

Rapportage Pilot Eigen plan van aanpak

Document		
Naam document	Rapportage Pilot Eigen plan van aanpak - Concept	
Onderdeel / project	Eigen plan van aanpak	
Opdrachtgever	Stuurgroep OU	
Auteur	Bernd Wondergem & Alexandra Reijerse, in samenwerking met Diewke Baas en Pauline Zwart	
Distributielijst :	Naam, rol	Ter info aan: naam, rol

Versiebeheer				
Nr.	Datum	Omschrijving wijzigingen	Status	Auteur

0.1	14-3-2023	Conceptversie	Concept	Bernd Wondergem Alexandra Reijerse

Inhoudsopgave

1. INLEIDING	4
2. DOELSTELLING ONDERZOEK.....	4
3. WERKWIJZE ONDERZOEK	5
4. BEVINDINGEN UIT DE TWEE DEELPROJECTEN VAN DE PILOT	7
5. ADVIEZEN	13
6. BIJLAGEN	17

1. Inleiding

Aanleiding pilotproject: het onderzoek naar het Eigen plan van aanpak

Het Eigen plan van aanpak is een instrument in de wet verplichte zorg bedoeld ter versterking van de rechtspositie van de betrokkene en als een van de instrumenten voor behoud of herstel van Eigen regie van betrokkene. De betrokkene kan hiermee verplichte zorg voorkomen (zie Wvvgz, artikel 5:5).

In 2021 is door het KCT een onderzoek uitgevoerd om zicht te krijgen op het gebruik van het Eigen plan van aanpak. Hierbij zijn met behulp van de ketenmonitor vragen beantwoord zoals *hoe vaak wordt het aangevraagd, hoe vaak opgesteld en hoe vaak leidt het plan tot afwending van verplichte zorg*. Tevens is gekeken naar mogelijke knelpunten die het succes van dit instrument in de weg staan en eventuele oplossingsrichtingen. Hiervoor zijn gesprekken gevoerd met geneesheer-directeuren, Familievertrouwenspersonen, Patiëntvertrouwenspersonen, advocaten en de Eigenkrachtcentrale.

Dit onderzoek heeft geleid tot een drietal vragen over het gebruik van het Eigen Plan van Aanpak binnen het huidige wettelijk kader:

1. Hoe kan het informeren van betrokkene (en diens omgeving) over de mogelijkheid een Eigen plan van aanpak op te stellen geoptimaliseerd worden?
2. Hoe kan het format worden aangepast zodat het optimaal te gebruiken is door betrokkene en voldoet aan de minimale eisen van zorgverleners?
3. Hoe kan betrokkene optimaal worden ondersteund bij het opstellen van een Eigen plan van aanpak door de in de wet genoemde personen (advocaat, familie/naasten en patiëntvertrouwenspersoon) en wat kan de rol zijn van anderen, zoals in de praktijk reeds betrokken zorgverleners en persoonlijke bekenden van betrokkene?

Om antwoord te geven op deze drie vragen is een pilot uitgevoerd. De pilot 'Eigen plan van aanpak' (Pilot EPvA) is eind 2021 van start gegaan in opdracht van de stuurgroep Optimalisatie Uitvoering. Doel van de pilot is het optimaliseren van het gebruik van het Eigen Plan van Aanpak binnen het huidige wettelijk kader om gedwongen zorg te voorkomen.

De pilot is uitgevoerd als een dubbel project bij Dimence en Arkin.

Dit rapport is het (concept) verslag van de pilot.

Leeswijzer

Deze rapportage kent de volgende opbouw:

- Het volgende hoofdstuk beschrijft de doelstelling van het onderzoek.
- In hoofdstuk 3 wordt de werkwijze van het onderzoek beschreven.
- Hoofdstuk 4 gaat over de bevindingen uit beide pilotprojecten.
- In hoofdstuk 5 staan de landelijke adviezen die uit de pilot gedestilleerd zijn.
- De bijlagen bevatten een aantal landelijk bruikbare producten die de pilot heeft opgeleverd: een nieuwe versie van de aankondigingsbrief.

