren en communiceren. Een goede verzorging met veel aandacht voor een prettige sfeer waarin kinderen zich veilig en gewaardeerd voelen is een belangrijke voorwaarde voor alle kinderen om zich te kunnen ontwikkelen.

Voor een baby zijn rust en regelmaat extra belangrijk, terwijl het, naarmate kinderen ouder worden steeds belangrijker wordt om meer ruimte te geven aan hun zelfstandigheid.

Spel vormt voor jonge kinderen de basis voor hun ontwikkeling. Spelen moet voor kinderen een leuke, boeiende en ontspannen ervaring zijn. Door het spel ontdekken en ontwikkelen zij hun eigen mogelijkheden en sociale vaardigheden zoals samen spelen, opkomen voor jezelf, rekening houden met een ander, samenwerken en overleggen.

Van jongs af aan leren kinderen door de reactie van ouders of andere opvoeders welk gedrag wel of juist niet gewaardeerd wordt. Het is belangrijk om kinderen op een opbouwende en duidelijke manier te leren wat er van hen verwacht wordt, wat kan en wat niet kan.

Rechten van het Kind (IVRK): Kindvriendelijke opvoeding

Ieder kind (t/m 18) heeft recht op een fijne jeugd, zodat hij/zij een onbekommerde ontwikkeling door kan maken en kan genieten. Kinderen hebben recht op vrolijkheid, gezelligheid, liefde, veiligheid en kansen. **Kinderen hebben liefde nodig**, hetgeen in de huidige situatie welhaast controversieel lijkt met de geprofessionaliseerde klinische benadering van geïnstitutionaliseerde jeugdhulpverlening, welke (te) vaak een (te) zakelijke grondslag kent. **Een liefdevolle omgeving kenmerkt zich door respect en veiligheid, waarbij een kind niet hoeft te vrezen dat er over zijn/haar grenzen wordt heengegaan.**

Dwang kan dus nimmer op kinderen worden toegepast.

De enige uitzondering hierop vormt het jeugdstrafrecht, waarbij een dwingende maatregel na uitvoering en eerlijke afweging door een jeugdrechter te rechtvaardigen is.

Ook wordt algemeen aanvaard en aangenomen dat jeugdstrafrechtelijke interventies bij dienen te dragen aan de maximale ontwikkeling van een kind (opvoedkundige verantwoordelijkheid), omdat kinderen nog niet ten volle verantwoordelijk kunnen worden gehouden voor hun daden, omdat ze in grote mate worden beïnvloed door hun omgeving en opvoeding.

Persoonlijke beleving: “Alsof ik in een spannende film zat...”

Ik heb zelf ervaring met verschillende dwangtoepassingen, als minderjarige op 16-17-18-jarige leeftijd. Ik heb in die periode bijna 2 jaar gedwongen in een isoleercel geleefd (zonder strafblad o.i.d.). Ik was benoemd als “ernstig gevaar voor mezelf” (vanwege zelfbeschadiging en zelfmoordpogingen) en er volgde dwangbehandeling (beheersmaatregelen) waardoor de verpleging en ik afgleden in een vicieuze cirkel van strijd. Het ging van kwaad tot erger.

In de periode dat ik veelvuldig gesepareerd werd, dacht ik zo’n beetje dat ik in een film leefde (ofwel: dat al die gewelddadige films op waarheid waren gebaseerd, en ik zat daar opeens middenin). Het leek een soort oorlog (ik tegen hun). Ik werd onschuldig opgesloten, dus hun waren “de slechten”, waar ik me van moest los zien te maken (net als the A-team of McGyver enz.). Hierdoor ging ik me ook gedragen zoals in die films en series, met ontsnappingen en dergelijke. Ik maakte mijn eigen geheime plannen en bewaarde mijn afstand tot de verpleging. Mijn verzet was een belangrijke houvast voor mij.

