

## Visie op toekomstbestendigheid

Door; Jolijn Santegoeds, Ervaringsdeskundige Actiegroep Tekeer tegen de isoleer!

### 1 Aansluiten bij de visie van de VN

#### 1.1 Het gelijkheidsbeginsel

De VN gaat uit van het gelijkheidsbeginsel: iedereen is gelijkwaardig. Dat maakt het vrij simpel: Alle cliënten zijn in de eerste plaats MENS, met wensen en gevoelens, en dat mag nimmer uit het oog worden verloren. **Wilsonbekwaamheid bestaat niet.**

#### 1.2 Legal capacity en Supported Decision Making

De VN heeft duidelijke richtlijnen geformuleerd over de omgang met mensen, ook met beperkingen. Iedereen heeft een "Legal capacity", zelfbeschikking en is rechtsbevoegd, en iedereen mag dus een vrije keuze maken mbt zijn behandeling enz. (Legal capacity, CRPD handbook for parliamentarians, p 89-90)

Als mogelijke interventie stelt de VN voor:

→ **Supported decision making**, waarbij de client al zijn keuzerechten behoudt en zich mag laten vertegenwoordigen en ondersteunen op basis van vertrouwen.

Er geldt een inspanningverplichting om aan te sluiten bij de visie van de VN.

→ Dus: **Begeleiding en intensieve zorg actief stimuleren, om dwang tegen te gaan.**

#### 1.3 Kansen voor goede GGZ

Intensieve zorg en begeleiding zijn de kernthema's, en daarbij ligt de nadruk dus direct op de Eigen Kracht van de persoon, en dient men uit te gaan van **positieve kansen**. ("hoe komt het weer goed?")

Klinische zorg, en mn gedwongen klinische zorg, zijn eigenlijk grotendeels achterhaald en worden gezien als onnodige uitsluiting en ontworteling, gevolgd door rehabilitatie en reïntegratie in de maatschappij. Maar de client IS een onderdeel van de maatschappij, en heeft gelijke rechten en zelfbeschikking en keuzevrijheid als ieder ander. **Dwang en uitsluiting zijn geen oplossingen, en kunnen eigenlijk niet meer.**

Er zijn talloze voorbeelden van slagende alternatieven, o.a. op het GFCMH (2-daags Global Forum on Community Mental Health, [www.gfcmh.com](http://www.gfcmh.com) georganiseerd door o.a. de WHO)

Een sprekend voorbeeld is de hulpverlening na de Tsunami: Er waren veel verwarde mensen met zware psychische problemen. Therapie en traumacentra waren geen optie, en onbewust ging men wat anders doen. Men koos een **grassroots-benadering : vragen waar behoefte aan is** (vooral wederopbouw), en dat bleek een sleutelfactor om geestelijke gezondheid en masse te verbeteren. Deze blijkbaar zeer **effectieve volgorde van hulpverleners** was een zeer leerzame ervaring en de klassieke kijk op de psychiatrie is mede daardoor voorgoed achterhaald.

→ Het hebben van een **sociale basis** (veiligheid, vertrouwen, bestaansrecht en -middelen enz.) vormt voor elk mens doorgaans de sleutel om aan de eigen geestelijke gezondheid te kunnen werken en weer in balans te komen.

Psychische problemen hebben doorgaans een sociaal-maatschappelijke aanleiding, en als de problemen escaleren is dat eigenlijk tevens **een gedeeld probleem** (tussen de persoon en de positie c.q. omgeving die dat veroorzaakt, niet accepteert of onkundig reageert). De oplossing is dus ook tweeledig en dient **niet alleen de persoon in kwestie, maar ook de positie en omgeving van de persoon te ondersteunen en/of te behandelen.**

→ Vraaggestuurde zorg leidt tot betere resultaten dan dwang.

→ De positie of omgeving vormt een cruciale schakel in het geestelijke welzijn en is eigenlijk de unieke som van iemands leven. De sociale omgeving is vaak een deel van het probleem, maar ook van de oplossing.