2. Doelstelling onderzoek

Doel van de pilot was het optimaliseren van het gebruik van het Eigen plan van aanpak binnen het huidige wettelijke kader om gedwongen zorg te voorkomen. Daartoe zijn de volgende aspecten onderzocht:

1. Hoe kan het informeren van betrokkene (en diens omgeving) over de mogelijkheid een Eigen plan van aanpak op te stellen geoptimaliseerd worden?
2. Hoe kan het format worden aangepast zodat het optimaal te gebruiken is door betrokkene en voldoet aan de minimale eisen van zorgverleners?

3. Hoe kan betrokkene optimaal worden ondersteund bij het opstellen van een Eigen plan van aanpak door de in de wet genoemde personen (advocaat, familie/naasten en patiëntvertrouwenspersoon) en wat kan de rol zijn van anderen, zoals in de praktijk reeds betrokken zorgverleners en persoonlijke bekenden van betrokkene?

Om voldoende draagvlak te krijgen binnen de deelnemende zorgaanbieder Dimence wordt ook een voor hen belangrijk kwalitatief, retrospectief onderzoek gedaan op basis van 40-50 casussen uit 2 FACT-teams waarbij in 2022 een verlenging van de ZM aan de orde was. Daarmee wordt meer inzicht verkregen in het antwoord op de vraag:

4. Wat 'werkt wel' en 'wat werkt niet' (vanuit het perspectief van cliënten, naasten en professionals) bij het voorkomen van verplichte zorg.

Dat 'wat werkt' en 'wat niet werkt' gaat onderdeel vormen van het advies. Dat 'wat niet werkt' kan ook leiden tot een verbeterpunt dat door Dimence wordt opgepakt.

Daarnaast werd ruimte geboden voor suggesties buiten het wettelijk kader die een bijdrage zouden kunnen leveren aan het behoud of herkrijgen van eigen regie van betrokkene. De stuurgroep optimalisatie uitvoering kan op basis van deze suggesties adviezen aan de wetgever formuleren voor het door-ontwikkelen van de Wvvgz.

Naast Dimence bleek ook Arkin te willen deelnemen aan de pilot. Dat was interessant voor het doel van de pilot omdat Arkin al een poos een eigen afwijkende procedure volgt met betrekking tot de mogelijkheid van het opstellen van een Eigen plan van aanpak. Deze procedure geeft elke betrokkene 3 dagen + 2 weken de tijd voor het opstellen terwijl de procedure voor de aanvraag zorgmachtiging niet geschorst wordt maar tegelijkertijd doorloopt. Zo staat er minder druk op de betrokkene die een Eigen plan van aanpak wil opstellen en ontstaat geen vertraging voor de eventueel noodzakelijke verplichte zorg aan betrokkene. Met instemming van de Stuurgroep Optimalisatie Uitvoering heeft het KCT de pilot uitgebreid met de deelname van Arkin en een KCT-teamlid ingezet als projectleider aldaar. Mede in verband met het draagvlak voor deelname aan de pilot zou in dat deelproject ook de volgende vraag worden beantwoord:

5. Welk effect heeft de reeds door Arkin doorgevoerde nieuwe werkwijze op het gebruik en de effectiviteit van het Eigen plan van aanpak.

Arkin heeft gedurende de uitvoering van de pilot de focus gelegd op de 3 oorspronkelijke onderzoeksdoelen en besloten in het kader van de pilot geen effectmeting uit te voeren op de eigen werkwijze. Men zag geen meerwaarde in het meten van effect op het moment van de pilot terwijl de werkwijze al vanaf de inwerkingtreding van de wet werd gevolgd en een eventuele meting nergens tegen kon worden afgezet.

3. Werkwijze onderzoek

Algemeen

De pilot Eigen plan van aanpak is door het KCT uitgevoerd onder regie van de Stuurgroep Optimalisatie Uitvoering. Voor de pilot is een overkoepelend plan van aanpak gemaakt, wat als basis diende voor de operationele projectplannen voor beide pilotlocaties. Elk van de twee ~~pilot~~ projectlocaties had een eigen, lokaal projectteam en werd aangestuurd door een projectleider. Het KCT bewaakte de samenhang tussen beide ~~pilot~~ projecten.