Pas veel later kwam ik erachter dat dat in feite een groot misverstand moet zijn geweest. De hulpverleners hadden mijn vijanden niet moeten zijn, maar mijn bondgenoten. Maar dat was onbegrijpelijk gezien de manier waarop ze met mij omgingen. Ik werd niet gehoord, maar mijn beleving werd afgedaan als ondergeschikt; ik wilde niet in de isoleer of gevisiteerd worden, maar ze deden het toch (wat zelfs mijn eigen ouders nooit zouden mogen doen! En deze “vreemde verzorgers” deden het gestructureerd, betaald, als hun “werk”!!). Ze gingen op brute wijze over mijn grenzen heen, wat niet strookt met de **waarden en normen** die ik in mijn opvoeding heb meegekregen (“mensenrechten”). In mijn ogen was mijn verzet daarom zelfs nobel, omdat ik mijn waarden en normen verdedigde en zo probeerde toch nog een bijdrage te doen aan een betere wereld. Eigenlijk ben ik een heel zachtaardig meisje, en ik ben eigenlijk altijd sociaal betrokken geweest, maar in die periode was ik zeer destructief naar mezelf, omdat ik geen aansluiting voelde bij mijn omgeving. Echter mijn verzet werd niet begrepen, laat staan geapprecieerd, maar het werd afgedaan als “ziektegerelateerd gedrag” en “wilsonbekwaamheid” en zo.

Ik vond het onbegrijpelijk dat juist de mensen die professioneel zouden moeten zijn in het oppikken van signalen, niet reageerden als ik letterlijk op confronterende wijze schreeuwde dat ik het niet wilde en dat ze van mij af moesten blijven, omdat ze onderhand op “Dutroux” leken (opsluiten, vastbinden en aan mijn \$%#% zitten). Zij vonden die bewoordingen absurd, en daarmee onbespreekbaar. Ik moest mijn mening bijstellen, en accepteren dat dit gebeurde. Maar ik blijf erbij: “nee is nee”. Die behandeling was fout. Ik kón deze mensen niet vertrouwen, want ze snaptten mij kennelijk helemaal niet. Daardoor is er op die afdelingen voor mij nimmer sprake geweest van hulpverlening, enkel van strijd en repressie, en deze kloof is nimmer overbrugd

Overplaatsing is mijn redding geweest. Het keerpunt kwam op een afdeling voor intensieve zorg (K.I.B.) waar meer aandacht en begrip voor mij als persoon was, en waar ik, dankzij een zorgvuldige bejegening en openhartige afdelingscultuur, wel een opening voor mijn persoonlijke ontwikkeling vond. Het kán dus ook heel anders.

Inmiddels heb ik enkele jaren geleden Actiegroep Tekeer tegen de isoleer! en Stichting Mind Rights opgericht om dwangtoepassingen in de zorg (mn jeugdhulpverlening) aan de kaak te stellen en te voorkomen.

Kwetsbaarheid van pubers: “Zoekend naar volwassen logica”

Voor jonge mensen is de beleving (perceptie en interpretatie) van omgevingsfactoren van groot belang, omdat dit bepalend kan zijn voor hun wereldbeeld. Kinderen worden geprikkeld door alles wat er om hen heen gebeurt, en zoeken naar verklaringen om alles een plaats te geven. Ieder kind trekt zijn eigen conclusies ten aanzien van zijn omgeving, en in zijn ontwikkeling naar volwassenheid vindt er een verschuiving plaats van wonderlijke fantasiebeelden naar meer rationele logische verklaringen.

In je puberteit (zo rond je 14^e / 16^e) begin je voor jezelf te denken en ontdek je van die rationele logica. In die periode ontdek je o.a. de beleving van andere mensen, politiek en communicatie, en begin je je eigen zelfstandige identiteit en autonomie te verkennen. En je ontdekt de relativiteit van de realiteit. En zo maak je kennis met de wereld achter je eigen “jeugdige onbevangenheid”. In deze periode is een jongere ontzettend kwetsbaar, omdat het eerste eigen wereldbeeld gevormd wordt, en daarom zijn bij de ontwikkeling naar volwassenheid de voorbeelden en rolmodellen in de directe omgeving extreem belangrijk om te leren hoe de wereld in elkaar steekt.