Daarom is er **een nieuwe specialisatie in de zorg nodig: vermaatschappelijking**

Het uitgangspunt van de VN voor de ontwikkeling van zorg is: **Community Based Rehabilitation**

Vermaatschappelijking van de GGZ is meer dan het verplaatsen van de hulpverleners naar bijv. **RIBW's, ambulante zorg en thuiszorg**. Het vraagt om een nieuwe, veel bredere visie en aanpak. (en veel meer maatschappelijke tolerantie en expertise ten aanzien van "vreemd"gedrag)

In Nederland is de ontwikkeling van **bemoeizorg/ ACT** daarbij dus een belangrijke stap.

Ook de **Eigen Kracht Conferentie** is kansrijk.

In ontwikkelingslanden werkt men al langer met Community Based Rehabilitation (en zij hebben niet minder of mildere problemen, en ook niet minder taboes). De GGZ-zorg wordt daar doorgaans op dezelfde manier geleverd als de somatische zorg, namelijk door mobiele hulpverleners die periodiek langskomen en aansluiting zoeken bij bestaande netwerken en structuren (zoals de familie, de geloofsgemeenschap of dorpsoudste). **Door de omgeving te voorzien van de juiste instructies worden goede resultaten bereikt.**

In Nederland is de sociale samenhang weliswaar minder sterk en minder overzichtelijk dan in veel ontwikkelingslanden, maar juist het vermaatschappelijken van de zorg met lokale netwerken kan daarin een tegenkracht zijn.

### Suggesties 1

- **Begeleiding en intensieve zorg actief stimuleren, om dwang tegen te gaan.**
- **Vermaatschappelijking van de zorg stimuleren**

## 2 Knelpunten mbt GGZ

Voor zorgverbetering en dwangvermindering in Nederland zijn verder nog grote kansen weggelegd voor  
→ **Vroege signalering en adequate zorgverlening**

Maar vaak doet men te weinig/ kan men te weinig doen bij de eerste symptomen of vrijwillige hulpvragen.

### 2.1 Wachtlijsten

Veel crisissituaties komen deels voort uit de **wachtlijsten voor de zorg.** Dwz, er zijn wel signalen opgepikt of afgegeven, maar er is onvoldoende zorgcapaciteit. Daardoor blijven mensen verstoken van hulp, wat zeer nalatig is voor een welvarend land zoals Nederland.

→ **toegang tot gezondheidszorg is ook een prominent onderdeel van het nieuwe VN-verdrag, en Nederland zal zich zeker in moeten spannen om het aanbod op peil te krijgen.**

Ook mensen die reeds in de hulpverlening zitten, hebben met wachtlijsten te maken. Er zijn bijvoorbeeld ook nog steeds **lange wachttijden voor RIBW's** (ca 3 jaar in Eindhoven), waardoor er een enorme (oneigenlijke) druk ligt op de klinische zorg-instellingen, waar ook veel cliënten verblijven die zulke enorme wachttijden uit moeten zitten. Gezien de brede vraag naar vermaatschappelijking en wachttijdverkorting moeten er dus bijvoorbeeld gewoon meer RIBW-voorzieningen komen.

→ **Echter de ontwikkeling van voldoende zorgcapaciteit wordt duidelijk nog steeds niet gerealiseerd door de zorgaanbieders, die al zeer lang onvoldoende aanbod hebben mbt de gehele GGZ (nl. wachtlijsten voor Jeugdzorg, RIBW's enz.)**

→ **De juiste zorg dient op de juiste plaatsen uitgebreid te worden.**

### 2.2 Zorgkwaliteit

De klassieke klinische psychiatrie ("de intensieve mensenhouderij") is achterhaald en een verandering in cultuur, mentaliteit, bejegening en attitude tav psychische problemen is al deels in gang gezet (o.a. door project Dwang en Drang, ACT en bemoeizorg). **Zorg is persoonlijk.** Het is daarom noodzakelijk dat er **voldoende bekwaame hulpverleners zijn die tijd en mogelijkheden hebben om persoonlijke zorg te leveren.** Half werk levert immers slechte resultaten, en dat leidt af. In de huidige GGZ is over ongeveer de gehele linie nog steeds een **intensivering van de zorg** nodig om werkelijke zorgkwaliteit te kunnen leveren en te professionaliseren. **Ervaringsdeskundigheid** speelt daarbij een zeer belangrijke rol.