Voor deze pilot is tevens één centrale klankbordgroep ingericht, voor beide regionale projecten tezamen. De klankbordgroep bestaat uit deelnemers van de Nederlandse GGZ, NVvP, V&VN, MIND Stichting PVP, LSFVP en het Ministerie van VWS. De advocatuur was ook via Nova uitgenodigd, maar heeft geen deelnemer voor de klankbordgroep afgevaardigd. De klankbordgroep begeleidt de uitvoering met adviezen, feedback op de uitvoering en met de beoordeling van de resultaten. De klankbordgroep is verschillende keren geïnformeerd over de pilotresultaten, zodat de klankbordgroep daarop feedback heeft kunnen geven. De klankbordgroep is gevraagd om de resultaten te beoordelen zodat mogelijk regio-eigen resultaten (die elders waarschijnlijk niet werken) niet in het advies terecht zullen komen.

Er zijn drie bijeenkomsten georganiseerd van de klankbordgroep met de volgende agenda.

1. Eerste bijeenkomst: presentatie van de (beide projecten binnen de) pilot en geselecteerde verbetervoorstellen.
2. Tweede bijeenkomst: presentatie van de resultaten van (beide projecten binnen de) pilot.
3. Derde bijeenkomst: presentatie van het rapport aan de Stuurgroep Optimalisatie Uitvoering over de resultaten van de pilot.

Begin maart 2023 is door de voormalig coördinator van het KCT een workshop verzorgd tijdens een Congres over het voorkomen van verplichte zorg over de resultaten van de pilot beide projecten. De bespiegelingen die daarbij naar voren zijn gekomen, zijn waar passend ook dit rapport over de pilot opgenomen.

Dimence

Aanpak

Het project bij Dimence is uitgevoerd in en met 2 FACT-teams: Zwolle-Noord en Kampen. Bureau GD heeft data aangeleverd over het aantal zorgmachtigingen en EPvA's. Ook zijn data verzameld over de uitkomsten van de klachtenprocedure WvGGZ bij Dimence. Zeven cliënten die ervaring hadden met verplichte zorg zijn geïnterviewd. Daarnaast is een retrospectieve analyse gedaan op 44 geanonimiseerde cliëntdossiers. Het ging om cliënten die in 2022 te maken kregen met een mogelijke verlenging van de zorgmachtiging (ZM). Er is een verdiepende analyse gedaan op 4 cases waarbij een cliënt een (variant van) een eigen plan heeft gemaakt. Ook is gesproken met een beoordelaar van Eigen plannen van aanpak.

Voor het onderzoek zijn daarnaast interviews gehouden met professionals uit de FACT-teams, medewerkers van bureau geneesheer-directeur, de klachtenfunctionaris, de patiëntvertrouwenspersoon en de familievertrouwenspersoon. De observaties en ervaringen van de stagiaire die meewerkte aan het onderzoek hebben ook een plek gekregen in het project en het rapport van de pilot.

Algemeen

Het aantal EPvA's in de FACT-teams is klein en vergelijkbaar met het landelijke cijfer (in 7% van de ZM-aanvragen heeft de cliënt een EPvA-verzoek ingediend). Het 'slagingspercentage' ligt bij Dimence op 33%, landelijk is dit 17%. Wat verder opvalt is dat volgens de geneesheer-directeur van Dimence ongeveer driekwart van de zorgmachtiging-aanvragen wordt afgedaan met referteverklaring (er komt dan geen zitting doordat cliënt en advocaat akkoord gaan).

Arkin

Aanpak

Voor het inventariseren van concrete verbeterpunten zijn bij Arkin verschillende werksessies georganiseerd met geneesheer-directeuren, Patiëntenvertrouwenspersonen, cliëntenraad, ervaringswerker, advocaat, beleidsjurist Arkin en de lokale projectleider vanuit het KCT.