Bij kinderen en jongeren hebben de problemen vrijwel altijd te maken met hun ontwikkeling. Een escalatie kan gezien worden als een poging tot verwerking. Een biologische verklaring is dat puberale uitbarstingen in feite zoektochten zijn naar het juiste contactpunt om een bepaald gevoel te verwerken en een ander gevoel te bereiken. Bijvoorbeeld schreeuwen om aandacht is een voorbeeld van een poging om een bepaald gevoel om te zetten in een ander gevoel.

Het is enorm moeilijk om gevoelens onder woorden te brengen. Dat geldt zelfs voor volwassenen, maar zeker voor pubers die geconfronteerd worden met veranderingen en nieuwe gevoelens in hun lichaam. Wanneer hulpverleners een onopgeloste crisis pogen te beëindigen door een dwangmaatregel toe te passen, verdwijnt daarmee een belangrijk deel van het vertrouwen dat zaken bespreekbaar zijn, en daarmee verdwijnt vaak ook de opening voor het bespreken van extreem moeilijke achterliggende gevoelens. De frustratie daarover kan weer leiden tot een verergering van de problemen.

Bovenal is het enorm belangrijk om kinderen te leren “lief te zijn” en zich lief en geliefd te voelen. Wat komt er anders van onze samenleving terecht in de toekomst? Het is zeer zeker de moeite waard om te investeren in kwalitatief goede jeugdhulpverlening en begeleiding, sturing en advies om de ontwikkeling en zelfcontrole van kinderen en jongeren te vergroten.

Conclusie: Jeugd en dwang

Argumenten om dwangtoepassing in de zorg ten aanzien van kinderen en jongeren te allen tijde te vermijden:

- **opvoedkundige verantwoordelijkheid** waarbij hulpverleners garant dienen te staan voor vertrouwen, veiligheid en bescherming van het kind en specifieke zorgverlening gericht op optimale ontwikkeling en maximaal welzijn van het kind, waarbij de hulpverleners tevens een voorbeeldrol vervullen bij de ontwikkeling van het kind.
- **universele rechten van het Kind** : veiligheid, geborgenheid en liefde, onbekommerdheid, kansen en optimale ontwikkeling,
- **Dwang ondermijnt de hulpverlener-clientrelatie.** Bij jongeren zijn de negatieve effecten van dwang nog rampzaliger dan bij volwassenen. Dwang is traumatiserend en werkt belemmerend op de ontwikkeling van gezonde waarden en normen. Dwang ondermijnt vertrouwen en daarmee ook de bespreekbaarheid en behandeling van dieper gelegen gevoelens.

7. Conclusies en aanbevelingen

Dwang is geen brongerichte oplossing, maar symptoombestrijding.

Dwang bij kinderen en jongeren is absoluut ontoelaatbaar vanwege opvoedkundige principes en centralisatie van ontwikkeling van het kind (Universele Rechten van het Kind) Opvoedkundige principes gelden feitelijk ook voor volwassenen, want in de GGZ zijn zorg en persoonlijke groei nauw aan elkaar verbonden.

Dwang dient dus in alle GGZ sectoren vermeden te worden. Dat wordt o.a. bevestigd door de VN, WHO, GGZ Nederland, subsidiering enz.

Dwang kán verminderd worden door intensivering van de zorg.

(Vrijwillige) alternatieven kunnen eenvoudiger bereikbaar worden door het vormgeven van **“prima remedia” voorafgaand aan het “ultimum remedium”**.

Ook is er duidelijkheid nodig over de randvoorwaarden en begrenzing van dwangtoepassing (zie Hoofdstuk 5). **De wet dient de minimale rechten van de cliënt zeker te stellen.**

7.1 Wat zijn “Prima remedia”?

“Prima Remedia” vormen een nieuwe categorie crisisinterventies om dwang te voorkomen, die voorafgaan aan het ultimum remedium.

Prima Remedia zijn bijzondere inspanningen om dwang te voorkomen per situatie.