Een kwaliteitsverbetering gaat niet vanzelf. Er zijn investeerders en vernieuwers nodig. Wij verwachten dat de gevreesde marktwerking in de zorg de ontwikkeling van de zorgkwaliteit tegenwerkt.

→ **de zorgkwaliteit is persoonsgebonden en in ontwikkeling, en daardoor voor een buitenstaander behoorlijk moeilijk te beoordelen (zeker bij dwang).**

Dwangtoepassing is een uiterste middel, maar de huidige GGZ is echter helemaal niet op het gewenste peil. Men vervalt dus in de praktijk erg snel in dit "laatste redmiddel". Gelukkig is er een **cultuuromslag** gaande, en worden er **alternatieven voor dwang gevonden in intensieve persoonlijke zorg.** De verandering zou echter nog grondiger zou kunnen zijn als de **mentaliteitsverandering** meer aandacht zou krijgen.

→ **de cultuuromslag is: dwang voorkomen door intensieve zorg en vermaatschappelijking.**

→ **bestaande systemen evalueren en onderzoeken op cliënttevredenheid, en deze vervolgens professionaliseren, omvormen of opheffen.**

→ **ruimte geven aan nieuwe initiatieven.**

→ **de overheid kan een actieve sturende rol aannemen en zich bemoeien met het zorgaanbod – en de kwaliteit beschermen om dwang terug te dringen.**

## Suggesties 2

Aangezien er een **inspanningsverplichting** is om te zorgen voor “voldoende aanbod van kwalitatief goede zorg”, en dit kennelijk (al jaren) niet zomaar overgelaten kan worden aan de vrije marktwerking, dient de overheid hier dus een bescherming c.q. kwaliteitsborging in te bouwen.

→ Het realiseren van voldoende zorg is wellicht mogelijk door de **aanbieders te verplichten** het aanbod op peil te brengen (met toezicht en handhaving van sancties tav die verplichting).

→ **De juiste zorg dient op de juiste plaatsen uitgebreid te worden.**

Daarom lijkt het ons tevens een taak voor de overheid om er mede zorg voor te dragen dat de tekorten ZO SNEL MOGELIJK en ZO GOED MOGELIJK worden opgelost, zodat de zorg op een acceptabel niveau komt, omdat hier de fundamentele rechten van burgers in het gedrang zijn (nl. het recht op zorg).

→ Een snelle oplossing van de zorgtekorten is wellicht mogelijk door **speciale middelen** – met voorwaarden op maat- beschikbaar te maken voor zorgaanbieders, om de processen te versnellen. (bijv. leningen of bouwvergunningen)

## 3 Rechten en belangenbehartiging

Zorgkwaliteit is persoonlijk, en dat maakt de cliënt kwetsbaar.

Het is bijzonder moeilijk om je recht te halen in die positie.

### Losse suggesties:

- Landelijke, regionale en/of lokale clientenorganisaties kan men een status geven als een soort “vriend van de commissie”, waardoor zij – op verzoek van of met instemming van de betrokkene-toegang kunnen krijgen tot bijvoorbeeld de commissie-zitting en eventueel –waar nodig- de commissie van advies kunnen voorzien.
- Een clientenorganisatie zou ook klachtrecht ten aanzien van de commissie kunnen hebben, om bijv. structurele of regionale verschillen aan te kaarten en om bij structurelere klachten in bepaalde gevallen cliënten te ontzien van zware procedures.

### Meer informatie:

Manifest 1 t.m 3

VN verdrag inzake de rechten van personen met beperkingen (CRPD):

<http://www.un.org/disabilities/default.asp?navid=12&pid=150>

**CRPD Handbook for parliamentarians** <http://www.ohchr.org/Documents/Publications/training14en.pdf>

Global Forum on Community Mental Health (GFCMH): [www.gfcmh.com](http://www.gfcmh.com)

Mijn verslag van GFCMH: [www.punkertje.waarbenijj.nu](http://www.punkertje.waarbenijj.nu)

World Network of Users and Survivors of Psychiatry (WNUSP) [www.wnusp.net](http://www.wnusp.net)

Website Actiegroep Tekeer tegen de isoleer! / Stichting Mind Rights

[www.mindrights.nl](http://www.mindrights.nl)