Dat heeft geleid tot onderstaande concrete verbeterpunten bij Arkin:

- a. De informatiebrief die namens de geneesheer-directeur door het bureau geneesheer-directeur wordt verzonden aan alle betrokkenen wordt vergaand aangepast in inhoud en taal. Ook wordt daarin opgenomen bij wie betrokkene terecht kan voor hulp en wordt een link naar extra informatie in de vorm van een animatie opgenomen. Deze nieuwe brief is bijgevoegd in de bijlage van dit rapport. De animatie is een voor de werkwijze van Arkin aangepaste versie van de animatie die door het KCT is gemaakt over de aanvraag zorgmachtiging.
- b. Een nieuw, veel eenvoudiger en korter 'format Eigen plan van aanpak' wordt gemaakt en gebruikt (van 5 A4-tjes naar 2 A4-tjes). Daarnaast heeft betrokkene de keuze om een eigen format te gebruiken, mits daar dezelfde inhoud in komt te staan.
- c. Om de ondersteuning door familie/naasten te verbeteren wordt in de brief die namens de geneesheer-directeur aan de betrokkene wordt verstuurd toegevoegd 'laat deze brief ook aan uw naasten lezen'. Hiernaast wordt in de pilotperiode de 'informatiefolder voor naasten' in de wachtkamers van Arkin neergelegd.

Vervolgens is gedurende de pilotperiode gewerkt met deze nieuwe producten. Middels een vragenlijst is bij de diverse doelgroepen informatie opgehaald voor de evaluatie. In totaal is de vragenlijst uitgezet bij:

- 328 cliënten (aangeschreven via hun behandelaren)
- 159 psychiaters
- 66 advocaten

Omdat het opstellen van de eindrapportage soms kort volgde op het versturen van de brieven, loopt de respons naar verwachting nog enkele weken door. Op ongeveer 5 a 7% van de verstuurd brieven is tijdens de duur van de pilot respons ontvangen.

4. Bevindingen uit de twee deelprojecten van de pilot

Dimence

Antwoord op de drie onderzoeksvragen, vanuit het perspectief van de pilot bij Dimence:

1. Hoe kan het informeren van betrokkene (en diens omgeving) over de mogelijkheid een Eigen plan van aanpak op te stellen geoptimaliseerd worden?

Het informeren van betrokkene gebeurt bij Dimence door de brief die bureau geneesheer-directeur verstuurt over de aanvraag zorgmachtiging. Daarin staat dat de cliënt kan aangeven dat hij een Eigen plan van aanpak wil maken. In de pilot bleek opnieuw dat veel cliënten geen brieven van instanties openen. Sommige geïnterviewde cliënten herinneren zich dan ook weinig van een brief. Anderen werden boos of schrokken. Een aantal cliënten geeft aan dat ze wel begrepen wat er in de brief stond, maar ze waren het ermee oneens of vonden het oneerlijk. Ook zijn er cliënten die zeggen: 'ik las de brief wel, maar ik snapte die niet omdat ik toen psychotisch was'.

Bureau geneesheer-directeur zorgt ervoor dat de brief niet op donderdag of vrijdag verstuurd wordt. Omdat er een weekend tussen zit, is de termijn van 3 dagen (waarbinnen de cliënt kan reageren) dan echt te kort. Bureau geneesheer-directeur gaat daarnaast soepel om met de termijn van indienen van een Eigen plan van aanpak. De grens van 3 dagen is geen belemmering om later alsnog een Eigen plan van aanpak in te dienen.

Advies: zorg voor een goede timing van de brief. Geef cliënten tijd om een Eigen Plan van aanpak in te dienen.

Bureau geneesheer-directeur informeert de zorgverantwoordelijke dat de brief wordt verzonden. In de pilot bleek dat het goed werkt als professionals op dat moment contact leggen met de cliënt en uitleggen wat er in de brief staat. Eerst persoonlijk contact en daarna pas de brief sturen blijkt het beste te werken. Soms triggert de brief cliënten om alsnog vrijwillige afspraken of een eigen plan te maken. Ook dan is het dus goed dat er contact is.

Advies: informeer professionals over het moment van verzenden van de brief en biedt hen ruimte om present te zijn voor de cliënt. Voor cliënten die laaggeletterd zijn of de taal slecht spreken is dat extra belangrijk.

