

Reactie op conceptwet - Uitwerking van wederkerigheid

Inleiding

Deze toelichting “**Reactie op conceptwet - Uitwerking van wederkerigheid**” dd. 8 oktober 2008, geschreven door Jolijn Santegoeds, ervaringsdeskundige van Actiegroep Tekeer tegen de isoleer! / Stichting Mind Rights volgt de documenten “Reactie Rechtspositie 1” en “toekomstbestendigheid van de wet”. In deze toelichting wordt specifiek ingegaan op aanbevelingen inzake de concrete dwangtoepassingen in de vorm van maatregelen.

Het is erg moeilijk om mee te denken over maatregelen waar wij het in beginsel niet mee eens zijn. Toch is het gelukt om **verbeterkansen** te signaleren voor de nodige kwaliteit en zorgvernieuwing in de GGZ. Dit rapport is in enkele dagen tot stand gekomen en is daarom niet uitputtend in alle mogelijkheden. Een paar belangrijke nieuwe punten zijn omkaderd en naar voren gehaald, omdat die de kern vormen van de voorgestelde vernieuwing

Inhoud:

1. Uitgangspunten

- 1.1 Zorgdoel
- 1.2 Voortschrijdende inzichten
- 1.3 Cultuuromslag

2. Doel en reikwijdte

- 2.1 Meer kwaliteit van zorg
- 2.2 Best beschikbare zorg
- 2.3 Sterkere rechtspositie voor de client

3. Begrippen

- 3.1 Zorgbehoefte
- 3.2 Wilsonbekwaamheid
- 3.3 schadebeginsel

4. Procedure

- 4.1 Commissie: advies inzake dwangtoepassing
- 4.2 Commissie-variant : kenniswinkel voor specialisme rond zorg en dwang
- 4.3 De commissie als toezichthouder op nazorg

5. Dwangmaatregelen

- 5.1 Preventieplannen
- 5.2 Contact en presentie
- 5.3 Huisregels
 - 5.3.1 Familie en eigen netwerk
- 5.4 Bewegingsvrijheid
 - 5.4.1 Piepers en pasjes en camerabewaking
- 5.5 Separatie/ afzondering : nieuwe richtlijnen
 - 5.5.1 Separatie toezicht
 - 5.5.2 Voorzieningen en inrichting in de separeer
- 5.6 Aanvullende beveiligingsmaatregelen (visitatie en fixatie)
- 5.7 Ambulante dwang en voorwaardelijke dwang
- 5.8 Medicatie

6. Toezicht op kwaliteit en rechtsbescherming

1. Algemene uitgangspunten

1.1 Zorgdoel

De wetten BOPZ en Forensische Zorg zijn niet in het leven geroepen om louter de samenleving (als externe wereld) veiligheid te bieden: daarvoor is de gevangenis namelijk opgericht (en ook daar blijkt persoonlijke diepgang nodig met reclassering enz.). BOPZ en Forensische Zorg zijn bedoeld voor ZORG aan de cliënt, omdat de cliënt in bepaalde mate slachtoffer is van de omstandigheden en specialistische hulp nodig heeft om het gedrag (en bewustzijn) te veranderen. Bij zorg staat het welzijn, de ontwikkeling en herstel van de cliënt centraal.

1.2 Voortschrijdende inzichten mbt veiligheid

Veiligheid is een subjectief begrip wat samenhangt met perceptie: risico's zijn er altijd en mensen hebben verschillende angsten. Het oordeel over onveiligheid is dus ook subjectief en kan per persoon verschillen. Bij veel beveiligingsmaatregelen in de zorg is het middel erger dan de kwaal (werkt averechts). De fysieke worstelingen, isoleercellen, fixatie en visitatie veroorzaken vaak trauma's en "onbehandelbaarheid" (ernstig verstoorde relaties, geen vertrouwen meer), soms zelfs de dood (direct of indirect). Ook hulpverleners hebben nogal eens last van angst of ervaringen en een gebrek aan professioneel zelfvertrouwen in hun vakgebied. Beveiligingsmaatregelen bevestigen het gevoel van onveiligheid.

Zorg is compassie. Dwang is primitief en werkt averechts. Geweld is geen oplossing, en de dwangtoepassing in de GGZ is pedagogisch onverantwoord (niet leerzaam) en zeker niet prikkelarm of rustgevend.

Er is nieuwe kennis aanwezig, waarmee dwang voorkomen kan worden. De veiligheid wordt namelijk enkel ECHT vergroot door een afname van strijd. Dat wordt met name bereikt door een beter contact tussen de hulpverleners en de cliënten. Meer luisteren en praten met elkaar, communicatie, leren begrijpen, bespreken, onderhandelen, stimuleren en leren, zoveel mogelijk overeenstemming, flexibiliteit, creativiteit, vertrouwen, kansen, contact, openheid, vroegsignalering, adequate bejegening, agressie management enz.

Bijscholing vergoot het gevoel van kennis en vaardigheden, waardoor er meer vertrouwen in de eigen capaciteiten ontstaat. Ook dat vergroot het gevoel van veiligheid van hulpverleners.

1.3 Cultuuromslag

Cliëntenparticipatie en ervaringsdeskundigheid zijn uiteraard een belangrijke sleutel naar kwaliteit. En daarnaast is er ook een actief stimulerend bestuur nodig dat een klimaat schept voor verandering. Maar een cultuuromslag van beheersing naar contact kan alleen als het team van hulpverleners over voldoende draagkracht en veerkracht beschikt om kritiek te kunnen verwerken.

→ **De investeringen in een cultuuromslag dienen zich dus ook grotendeels op de hulpverleners te concentreren, want zij zijn immers de uitvoerders van dwangtoepassing en de zorg. (Focus op de praktijk)**

Hulpverleners staan voor grote uitdagingen in hun werk, en moeten ook dikwijls bij zichzelf te rade gaan. Ook een hulpverlener wordt beïnvloed door zijn eigen gevoel en ervaringen, bijv. bij het beoordelen van gevaar. Maar een discussie over de besluitvorming inzake dwangmaatregelen vormt echter op veel plaatsen nog steeds een probleem. Daardoor ontbreekt een deel van de toetsing van rechtvaardigheid, maar bovenal voelt de hulpverlener zich machtelozer dan nodig is: hij komt er alleen niet uit, en weet geen alternatief, maar misschien was hij niet de juiste persoon om die crisis aan te pakken, of zag hij de dingen

gewoon anders (straf?), of was het de werkdruk.... een discussie kan pijnlijk zijn, maar ook kwetsbaarheid, angst, irritaties en twijfels van hulpverleners moeten bespreekbaar zijn. Een hulpverlener heeft zijn team nodig als klankbord, als mens. Maar het menselijke gezicht van hulpverleners is nog al te vaak taboe. (hulpverleners worden geacht in 3 rollen te passen: “de politieagent, de pedagoog en de hulpverlener”, en daarmee moeten zij alles “op professionele afstand volgens protocol oplossen”). Maar zorg is mensenwerk en gevoel speelt nu eenmaal een belangrijke rol. Elke handeling mag bespreekbaar zijn.