Het beginsel van “Prima Remedia” als zorgaanbod sluit aan op de alternatieven voor dwang zoals voortgekomen uit het landelijke Project Dwang en Drang. Project Dwang en Drang heeft tot doel het voorkomen van dwang en het vergroten van de kwaliteit van zorg. Projecten Dwang en Drang worden uitgevoerd als instellingsbreed kwaliteitsproject.

Prima Remedia zijn inspanningen op individueel niveau, waarbij per specifieke situatie wordt gekeken of er een alternatief mogelijk gemaakt zou kunnen worden.

Prima Remedia zijn geen Persoonsgebonden budget (PGB), maar een Kwaliteitsbudget ter voorkoming van dwang. (het kwaliteitsdoel dwangreductie is bevestigd door de VN, WHO, GGZ Nederland, subsidiering enz.). **Prima remedia omvat een “noodfonds voor het faciliteren van kwalitatieve verbetering van crisishantering in specifieke situaties”**, waarbij geen individueel streefbudget kan worden vastgesteld (maar evt. wel een maximum).

Prima Remedia is meer dan een subsidie voor extramuralisatie, zoals in de de AWBZ-brede subsidieregeling 'diensten bij wonen met zorg' wordt voorgesteld voor mensen met een langdurig verblijf. Prima Remedia zijn vraag- en clientgestuurd, omdat ze in overeenstemming tot stand komen. Prima Remedia kunnen bijvoorbeeld gunstige randvoorwaarden voor een bepaald persoon zijn.

Enkele voorbeelden van Prima Remedia voor crisishantering zijn o.a.:

- **Contactpersoon/bemiddelaar of “rustpunt in de discussie” naar keuze**, waarbij de client die keuze maakt. Dialoog is een goede manier voor het vermijden van dwang en overeenstemming is een kwaliteitskenmerk. Een “rustpunt in de discussie”(bijv. even een dier aaien of gamen of ontstressen) kan verlichting betekenen en de dialoog verbeteren. Dialoog en contact zijn speerpunten van zorgkwaliteit. Een verzoek om contact met een bepaald persoon dient gehonoreerd te worden om de rust en dialoog te

bevorderen. (familie, vriend, kennis, leraar, collega, casemanager, ervaringsdeskundige, persoon met bepaalde achtergrond, pvp, politieagent, hond, konijn..)

Soms is dit zonder meer mogelijk, maar er zijn ook tal van situaties waar relatief kleine beperkingen een adequate bemiddeling en crisishantering verhinderen. De uitwerking van “Prima Remedia” zou dan kunnen zijn, het mogelijk maken van dergelijke bemiddeling, door bijv. vervoer te realiseren voor een contactpersoon, of de mogelijkheid dat client naar contactpersoon toegaat (bijv. bij immobiliteit van contactpersoon, of bij bezoek aan eigen religieuze of spirituele kring enz.). Er zijn nog veel onbenutte mogelijkheden voor inmenging van **contactpersonen en individuele rustfactoren.**

- **Intensieve zorg bij een crisis.**

“Prima Remedia” voor zorgintensivering zou kunnen inhouden: De vergoeding van zorgkrachten (capaciteit) voor intensieve zorg: zoals

- **psychiatrische thuiszorg aan personen en/of gezinnen.**
Bijv. ACT en andere methodes om goede zorg te verlenen en uithuisplaatsing en dwangopname te voorkomen.
- **Acute mantelzorg – (door client-gekozen persoon)**
Een “Prima Remedium” zou een onkostenvergoeding voor een naaste kunnen zijn, waarbij bijv. inkomensverlies door zorgtaken redelijkerwijs wordt gecompenseerd. (bijv. een oom die 2 maanden bijstand verleent in een probleemgezin..)

In de intramurale zorg zou deze **zorgintensivering** vertaald kunnen worden naar:

- **Aanvulling van het team** op de afdeling ten tijde van een crisis, ter implementatie van de presentieverplichting bij een crisis en/of presentie bij de toepassing van dwangmaatregelen.