In de brief staat dat cliënten toestemming kunnen geven om hun gegevens door te geven aan de patiëntvertrouwenspersoon. Ook kunnen ze zelf contact leggen met de patiëntvertrouwenspersoon. Het komt weinig voor dat cliënten toestemming geven. Ook kwam in de pilot naar voren dat cliënten van FACT-teams bijna nooit bellen en ook niet mailen naar een algemeen mailadres.

Het is daarom belangrijk dat de patiëntvertrouwenspersoon een 'gezicht' krijgt, zowel voor cliënten als voor professionals. De patiëntvertrouwenspersoon is bij Dimence bekender in de kliniek (omdat ze daar voorlichting geeft) en minder in de FACT-teams. In de pilot is daarom afgesproken dat de patiëntvertrouwenspersoon de FACT-teams vaker bezoekt zodat er korte lijntjes ontstaan. Ook wordt er een folder gemaakt waarin cliënten het gezicht van de patiëntvertrouwenspersoon kunnen zien.

Uit de pilot blijkt ook dat (vooral bij een eerste zorgmachtiging-aanvraag) er nog nauwelijks een beroep wordt gedaan op de familievertrouwenspersoon. Pas als de aanvraag bij het openbaar ministerie ligt (en de situatie volgens de familievertrouwenspersoon 'onder hoogspanning staat') hoort de familievertrouwenspersoon dat er een hulpvraag is. De familievertrouwenspersoon heeft dan dus geen bijdrage kunnen leveren aan het informeren van naasten over het Eigen plan van aanpak. In de pilot is daarom afgesproken dat ook de familievertrouwenspersoon en de FACT-teams meer aansluiting zoeken met elkaar.

Advies: geef de patiëntvertrouwenspersoon en de familievertrouwenspersoon een 'gezicht' bij professionals en cliënten. Vermeld in de brief persónlijke emailadressen van deze vertrouwenspersonen.

2. Hoe kan het format worden aangepast zodat het optimaal te gebruiken is door betrokkene en voldoet aan de minimale eisen van zorgverleners?

Gebruik van het format voor het Eigen plan van aanpak kan helpend zijn, maar is in de visie van Dimence niet nodig. De werkwijze van Dimence is gebaseerd op het bieden van flexibiliteit. Er zijn geen vormvereisten. De meeste cliënten die een Eigen plan van aanpak maken sturen gewoon een mail of een Word bestand. Als een cliënt een reactie schrijft die uitgebreid kan worden tot Eigen plan van aanpak borduurt de zorgverantwoordelijke daarop voort. Tijdens de pilot werd de suggestie gedaan dat een cliënt ook een videoboodschap kan opnemen. Het gaat er vooral om dat het plan voldoet aan de minimale eisen (zie onder) en dat er iets vastligt waar je later op terug kan komen.

Geen van de geïnterviewde cliënten heeft het format gebruikt. Ze kenden het format niet of dachten dat het te standaard was ('dat is een standaardbrief en dan krijgt Dimence 100 standaardbrieven').

Zorg op maat kan ook betekenen dat cliënten iets opschrijven dat geen Eigen plan van aanpak is maar wel voorkomt dat een zorgmachtiging nodig is. Een voorbeeld daarvan was een cliënt die op eigen initiatief een lijstje afspraken maakte met de hulpverlener. Het kreeg de vorm van een tweezijdig contract (waar instond dat het geen rechtsgeldig contract was). Deze vorm paste bij deze man, die een 'man van zijn woord is'.

Advies: wees flexibel qua timing en stel geen vormvereisten aan het Eigen plan van aanpak.