→ Een **brede discussie** over dwangtoepassing is erg belangrijk. Naast het eigen team kan bijvoorbeeld de familie, vrienden en ander eigen netwerk van de client een goed klankbord zijn om te toetsen wat juist is mbt de interpretatie van de situatie. (zie ook paragraaf 5.3.1 familie en eigen netwerk).

Kritiek geeft een concrete kans voor verbetering. Echter **gewetensbezwaarde hulpverleners** mbt dwangtoepassing vinden ook vaak geen doorgang met hun ideeën (of worden zelfs ontslagen vanwege het breken van een zogenaamde gedragscode), of ze krijgen niet eens een interne discussie van de grond. Een weigerende hulpverlener wordt vaak klakkeloos vervangen of “uitgepland” en de praktijken gaan zo vaak onveranderd voort. Veel goedwillende en vooruitstrevende hulpverleners vloeien hierdoor weg uit de zorg. Het is enorm belangrijk om ruimte te bieden aan kritiek en open te staan voor een andere zienswijze, om de vernieuwers in de zorg te behouden. De wil om te veranderen is er wel, nu de weg nog. → De term “goed hulpverlenerschap” kan alleen tot zijn recht komen als de signalen uit het veld ook daadwerkelijk serieus genomen worden, en er ruimte is voor discussie over alle aspecten en er kansen voor nieuwe initiatieven worden gerealiseerd.

De ideale GGZ heeft nog nooit bestaan, en er is dus nieuwe specialisatie nodig (zie ook het voorgaande document: *Toekomstbestendigheid van de wet*). Echter de vernieuwing wordt nog te vaak tegengewerkt met alle gevolgen van dien. De beroepsgroep moet zich samen met de ervaringsdeskundigen kunnen ontwikkelen en professionaliseren. Deze verandering is reeds op verschillende plaatsen ingezet. Maar nog lang niet overal. De landelijke projecten dwang en drang zijn zeer goed ontvangen in het veld, maar er zijn nog meer veranderingen en verschuivingen nodig, zoals vermaatschappelijking en het benutten van de eigen kracht en het eigen netwerk. Het is belangrijk om te luisteren naar alle betrokkenen zelf. (clients, familie, hulpverleners, vrienden en omgeving enz.. Het is bovendien dus erg interessant om de gewetensbezwaarde GGZ-hulpverleners te benaderen vanwege hun ideeën). → Het hele systeem van de GGZ staat ter discussie.

2. Doelen en reikwijdte

Doel van herziening van de wetgeving is natuurlijk om de kwaliteit van zorg en dwang in de praktijk beter te regelen.

2.1 Meer kwaliteit van zorg

De belangrijkste doelstelling in de nieuwe wet is dwangtoepassing te verminderen, en daar zijn wij het helemaal mee eens.

In dezelfde tekst staat echter ook een voorstel tot verruiming van de dwangmogelijkheden voor meer “dwang op maat”. Dit heeft als doel om minder ingrijpende dwangvormen toe te kunnen passen, waaronder ook bijvoorbeeld ambulante dwangmedicatie (zonder opname) is vernoemd. Of dit daadwerkelijk minder ingrijpend is, is nog maar de vraag. (zie ook paragraaf 5.7 ambulante dwang). Wij zijn tegen ambulante dwang, omdat dit de positie van de client in de maatschappij aantast, wat enorm schadelijk is voor het toekomstperspectief van de client, en de glans afhaalt van de termen “herstel van autonomie en volwaardige reïntegratie in de maatschappij”, met name bij bepaalde diagnoses. Wij raden een dergelijke verruiming van de dwangmogelijkheden daarom af.

Zoals bekend: Een sociale basis is nodig om aan jezelf te kunnen werken (Maslow: basisbehoeften voor overleven gaan vooraf aan verdere zelfontwikkeling). De basis van veiligheid en vertrouwen is een voorwaarde voor zelfontwikkeling. Angst voor hulpverleners is funest voor de hulpverleningsrelatie. Contact is daarentegen een belangrijke voorwaarde voor vroegsignalering en adequate hulpverlening. Er is reeds veel kennis aanwezig over goede vormen van zorg en zelfhulp. Het is een uitdaging om samen met ervaringsdeskundigen, de beroepsgroep en andere belanghebbenden de dialoog aan te gaan, om samen een zo groot mogelijke kwaliteit van zorg te ontwikkelen.

→ **Voor een effectieve cultuuromslag dient de focus te liggen op het gericht verspreiden van goede kennis in de praktijk**

2.2 Best beschikbare zorg

Zorg is compassie. Het beschermen van een persoon is een deelaspect van de zorg. Vaak gaat het daarbij om de manier waarop dat gebeurt. Er zijn verschillen in de kennisniveaus bij verschillende afdelingen in de praktijk (bijv. mbt attitude, sfeer, vroege signalering en bejegening). Het is belangrijk om de kennis over **Best practices** multidisciplinair te registreren en te verspreiden.

Naast de afwezigheid van expertise vormt ook het gebrek aan toegankelijke vrijwillige zorg een groot pijnpunt voor de zorgkwaliteit (bijv. wachtlijsten of een gebrek aan faciliteiten).

Hierdoor is er nauwelijks preventie, en is het dweilen met de kraan open. Een tijdige interventie (met dialoog) verhoogt de kans op heilzame, dwangvrije hulpverlening.

→ **Het zorgaanbod dient op peil gebracht te worden, door de juiste zorg (en kennis) op de juiste plaatsen uit te breiden.**

(NB ipv onervaren uitzendkrachten; er zijn veel hulpverleners die aan wal staan, omdat zij de dwangcultuur in de GGZ niet konden verkroppen. Wellicht kan men een deel van deze groep nog aanspreken met speciale vacatures om een kwaliteitsimpuls in de GGZ te genereren)

Er is een verschil tussen alternatieven voor dwang, waarbij een wezenlijk andere benadering wordt gekozen dan dwang, en varianten van dwang, waarbij het fenomeen dwang blijft bestaan, maar er variaties in aard en soort worden gemaakt. (bijv. Camerabewaking in de cel is een variant, agressiepreventie/ agressie-management door vroegsignalering is een alternatief).