- **Zorg op maat**

- **“andere ideeën” op individueel clientgestuurd niveau.** (bevinden zich vaak op de scheidslijn tussen acute zorg en structurele preventie van individuele crises). Prima Remedia kunnen zijn: voorzieningen zoals belmatjes ipv fixatie, een boksbal, comfortroom, comfortvoorzieningen en comfortactiviteiten (intensieve begeleiding), preventieve sfeermatige aanpassingen (bijv. eigen huisdieren houden bij dwangopname, uitgebreide voorzieningen voor bezoek en behoud van sociaal netwerk) Ook hier is een grote kwaliteitsverbetering mogelijk die vaak samenhangt met de intensiteit van het zorgaanbod.

De Wet BOPZ leidt vaak tot “handelingsverlegenheid” mbt de bevoegdheden op een bepaald werkvlak (denk bijv. aan de indicatiestelling en aanvraagprocedures voor zorgvormen). Deze bureaucratische beroepsvernauwing en de versnippering van de zorg maakt het voor hulpverleners moeilijk om over de eigen grenzen van organisatie en discipline heen te kijken. Dat belemmert een flexibele aanpak en georganiseerde ketenregie van de crisissituatie.

In acute crisis zijn er vaak wel dingen die in theorie oplosbaar zijn, maar in de praktijk een belemmering vormen (zoals intensieve zorg). Alternatieven die milder zijn dan dwangmaatregelen, zijn vaak gewoonweg **“niet mogelijk”** (bijv. psychiatrische thuiszorg) omdat in de praktijk bijv. een complexe aanvraagprocedure geldt, met wachttijden, of er een bureaucratisch bevoegdheids criterium wordt gesteld (bijv. afwijzing van indicatie en/of aanvragen of afwijzing van mantelzorgers als professionals, en bijv. plaatsing van

wachtlijstjongeren van jeugdzorg in jeugddetentie als enige bevoegde opvangorgaan enz.)
Een dergelijke gang van zaken ondermijnt de zorgkwaliteit enorm.

Om aanspraak te kunnen maken op verdergaande mogelijkheden van verbeterde aanpak van crisissituaties, kunnen **Prima Remedia het breekijzer zijn dat cliënten en hulpverleners nodig hebben om creatieve oplossingen (zorg op maat) vorm te geven.**

Zo zouden de wachtlijstjongeren elders op humane wijze ondergebracht kunnen worden, met intensieve begeleiding waarbij de jongere graadmeter is voor de kwaliteit van de zorg. Maar het geld ontbreekt en de mogelijkheden zijn onvoldoende onderzocht en benut. Dat kan verminderen door de mogelijkheid voor “Prima Remedia” per situatie toe te passen.

Dat houdt o.a. in dat bijv. in de wet WMO ook zoveel mogelijk Prima Remedia begroot dienen te worden om in crisissituaties bijv. langdurige bijstand te kunnen verlenen en de zorg te vermaatschappelijken (en de kracht van mantelzorgers en het eigen netwerk optimaal te benutten enz.).

Structurele “prima remedia” in de WMO zijn dan bijvoorbeeld: grote intensivering van de crisisdienst, ACT/bemoeizorg en maatschappelijke zorg.

In eerste instantie kan een apart budget voor “prima remedia” worden aangesteld, waar verzorgenden in crisissituaties aanspraak op kunnen maken, door een uitgewerkte aanvraag in te dienen via een zorgmachtiging/crisismaatregel mbv de voorgestelde commissie)

De volgende casus zou bijvoorbeeld opgelost kunnen worden via een toekenning van “Prima Remedia”: Een jong meisje (jeugdzorgwachtlijst) wil uit een JJI naar een antroposofische opvang, die van origine voor verstandelijk gehandicapten bedoeld is, en die instelling is bereid om passende zorg “in te kopen”. De overplaatsing werd echter verboden door BJZ omdat de antroposofische opvang “niet specialistisch” genoeg zou zijn, terwijl het kind nota bene onterecht in een jeugdgevangenis zat.. Bij toekenning van een uitzonderingspositie op basis van “Prima Remedia” had dit probleem opgelost kunnen worden.