Uit de pilot bij Dimence blijkt dat ook FACT-professionals het format vaak niet kennen. Ze zien het Eigen plan van aanpak en het format als een 'WvGGZ-procedure' en zien niet direct het verschil met de zorgkaart. Het komt ook maar weinig voor dat een cliënt een Eigen plan van aanpak wil maken. In de pilot heeft Dimence het initiatief genomen om een praktische Eigen plan van aanpak-toolkit op te gaan bouwen. Daarin zitten nu het vereenvoudigde format van de brief (zoals Arkin dat heeft gemaakt) en de animatie van het KCT. In de toekomst kan de toolkit uitgebreid worden met een soort meerkeuzemenu met vormen van ernstig nadeel, een ingrediëntenlijst voor een Eigen plan van aanpak en voorbeelden van ingevulde en in begrijpelijke taal geschreven Eigen plan van aanpak. *Advies: vul het format aan met andere praktische en ondersteunende hulpmiddelen.*

Om een plan te kunnen maken dat inhoudelijk voldoet aan de minimale eisen is het essentieel dat de cliënt inzicht toont in wat er op het spel staat (het risico cq ernstig nadeel), of ze dit kunnen dragen, wat hun wensen zijn en wat ze qua gedrag kunnen veranderen. Zowel cliënten, professionals als de Patiëntenvertrouwenspersonen geven aan dat dit inzicht er vaak niet is. Cliënten kunnen zich moeilijk inleven in het effect van hun gedrag op anderen.

Wat zijn de minimale eisen? De beoordelaar gaf aan dat de cliënt niet de diagnose hoeft te erkennen, als er maar sprake is van enig ziektebesef en inzicht. Het moet meer zijn dan alleen een ontkenning van de eigen problematiek of 'alles is de schuld van de GGZ'. Ook is belangrijk dat duidelijk wordt wat de cliënt wél wil en dat dit iets is waar de beoordelaar vanuit professionaliteit iets mee kan. Het Eigen plan van aanpak moet niet te dun zijn in relatie tot het mogelijke ernstig nadeel. 'Bij hele grote problemen of wanneer er bijvoorbeeld kinderen bij betrokken zijn wil je geen shabby plan'.

Een standaard format kan hierbij beperkt helpend zijn. Om een plan te maken dat inhoudelijk voldoet heeft de cliënt meer nodig. In de casuïstiekanalyse kwamen situaties naar voren waarin het FACT-professionals lukte om samen met de cliënt verplichte zorg te voorkomen door heel concreet te maken welk gedrag van de cliënt verwacht wordt.

Advies: Meestal hebben cliënten geen concreet besef van het 'ernstig nadeel'. Dat is wel essentieel om een goed Eigen plan van aanpak te kunnen maken. Zorg dat cliënten niet alleen een format krijgen maar ook ondersteund worden door hulpverleners of iemand anders.

3. Hoe kan betrokkene optimaal worden ondersteund bij het opstellen van een Eigen plan van aanpak door de in de wet genoemde personen (advocaat, familie/naasten en patiëntvertrouwenspersoon) en wat kan de rol zijn van anderen, zoals in de praktijk reeds betrokken zorgverleners en persoonlijke bekenden van betrokkene?

Uit de casusanalyses bij Dimence komt naar voren dat vrijwel alle cliënten van FACT-teams problemen hebben op meerdere leefgebieden. Ongeveer de helft van de cliënten heeft (waarschijnlijk) een verstandelijke beperking. Vaak is sprake van laag-geletterdheid of beperkt begrip van de Nederlandse taal. Bij de helft van de cliënten is sprake van verminderde executieve functies. Het brein raakt beschadigd door de ziekte waardoor het voor cliënten moeilijker is dingen te begrijpen.

Hierdoor ontstaat een dilemma. Stimuleren of ondersteunen van een Eigen plan van aanpak bij iemand die daar echt niet toe in staat is, kan een averechts effect hebben. Cliënten bij wie het ziekte-inzicht en -besef is verstoord dragen oplossingen aan die voor professionals niet realistisch zijn. Als het Eigen plan van aanpak vervolgens als onvoldoende wordt beoordeeld, ervaren cliënten opnieuw dat iets niet lukt. Dat leidt soms tot verlies van vertrouwen in de hulpverlening en de moeizaam opgebouwde relatie.

Advies: Ook met ondersteuning zijn er cliënten die door hun situatie niet in staat zijn een Eigen plan van aanpak te maken. Stel daarom reële ambities vast voor de situaties waarin een Eigen plan van aanpak van meerwaarde kan zijn.