→ **Alternatieven voor dwang krijgen de voorkeur boven varianten van dwang.**

2.3 Sterkere rechtspositie van de cliënt

Om de individuele rechtspositie van de client te verbeteren is het nodig om bepaalde regels en richtlijnen, te vertalen naar wetgeving, zodat de **wederkerigheid** vergroot wordt.

Tot dusver bleef de juridische discussie namelijk vaak enkel beperkt tot het wel/niet toekennen van een gevaarscriterium, maar ook de aard en omvang van de dwangtoepassing zelf zou ter discussie geplaatst moeten kunnen worden. (Bijv. bij een klacht over maandenlange separatie, krijgt men vaak te horen dat men niet anders kon vanwege gevaar, en omdat noodoplossingen nu eenmaal niet ideaal zijn noemt men een dergelijke situatie dan “niet klachtwaardig”) Dit moet veranderen.

→ **Er zijn wel degelijk algehele grenzen en minimale eisen aan de toelaatbaarheid van dwangtoepassing binnen de zorg**, bijvoorbeeld mbt minimale voorzieningen, maximale termijnen, zorgverplichtingen, alternatieve voorzieningen en preventieplannen, mogelijke specialistische criteria voor gevaarsindicaties/diagnoses en bewustwording van de zwaarte van de dwangmiddelen enz. Dergelijke **randvoorwaarden** dienen in overleg met ervaringsdeskundigen, hulpverleners, familie en andere belanghebbenden adequaat geformuleerd te worden in richtlijnen en vervolgens als verplichtende standaarden worden opgenomen in de wet, om de kwetsbare groep mensen meer bescherming te bieden.

Op individueel niveau dienen zowel de grenzen aan de toelaatbaarheid van dwangtoepassing als ook de kennis van de best beschikbare zorg geformuleerd te worden. (zorgplan/ behandelplan). Een voorgestelde taak van de voorgestelde commissie is het adviseren mbt de balans tussen zorg en dwang in een zorgplan/behandelplan.

Echter ook in individuele situaties worden **kritiek en klachten** van de client, de familie, de hulpverleners, en zelfs van de PVP of de inspectie vaak onvoldoende opgepikt door de verantwoordelijken. Door de bezwaren van de client niet serieus te nemen, wordt als het ware zijn gevoelsleven ontkend, waardoor er een risico is op een vertrouwensbreuk met strijdtaferelen en wantoestanden tot gevolg. De client is vrijwel altijd in staat om zijn beleving kenbaar te maken. Het oordeel over de kwaliteit van het eigen leven is persoonlijk. En het doel van de zorg is een maximaal geluk voor alle betrokkenen, en met name voor de client. Dialoog en onderhandeling met argumenten, en een flexibele, creatieve zorgopstelling zijn essentieel voor goede hulpverlening..

→ **De client moet werkelijk centraal komen staan in de zorg, samen met degenen die de client omringen (familie, hulpverleners enz.). Zij vormen samen de toetssteen van de zorgkwaliteit. Hun oordeel is erg waardevol.**

3. Begrippen

3.1 Zorgbehoefte

Bij dwang is er geen overeenstemming en bestaan er dus tegenstellingen. De term zorgbehoefte suggereert dat er een enkelvoudige “bestwil” is, echter er zijn twee kanten aan discussie, dus kan men **altijd minimaal twee behoeften** onderscheiden.

3.2 Wilsonbekwaamheid

Het serieus nemen van bezwaren, wensen of behoeften die een client zelf heeft is belangrijk om het vertrouwen in de verdere hulpverlening niet te beschadigen. De beleving van de client is immers evident. Het is de kunst om in een gelijkwaardige dialoog met een goede argumentatie (zowel rationeel als emotioneel) de persoon de voordelen te laten inzien van ondersteuning en intensieve zorg. De Presentie-benadering en ACT/bemoezorg zijn voorbeelden van het verleiden tot zorg. In het bemiddelingsproces is nog steeds veel te winnen. **De term wilsonbekwaamheid mag van ons verdwijnen** om de discussie en de onderhandelingen over zorg en dwang eerlijk en gelijkwaardig te houden

3.3 Het schadebeginsel

Het gevaarscriterium wordt vervangen door het schadebeginsel. Dit schadebeginsel is veel te ruim. Hiervoor moeten **specifiekere criteria** worden opgesteld in multidisciplinair overleg, om misbruik te voorkomen en de wederkerigheid te vergroten, of men moet een minder materialiserende term kiezen. Bovendien:

→ De schade die een client lijdt door dwangtoepassing, dient ook serieus te worden genomen.

De overwegend negatieve ervaringen, de jarenlange protesten, de mate van individueel verzet, de onderbuikgevoelens, er zijn zoveel signalen dat dwangtoepassing niet goed is. Met dwangtoepassing bezorgt men iemand misschien jarenlange nachtmerries, of claustrofobie, of een mensenangst, of een psychose. En hoe zit het met de brandveiligheid van een gesepareerd of gefixeerd persoon? En ook het gevecht, de strijd en het verzet zijn erg risicovol (opwinding, (doods)angst, agressie, fysieke worsteling, alles op alles zetten). **De risico's die aan dwangtoepassing zitten zijn enorm groot.** Hierover is tegenwoordig steeds meer onderzoek beschikbaar. En hieruit blijkt dat het middel meestal erger is dan de kwaal.

Het hele concept van dwangtoepassing is vanuit de zorgvisie allang achterhaald. Dwang werkt veiligheid niet in de hand, maar leidt tot schijnveiligheid, en strijd, verzet, angst, onmacht, boosheid, verdriet en autoriteitsgevoeligheid, en dat leidt eenvoudig tot nieuwe escalaties. Een client durft dan vaak ook niet meer te zeggen wanneer het slecht met hem gaat, en raakt zo het contact helemaal kwijt of raakt in paniek. Zo wordt het probleem vaak veel erger dan het aanvankelijk was, en zo kan het dan helemaal vastlopen in een negatieve spiraal. Het wederzijdse vertrouwen is dan ver zoek. Hier zou externe expertise dus gewenst zijn. Want beveiligingsmaatregelen bevestigen het gevoel van onveiligheid alleen, terwijl bijscholing leidt tot meer vertrouwen in een goede afloop. Geloof en vertrouwen zijn nodig om kansen te zien. Behoud en herstel van contact zijn nogmaals cruciaal voor goede GGZ.