Geleidend karakter mbt toewijzing van zorggelden

Om te voorkomen dat de categorie “Prima Remedia” het zorgaanbod zou gaan domineren en een vertekening gaat vertonen tov de reguliere vrijwillige zorg, geven wij de aanbeveling om een jaarlijkse evaluatie van de besteding te houden, en daaraan conclusies en consequenties te verbinden. Indien bijvoorbeeld blijkt dat veel aanspraak gemaakt is op intensieve zorg in een bepaalde instelling, dan dient men zoveel mogelijk de “prima remedia” structureel te implementeren (zoals bijvoorbeeld meer personeel) om zo de zorg in die instelling structureel te verbeteren, zodat de noodzaak voor “Prima Remedia” afneemt.

“Prima remedia” vormen een budget, een recht, en een kwaliteitsbeleidsinstrument voor zorgverbetering tegelijkertijd.

Referenties en literatuurbronnen:

Inhoud

Manifest 1 “Gelijkheid, zelfbeschikking en Wet Psychische Zorg”- opvraagbaar via tekeertegendeisoleer@hotmail.com (via Jolijn Santegoeds). Publicatie op www.mindrighths.nl zal nog volgen.

- **Brancherapporten Ministerie VWS mbt wetgeving :**
http://www.brancherapporten.minvws.nl/object_document/o118n209.html
- mbt crisissituaties en dwangbehandeling – zie Symposium ‘Alternatieven voor gedwongen separatie’ 16 juni 2005 **door Dhr. Bert van de Werf** , verslag op http://tekeertegendeisoleer.web-log.nl/tekeertegendeisoleer/2005/06/16_juni_05_symp.html
- **Verslag van 5th European Congres on Violence in Clinical Psychiatry 2007-**
<http://tekeertegendeisoleer.web-log.nl/tekeertegendeisoleer/2007/10/index.html>
- boek: **Dwang en Drang in de psychiatrie, Kwaliteit van vrijheidsbeperkende interventies** – T. Abma e.a. (lemma uitgeverij 2005, ISBN: 90-5931-330-5)

Begrippen:

- **Nederlands Normalisatie Instituut** (definitie van kwaliteit)
- **Wikipedia** (het begrip “zorg”) <http://nl.wikipedia.org/wiki/Zorg>
- **RIVM en VWS** (begrippen verzorging, begeleiding, behandeling enz.)
- Verpleging en verzorging – Ontwikkelingen- welke wetswijzigingen zijn er de afgelopen periode doorgevoerd? – **Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport**. Bron: http://www.brancherapporten.minvws.nl/object_document/o354n431.html
- **Terminologie van het RIVM (Nationaal Kompas Volksgezondheid) Verpleging en Verzorging- terreinbeschrijving en organisatie – Wat is verpleging en verzorging?** Bron: http://www.rivm.nl/vtv/object_document/o1056n20327.html
- **Terminologie van RIVM (Nationaal Kompas Volksgezondheid)**
- **Geestelijke Gezondheidszorg- terreinbeschrijving – wat is Geestelijke Gezondheidszorg?** Bron: http://www.rivm.nl/vtv/object_document/o1053n20330.html

Universele Rechten van het Kind (IVRK):

<http://www.kinderrechten.nl/site/pages/professionals/kinderrechten/docs/IVRK.pdf>

Eigen ervaringen:

- Artikel: **Ik zie mezelf als een mensenrechtenactivist** – Psy oktober 2007
- Artikel: **Psychiatry in the age of neurosciences** – E. Landweer e.a.-Bijlage 1
- Report: **Global Forum on Community Mental Health** (www.gfcmh.com) – eigen verslag op www.punkertje.waarbenjij.nu

Andere rapporten van Tekeer tegen de isoleer!/ Mind Rights (op www.mindrighths.nl)

- **Report: Breaking the cells down-** juni 2007, Jolijn Santegoeds
- **Report: Red Paper on improving mental health, a declaration of patient organizations of mental health care** – may, 2006, Jolijn Santegoeds
- Website: www.mindrighths.nl