Bij veel clients zijn de vele negatieve effecten van dwangtoepassing ook op lange termijn nog steeds aanwezig. Dwang is symptoombestrijding, en vaak worden daardoor de echte problemen niet behandeld. Daar is dan immers geen opening voor (geen vertrouwen en geen oprecht contact). Clients houden zich dan vaak sterk om zo snel mogelijk weg te mogen uit de GGZ, om daarna in eigen kring verder aan zichzelf te werken. Om de hertraumatisering te verwerken en te voorkomen zijn zelfhulpgroepen ontstaan. Gelukkig zijn er inmiddels ook veel goede praktijken ontwikkeld, zowel in zelfhulpgroepen, als in de basisGGZ.

→ Dwang maakt voor de client vaak teveel vertrouwen kapot om daarna nog hulp te kunnen aanvaarden van dezelfde personen. Attitude, bejegening en diepgang in het contact zijn cruciaal.

4. Procedure

4.1 Commissie: adviescommissie inzake dwangtoepassing

De commissie lijkt ons een uitgebreide en geïntensiverde schakel in bestaand proces. De taak van de commissie lijkt ons dat een verzoek - of een concept-behandelplan binnenkomt, dat per persoon zorgvuldig bekeken en juridisch getoetst moeten worden, met het formuleren van een commissie-advies-behandelplan door een multidisciplinaire, regionale, gespecialiseerde, onafhankelijke commissie. Het verzoek en het commissie-advies-behandelplan wordt dan getoetst door een rechter. Het multidisciplinaire commissie-advies-behandelplan is meer dan de reguliere second-opinion door een onafhankelijke psychiater en

dat lijkt ons in principe een goed idee (afhankelijk van de kwaliteiten van de commissie uiteraard). Een onafhankelijke commissie is hopelijk onbevooroordeeld en vooruitstrevend. Wij raden aan de koplopers in dwangvermindering te nemen.

Het regionale karakter spreekt ons wel aan, omdat wij ervan uitgaan dat een regionale commissie een **overzicht heeft over het regionale zorgaanbod**. Nu wordt dwangtoepassing nog bepaald en voorgeschreven door een behandelend psychiater en een onafhankelijk toetsende psychiater die in de praktijk vaak over een bestaande situatie beslist en weinig overzicht en mogelijkheden in andere klinieken heeft.

Ook het **multidisciplinaire karakter** spreekt ons aan, omdat een ervaringsdeskundige medezeggenschap krijgt gedurende het overleg en de oordeelsvorming en dat kan helpen om de signalen goed op te vangen.

Een nadeel van deze commissie is dat het op enige afstand van de client staat. Het bezoek aan of van de commissie zal ook een momentopname zijn. Er wordt nu dus veel geïnvesteerd in een momentopname van de zorgkwaliteit, nl. de besluitvorming over een behandelplan. Dat juichen wij op zich toe. Maar het merendeel van de zorgtijd zit de client niet bij de commissie, maar bij de hulpverleners. Dus vooral ook in het werkveld dient significant in kwaliteit geïnvesteerd te worden. Immers de praktijk laat nog duidelijk veel verbeterkansen zien.

→ **Om de praktijk te veranderen, moet men ook de praktijk veranderen en niet alleen de procedures herschrijven.**

4.2 Commissie - variant: kenniswinkel voor specialisme rond zorg en dwang

Een brede praktijkgerichte analyse levert ons de volgende suggestie voor verbreding van de commissie op:

Commissie-variant :

Kenniswinkel voor specialisme rond zorg en dwang

Het doel van de ingestelde commissie is uiteraard de zorgpraktijk te verbeteren. Het is daarom een openbare kenniswinkel. De functies van de commissie zijn daarom erg praktijkgericht:

- Expertise-loket: informatie voor iedereen
- Overzicht van alternatieven , o.a. belangrijk voor de keuzevrijheid van de client
- Advies aan behandelaars (reeds voorgestelde functie)
- Expertise voor hulpverleners door vakkennis en bijscholing
- Inclusief uitzendbureau voor hulpverleners.

Toelichting op de commissie-variant “kenniswinkel”:

De kenniswinkel is een kwaliteitscentrum dat zowel toegankelijk voor de hulpverlener, de client als de behandelaar. Er kan **inspiratie, kennis en advies** worden verstrekt. Bijscholing kan hier worden aangeboden. In deze commissie willen wij ook een uitzendfunctie voor hulpverleners voorstellen, als een bijkomende taak voor de kennis-commissie.

De Fré Domissegroep vormt een uitwisselingsproject onder verschillende instellingen, waarbij verpleegkundigen willen leren van elkaar door bij elkaar op verschillende afdelingen mee te draaien, en zo bestaande kennis te verspreiden. Hieruit zullen dus veelzijdige hulpverleners voortkomen. Ook verkrijgt men hierdoor professionele reflectie op verschillende afdelingsculturen.

Er zou een database van specialisten kunnen komen. Wanneer hulpverleners in de toekomst dan niet uit de voeten blijken te kunnen met een moeilijke situatie, kan men een verzoek indienen voor extra **expertise van een kundige hulpverlener**. als een aanvulling van het team om intensievere zorg te kunnen verlenen waar en wanneer dat nodig is.

Door een dergelijke constructie kan men ingrijpen wanneer het mis dreigt te gaan en ook wanneer de behandeling vastloopt.

Een bijkomend voordeel zou kunnen zijn dat de hulpverlening ook meer persoonsvolgend zou kunnen worden, doordat er dan ook een mogelijkheid ontstaat om een vertrouwde hulpverlener voor iemand op te roepen (mits “in de database”), onafhankelijk van de kliniek waar deze in zorg was of het verdere zorgtraject. Zorg is immers persoonlijk.

→ Ons advies is om de commissie uit te breiden tot kenniswinkel voor specialisme rond zorg en dwang

4.3 De commissie als toezichthouder op nazorg

Als het hebben van een woning en identiteitspapieren een voorwaarde wordt voor ontslag, dan neemt men de missie van de GGZ, de impact van een opname en de capaciteitsproblemen blijkbaar niet helemaal serieus. Met een verkoudheid blijft men ook niet in een ziekenhuis, ook al kan dat een longontsteking worden. Als iemand weg wil nadat hij van zijn crisis af is, dan moet dat mogen, ook al lijkt dat soms onverstandig. (ik ben destijds zelf dakloos met ontslag gegaan – tegen het advies in- maar ik ben nog steeds erg gelukkig met die keuze).

→ de GGZ dient zich in eerste instantie te bekommeren om het kwalitatief vervullen van haar basistaak, namelijk omschreven als het zoveel mogelijk herstellen van de autonomie en geestelijke gezondheid.

Natuurlijk ontkennen wij niet dat de afwezigheid van papieren en huisvesting tot problemen kan leiden, maar dit dient echter door de daarvoor bestemde organen opgelost te worden (woningstichting, gemeente enz.), mogelijk onder een **urgentievoorschrift van de GGZ**, maar de afwezigheid van die bestaansmiddelen vormen geen legitieme reden voor gedwongen verblijf als iemand uitbehandeld is (een vrijwillig verblijf is wel legitiem - in stijl met het principe van keuzevrijheid in de presentiebenadering en ACT: “mag wel, moet niet”, maar het **aanbod** dient er wel te zijn!).

De GGZ dient bovendien meer moeite te doen voor het behoud van woningen van opgenomen cliënten en goede afspraken met woningbouwcorporaties te maken over huurbetaling, urgentie en huisvesting enz. Daar gaat het ook nog vaak mis, met ontruiming en woningnood tot gevolg.

→ door een betere samenwerking tussen GGZ en woningbouwcorporaties, gemeente, maatschappelijke organisaties enz. kan gezorgd worden voor een snellere oplossing van bijv. woningproblemen in het kader van nazorg aan uitbehandelde cliënten.

5. Dwangmaatregelen

5.1 Preventieplannen

Om agressie en onrust goed te hanteren is het nodig om te weten welke bejegening een client het meest aanspreekt. Door direct bij de intake en het behandelplan al te **vragen aan de client hoe diegene het beste kalmeert, en wat diegene meestal doet bij moeilijke momenten**, krijgen hulpverleners vaak zeer waardevolle informatie voor de preventie van dwang.

Op deze wijze kan een individueel signaleringsplan, een crisiskaart of dwang-preventieplan worden opgesteld, waarbij wordt aangegeven hoe men zoveel mogelijk rekening kan houden met de wensen en voorkeuren van de individuele de wens van de client

→ **deze moderne format van het behandelplan dient te worden ingevoerd als verplicht element.**

5.2 Contact en presentie

Geestelijke gezondheidszorg is bedoeld om problemen op te lossen die ergens in c.q. om de persoon leven, om zo de kwaliteit van het leven van de client te verbeteren. Er is een goede open sfeer nodig om te kunnen praten over het diepst van de ziel en de werkelijke processen te onderscheppen. Zorg is meer dan enkel symptoombestrijding. Wederzijds vertrouwen is nodig voor diepgang in contact en het bespreken van moeilijke zaken. Dwang, machtsvertoon en ongelijkheid verstoren het vertrouwen en daarmee ook de communicatie over de diepere toelidingen. Daardoor ontstaan problemen in de signalering en bejegening, wat leidt tot escalaties en crisissen. De aard van het contact met de hulpverleners is van doorslaggevend belang in de GGZ. Om het vertrouwen en de ontvankelijkheid van de client te maximaliseren, dient dwang door hulpverleners voorkomen te worden. **Zonder contact is er geen zorg mogelijk.** Bovendien is de afwezigheid van contact in allerlei vormen (taboes, onbegrip en eenzaamheid) een belangrijke oorzaak voor het ontstaan van psychische problemen. **Zonder contact worden problemen erger.** Hieruit halen wij de volgende conclusie

Randvoorwaarde bij dwangtoepassing : de presentie-variant (contact, hulpverleners en zorgaanbod)

Contact is noodzakelijk voor het verlenen van zorg. De presentie van hulpverleners/ zorgaanbod is daarom een absolute minimale vereiste aan het leveren van gedwongen zorg en dwangmaatregelen. Er is een presentieverplichting voor hulpverleners bij alle vormen van het verlenen van gedwongen zorg (anders is het geen zorg).

En anders geformuleerd:

- Mensen en kinderen die zorg nodig hebben, kunnen niet gedwongen opgenomen worden in een instelling waar geen zorg aanwezig is.
- Niemand mag vanwege een psychische crisis eenzaam achtergelaten worden in een isoleercel.
- Ook 's nachts dient er verplegend personeel aanwezig te zijn om professionele zorg te verlenen.

Voorbeelden:

bij dwangopname: wachtlijstjongeren kunnen niet in een gevangenis terecht komen vanwege een tekort aan behandelplaatsen, omdat daar geen mogelijkheden zijn om desgewenst hulp te verlenen; De aanwezigheid van een (passend) zorg-aanbod is een minimum vereiste bij gedwongen zorg. Bij een gedwongen opname in GGZ zonder behandeling is wel **een zorg-aanbod aanwezig**, en de persoon kan in principe op elk moment een keuze maken (de kunst van het verleiden).

bij dwangmaatregelen zoals separatie: (minimaal) 1 hulpverlener of andere contactpersoon blijft aanwezig en hanteert de-escalatietechnieken. Deze hulpverlener kan bijv. vragen met wie de client graag wil praten om tot rust te komen, of wat zijn andere wensen zijn en daar serieus en welwillend mee omspringen, om zo snel mogelijk weer in een constructieve hulpverleningssfeer te komen. (zie ook paragraaf 5.5 Separatie/ afzondering)

Zorgaanbod tijdens de nachtdienst: In de eenzame nachten mag je momenteel als client in de GGZ eigenlijk geen problemen hebben, want daar is het systeem niet op berekend. Bijv. bij een GGZ-instelling in Den Bosch is 's nachts geen verpleegkundige meer aanwezig, maar enkel een bewaker van de beveiligingsdienst. Dit zijn absoluut wantoestanden voor een zorginstelling. Juist 's nachts zijn er veel prikkels zoals eenzaamheid en angst en is er veel tijd om na te denken. **Zeker 's nachts dienen er dus professionals aanwezig te zijn.**

→ **Wij vinden een presentie-verplichting bij dwangtoepassing - de aanwezigheid van hulpverleners en zorgaanbod – een absolute minimum-eis die in het kader van het hele beginsel van wederkerigheid van gedwongen zorg in de wet hoort.**

Specificatie van dwangmaatregelen:

5.3 Huisregels

Huisregels zijn ontstaan om het leven binnen de instelling “veilig” te houden, maar ook “drill-elementen” spelen vaak nog een rol. Veel huisreglementen bevatten extra dwangmaatregelen voor de clienten (verplicht ontbijt, verplicht activiteitenprogramma, verplichte bedtijden, beperkt telefoonverkeer en beperkt contact en bezoek, beperkte bewegingsvrijheid enz.) Huisregels en activiteitenschema's verschillen per instelling en afdeling.

Veel huisregels zijn nog steeds generaliserend in negatieve zin of betuttelend, en houden weinig rekening met het gevoel van mensen die daar verblijven/wonen en een gelukkig leven op willen bouwen. Soms zijn huisregels stigmatiserend en denigrerend, en herhalen ze de Nederlandse wet (“geen diefstal”). Dat suggereert geen vertrouwelijkheid en is vaak zowel ongewenst door clienten als door personeel. De clienten op een afdeling moeten zich daar **thuis kunnen voelen**, om in openheid en vertrouwen aan zichzelf en hun welzijn te kunnen werken, maar dat gaat vaak niet met allerlei zinloze regeltjes. Iedereen heeft recht op een eigen identiteit, zelfbeschikking en eigen bezit. “Thuis” heeft men een bepaalde vrijheid, maar die vrijheid moet in overgrote mate ingeleverd worden als men opgenomen wordt in de GGZ. Op sommige vlakken is dat buitenproportioneel.

Hulpverleners moeten toezien op naleving van de regels, ook als zij zelf geen heil in die regels zien, en dat geeft vreemde situaties die moeilijk te begrijpen zijn. Dit soort ongezellige situaties zijn dikwijls een aanleiding voor onenigheid, strijd en zelfs dwangtoepassing als sanctie op regelbrekend gedrag (straf), of om de opwindingspreventie de kop in te drukken, hoewel dat verboden is, maar soms gebeurt het toch om bijv. de orde en rust voor de anderen te handhaven (werkdruk). Maar dwangtoepassing, orde en tucht geeft een verkeerd signaal over hoe wij in een geweldloze samenleving wensen samen te leven (zoals de welbekende kritiek op de Glens Mills-methode).

→ **Het doel van huisregels is prettig samen te leven.**

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. **Een goede sfeer, als basis** is daarom uitermate belangrijk voor hulpverlening (openheid, vertrouwen, contact). Dat wordt ook onderschreven door project Dwang en Drang.

→ **Huisregels zouden dus uit moeten gaan van een gezellige normale vertrouwelijke leefbare thuisbasis voor de clienten, en niet meer of minder dan dat.**

5.3.1 Familie en eigen netwerk.

Bezoekregelingen zijn vaak onnodig beperkt. Aangezien het eigen netwerk een belangrijke functie heeft in het verdere leven van de client, is het niet goed om ze in deze fase buiten te sluiten. Integendeel, het betrekken van familie en het eigen netwerk van de client leidt vaak tot zeer goede zorgresultaten, omdat dit netwerk over veel kennis bezit en kan helpen met het interpreteren van gedrag enz. Daarnaast kunnen zij de de-escalatie en het herstel van dichtbij meemaken, waardoor het begrip en het vertrouwen in herstel vergroot wordt. Dat vergemakkelijkt de reïntegratie in een later stadium, en eventueel de signalering van een vervolg episode. Openheid is kan ook extra toezicht op cliëntenrechten opleveren.

→ **familie en eigen netwerk zijn te waardevol om ze buiten de deur te houden.**

5.4 Bewegingsvrijheid

“Je ding doen”, de wereld verkennen en ontdekken, steeds verder. Het is een leerproces dat elke client wel kent. Soms zijn regeltjes echter zo bureaucratisch dat de client er niet beter van wordt, en bijv. nooit naar de nachtfilm kan ivm de sluitingstijd van de afdeling. Vaak blokkeert ook een gebrek aan begeleiding en/of vertrouwen de weg naar buiten. De persoon heeft zo ook geen kans om de juiste keuzes te maken, want er wordt steeds een hand boven zijn hoofd gehouden.

→ **voorkom bureaucratie en betutteling, en kijk per situatie naar de mogelijkheden om tegemoet te komen aan het belang van de client. Empowerment is erg belangrijk.**

5.4.1 Piepers en pasjes en camerabewaking

Ook hulpverleners vragen zich wel eens af waarom er zoveel beveiligingsmaatregelen zijn op het GGZ-terrein. Dat bevlekt de zorg eigenlijk. Maar hoewel men schreeuwt om meer personeel, er wordt nu eenmaal eerder geïnvesteerd in technologische vernieuwing, dan in “handen aan het bed”. Camera’s verminderen echter het gevoel van veiligheid en rust, en ze grijpen ook niet in als er iets gebeurt. Daarom is het uiteindelijk dan toch zinvoller om **meer mensen in de zorg** aan te nemen.

5.5 Separatie/ afzondering

Bij separatie is het middel voor velen erger dan de kwaal. Het misbruik van separatie op verschillende plaatsen wordt anno 2008 eindelijk erkend. De separeer wordt niet langer gezien als prikkelarme kalmerende ruimte, maar als zeer vervelende interventie die echt enkel in het alleruiterste geval legaal kan worden toegepast.

<p>De beroepsgroep spreekt van een versmalde doelgroep voor separatie: “eigenlijk enkel personen die psychotisch en agressief zijn en onbekend voor het eerst binnenkomen onder invloed van drugs of alcohol”(Altrecht). Daarmee is er een duidelijke nieuwe richtlijn voor de inzet van separeercellen en afzondering. Mogelijk dient deze definitie nog enigszins herzien te worden door verschillende deskundigen.</p>
--

Ook over de maximale termijnstelling van een separatie hoor je uitspraken van hulpverleners: **variërend van ca 15 minuten, tot een paar uurtjes**. Hiermee is er dus ook een nieuwe richtlijn voor de lengte van een separatie.

De wantoestanden zijn de wereld nu echter nog niet uit. Misschien lukt het soms niet om iemand snel te kalmeren in een isoleercel. Wanneer spreekt men van een “wantoestand”. De **officiële richtlijn van maximaal 1 week** separatie zouden wij graag hiervoor aanwenden. (Na 3 dagen separatie wordt het dan echt tijd om naar de kenniswinkel te gaan voor extra expertise, of om overplaatsing te gaan verzoeken.)

5.5.1 Separatie toezicht:

De variant: **Cameratoezicht in de isoleercel in de GGZ is geen goed idee**

- Camera's zijn doorgaans een van de meest prikkelende voorwerpen (daar wordt men onrustig en zenuwachtig van), en bij psychische problemen is een dergelijke confrontatie zeer zwaar af te raden.
- Ongevraagd bekeken worden zonder terug te kunnen kijken is zeer vernederend, zeker in dergelijke positie, en icm bepaalde voorgeschiedenis helemaal onverstandig.
- De client heeft geen besef van reactie achter de camera, dat maakt erg onzeker, met bovendien het risico dat iemand paranoïde wordt; wie zit er achter de camera?
- Bovendien is er op die manier nog steeds weinig te leren van deze “zorgvorm”, er is geen leidraad of begeleiding: Presentie van hulpverleners zeer belangrijk voor contact en communicatie. Constructieve reflectie van het gedrag van de client leidt uiteindelijk vaak tot inzicht en verandering.

Contact in de hulpverlening gaat 2 richtingen op. Presentie van hulpverleners (of andere contactpersonen) is cruciaal. Wij pleiten daarom voor de **presentie-variant**: De aanwezigheid van een zorg-aanbod / hulpverleners / contact is een minimale vereiste voor het leveren van gedwongen zorg (anders is het geen zorg), de persoon moet in principe op elk moment een keuze kunnen maken om toch hulpverlening te aanvaarden (ook 's nachts).

Vanwege de presentieverplichting blijft er bij separatie (minimaal) 1 hulpverlener aanwezig en hanteert de-escalatietechnieken. Deze hulpverlener kan bijv. vragen met wie de client graag wil praten om tot rust te komen, of wat zijn andere wensen zijn en daar serieus en welwillend mee omspringen, om zo snel mogelijk weer in een constructieve hulpverleningssfeer te komen, waarbij uiteraard geen separeercel nodig is.

Als de client aangeeft alleen te willen zijn is er een opening voor dialoog en kan het verzoek gehonoreerd worden op een menswaardige locatie, maar niet in de separeer (separatie is een acute crisisinterventie en een cel is geen gepaste omgeving om iemand in nood/ na nood alleen te laten)

5.5.2 Voorzieningen en inrichting in de separeer

Het is de kunst om de strijd te breken en de **rust** terug te brengen en dat gaat door zorgvuldige bejegening met **positieve prikkels**, zoals bijv. lekker eten en andere aangename, liefdevolle dingen. (principe van “gentle teaching” en het ontlocken van een niet-vijandige reactie) Een **comfortroom** is vele malen effectiever om tot rust te komen. Ook buitenlucht, sport, muziek en creativiteit zijn bewezen effectief om tot rust te komen.

Voor een menselijkere separatie raden wij aan om iemand niet in een vreemde, verwarrende, vernederende positie te brengen, waarbij de persoon verstoken is van alle geneugten van het leven. Een cel roept alleen maar meer agressie en negativiteit op. De verbeteringen die wij

signaleren aan de voorzieningen omvatten voornamelijk dat er meer gedaan kan worden om **rust te brengen**. Bijvoorbeeld:

- **Scheurkleding afschaffen** (die is overigens recentelijk afgekeurd door Committee on Prevention of Torture, zie ook <http://cpt.coe.int/en/states/nld.htm>) De scheurkleding is onnodig vernederend bevonden en voldoet niet aan de eisen van deze tijd. (bij een presentieverplichting tevens overbodig) → **eigen kleding toestaan**

- **Normale toiletgang, gewoon op een wc.** (presentie)
- **Geen beperkingen van bezoek in de separeer/voorraumte**, tenzij de client zelf bezwaar heeft. (alle contactpersonen zijn welkom om rust te komen brengen)
- **Geen beperking van aanvullende wensen**, zoals contact, eten, drinken, muziek, lezen, bal, knuffels, dekens, papier, schrijfwaren, spelletjes enz. (Presentie!)

5.6 Aanvullende beveiligingsmaatregelen (visitatie en fixatie)

Fixatie en visitatie horen ook niet thuis in de geestelijke gezondheidszorg. Deze middelen zijn **te zwaar en te riskant**. De trauma's en de weerstand die deze middelen veroorzaken zijn vaak onoverkomelijk en leiden vrijwel meteen tot een vertrouwensbreuk.

Visitatie van lichaamsholten is absoluut verboden in de zorg. (scanapparatuur bestaat). Fixatie aan een bed of stoel bij hevige onrust is eveneens erg vernederend en niet acceptabel volgens de Nederlandse maatstaven. Fixatie **brengt geen rust** en helpt dus niet tegen onrust.

Bovendien is fixatie gevaarlijk bij brand en slecht voor de bloedsomloop en gewrichten.

→ **middelen die geen rust brengen, moeten niet ingezet worden om rust te proberen te brengen**

5.6.1 Urinecontroles, fouilleren en kamercontrole

Urinecontroles, fouilleren en kamercontrole zijn ook kleinerend. Dergelijke maatregelen mogen niet als afdelingsregel (huisregel) aangegeven worden, maar kunnen enkel op basis van een behandelplan. De client heeft ook recht op privacy en vertrouwen. Problemen moeten opgelost worden door dialoog en samenwerking (pedagogische voorbeeldfunctie). Pas als er bewijzen of aanwijzingen zijn voor "onbetrouwbaarheid" en gegronde redenen voor een zoektocht kan men deze controlerende dwangmaatregelen toepassen.

5.7 Ambulante dwang en voorwaardelijke dwang

Of ambulante dwang daadwerkelijk minder ingrijpend is dan reguliere klinische dwang, is nog maar de vraag. Voor clienten met een dergelijke machtiging voor ambulante dwangmedicatie zal dit betekenen dat zij zich NERGENS meer veilig kunnen voelen, en nergens meer gelijkwaardig zijn aan andere burgers. Bij ambulante medicatie geldt ook nog: als ze je pakken, ben je te laat, dus de clienten gaan dan wellicht **preventief vluchten voor iedere hulpverlener**). Dat ondermijnt volgens ons in zeer grote mate het contact, vertrouwen en de vroegsignalering, en maakt verdere werkelijke zorg haast onmogelijk. Daardoor kan men ook hier concluderen dat een dergelijke dwangbehandeling met ambulante dwangmedicatie de client waarschijnlijk niet ten goede komt, maar dat het middel veel schade aanricht in de hulpverleningsrelatie en het toekomstperspectief van de client.

De dialoog moet altijd open gehouden worden. Het gevoel van veiligheid, gelijkheid en onschendbaarheid (integriteit) dat een client ervaart wanneer hij/zij in de maatschappij een gelijkwaardige positie, zelfbeschikkingsrechten en keuzevrijheid heeft ondanks een beperking, dat is vele malen heilzamer dan de constante dreiging van gedwongen ongewenste chemicaliën in je lichaam of andere dwang. Daarnaast ligt criminalisering, stigmatisering en medicalisering op de loer door dwangtoepassing buiten de instelling, terwijl het eigenlijk nog

onduidelijk is wat de beste behandeling van bepaalde problemen en stoornissen is (brede discussies over medicatie, psychosociale rehabilitatie, voedingssupplementen enz.). Ambulante dwangmedicatie kan dus behoorlijk experimenteel zijn.

Wij zijn tegen ambulante dwang, omdat dit de **positie van de client in de maatschappij** aantast, wat enorm schadelijk is voor het toekomstperspectief van de client, en de glans afhaalt van de termen “herstel van autonomie en volwaardige reïntegratie in de maatschappij”, met name bij bepaalde diagnoses.

5.8 Dwangmedicatie

Mensen die medicatie onder dwang krijgen toegediend, voelen zich vaak ongewenst vergiftigd. Velen beschouwen medicatie als chemische middelen die de natuur onderdrukken. Het hebben van een variëteit aan emoties is immers ook een natuurverschijnsel en het totaal aan emoties vormt een unieke persoonlijkheid voor elk mens.

In onderzoeken zijn de stofwisseling en bloedspiegels geanalyseerd en men claimt behandelbaarheid van stoornissen met psychofarmaceutica. Echter de discussie over of een bloedspiegel nu oorzaak of gevolg is van een psychiatrische aandoening is nimmer voltooid. Ondertussen overheerst een biomedische benadering van problemen, en is er te weinig ruimte voor psychosociale rehabilitatie en andere therapievormen. In de praktijk bijv. bij de huisarts of de GGZ-hulpverleners krijgt men nog vaak sneller een pilletje dan een goed gesprek, en soms een combinatie.

Bij dwangmedicatie wordt er een stofje in je lijf toegediend, dat is bedoeld om je denkpatroon of gevoelsleven te veranderen, en dat is beangstigend. De veranderingen in je lichaam brengen dan geen rust, maar angst en wantrouwen, zelfs angst van je eigen gevoel. Vaak gaat de persoon zich verzetten tegen de medicijneffecten en vastklampen aan het gevoel dat hij voorheen had. Sommigen durven niet te gaan slapen uit angst voor de inwendige veranderingen en angst voor een mogelijk verlies van zichzelf. Dwangmedicatie is enorm beangstigend, en als het eenmaal in je lijf zit, dan kan je het er niet meer uithalen of ongedaan maken. Het zit er en het is ongewenst een deel van je leven. **Dwangmedicatie is vaak enorm traumatiserend.**

Het is nodig om vertrouwen te hebben in de medicijnen, anders ga je je verzetten tegen je eigen gevoel (dat kost veel energie en leidt bovendien nergens toe). Vertrouwen in medicatie kan alleen groeien door echte overtuigingskracht en goede argumenten. (dialoog)

Er zijn groepen mensen die zonder een trouwe inname van medicatie snel kunnen terugvallen in bijv. een psychose. Door alles bespreekbaar te maken, ook het stoppen van medicatie, voorkomt men verrassingen en kan men o.a. blijven inspelen op de **voor- en nadelen** van (stoppen met) medicijnen en andere gepaste zorg. Lotgenotencontact en vertrouwensrelaties zijn voor cliënten vaak erg belangrijk om argumenten te verkrijgen en overtuigingen te toetsen.

→ Een ingrijpende (dwang)behandeling in de meest fundamentele waarden van de mens (integriteit van het lichaam), zoals dwangmedicatie dient men continu te bespreken met de client, waarbij alle bezwaren van de client serieus genomen worden om tot overeenstemming te komen over medicatie of eventuele alternatieven.

Tip: in een vertrouwde omgeving neemt men sneller risico's (kansen) dan in een bedreigende omgeving.

6. Toezicht op kwaliteit en rechtsbescherming

Dwang is een laatste redmiddel, maar soms zijn er moeilijke situaties, waarbij wantoestanden kunnen ontstaan. Vaak worden er dan wel vragen bij gesteld, maar interne klachten van zowel cliënten als hulpverleners worden vaak onvoldoende opgepikt.

Een versterkte rol van de PVP is zeer welkom, omdat de Inspectie (IGZ) niet in staat blijkt om toezicht te houden op de individuele zorg en dwangtoepassing. Klachten moeten immers gebruikt worden om de kwaliteit te verbeteren.

Het blijkt echter dat ook inspectierapporten en uitspraken van de PVP gemakkelijk vergeten worden. Er is dus echt een **cultuurprobleem in de GGZ**.

In de praktijk blijken actiegroepen en vooral de media wel een effect op de kwaliteit uit te kunnen oefenen. **Openheid over de interne gang van zaken is dus in de praktijk de belangrijkste kwaliteitsstimulans.**

Aangezien er voorgesteld is dat de commissie ook een kwaliteits-toezicht-functie zal gaan hebben, wordt de commissie-variant “Kenniswinkel voor specialisme van zorg en dwang” met die toezichtfunctie erbij nog sprekender, logischer en tastbaarder.

- Deze vorm van toezicht is **extern** georganiseerd (openheid).
- Iedereen kan een kwaliteitsadvies vragen in de kenniswinkel, dus iedereen met klachten kan zich vrijblijvend **verdiepen in de stand der wetenschap**.
- Als er signalen zijn dat er iets loos is, kan de kenniswinkel ook **zelf actie ondernemen**.

Wij zien dus nog veel verbeterkansen.

**

Voor meer informatie kunt u contact opnemen met

(Ing.) **Jolijn Santegoeds**

Ervaringsdeskundige van Actiegroep Tekeer tegen de isoleer! / Stichting Mind Rights
www.mindrights.nl en www.tekeertegendeisoleer.web-log.nl

email: tekeertegendeisoleer@hotmail.com

adres : Tellegenstraat 78, 5652 NT Eindhoven

telefoon : 040-2515342 of 06-47018432

Eindhoven, 8 oktober 2008