Uit de pilot blijkt duidelijk dat het maatwerk is wie een cliënt het beste kan ondersteunen. Soms is het een naaste, soms de FACT-professional, soms de Patiëntenvertrouwenspersoon, een huisarts of woonbegeleider. Belangrijk is dat het gaat om personen die voor de cliënt een vertrouwd gezicht zijn, laagdrempelig benaderd kunnen worden en gelijkwaardig communiceren. Sommige cliënten willen bijvoorbeeld geen hulp van professionals. Juist door de zorgmachtigingaanvraag zien ze de behandelaar als partijdig (ik versus Dimence).’

Advies: Maak geen algemene 'regels' voor ondersteuning van betrokkene. Het is maatwerk.

Hulp van naasten is vaak niet mogelijk. Dat kan zijn omdat de cliënt geen naasten wil betrekken, geen netwerk heeft of het netwerk overbelast is. Soms hebben naasten zelf ook problemen, redeneren zij vooral vanuit eigenbelang, of doen acties die voor de cliënt niet helpend zijn. Uit de verhalen van cliënten ontstaat het beeld dat ze voor begrip vooral aangewezen zijn op professionals.

Als naasten wel betrokken zijn, kunnen ze een belangrijke bijdrage leveren aan het Eigen plan van aanpak. Uit de casusanalyses bleek dat hulp van naasten het plan vrijwel altijd beter maakt. ‘Hoe beter ingebed, hoe groter de kans dat het plan slaagt’. Als de cliënt ermee instemt, kan een naaste of bijvoorbeeld een woonbegeleider signaleren wanneer het mis dreigt te gaan met cliënt. Er kan dan wat meer risico genomen worden. Familievertrouwenspersonen zijn er wel alert op dat er op dit punt niet te veel gevraagd wordt van naasten. Professionals geven aan: ‘de grens tussen over- en onderbevraging van naasten is millimeterwerk’.

Advies: Blijf waar mogelijk investeren in de relatie met naasten. Ook als de instelling een goed naastenbeleid heeft, ervaren naasten in de praktijk toch vaak dat ze uit positie zijn.

Antwoord op de aanvullende onderzoeksvraag voor Dimence:

4. Wat ‘werkt wel’ en ‘wat werkt niet’ (vanuit het perspectief van cliënten, naasten en professionals) bij het voorkomen van verplichte zorg.

In het onderzoek zijn acht factoren onderzocht die mogelijk bijdragen aan het voorkomen van verplichte zorg; zie de figuur hieronder. Het betreft zeven factoren uit de Generieke Module Verplichte en Assertieve Zorg plus specifieke aandacht voor het Eigen plan van aanpak. Over dit onderzoek naar de vierde onderzoeksvraag is een apart verslag verschenen (‘Voorkomen (verlenging van) verplichte zorg bij Dimence’), waarnaar in de bijlage wordt verwezen.



Figuur 1: Model met 8 factoren gebruikt bij Dimence

Voor Dimence is duidelijk dat gelijkwaardige communicatie en een goede relatie tussen cliënt, hulpverlener en anderen de belangrijkste factoren zijn die bijdragen aan het voorkómen van verplichte zorg.

Hoe langduriger de relatie tussen professional en cliënt, hoe beter het beeld van cliënt ‘in goede en slechte tijden’. Dat draagt bij aan een betere risico-inschatting. Soms is daardoor eerder een overgang naar vrijwillige zorg mogelijk. Uit de casusanalyses blijkt dat het ook bij een 1e aanvraag ZM kan lukken om verplichte zorg te voorkomen door actief contact te maken (ook met zorgmijders) en afspraken op maat te maken.

In de Wvvgz-procedure speelt een paradox. Tijdens de procedure ontvangen de cliënten meerdere brieven. Vooral de brieven waarin de betrokkenheid van justitie genoemd wordt leiden tot boosheid en angst bij cliënten. De procedure loopt parallel aan de relatie tussen hulpverlener en cliënt. Dit kan een verstorend effect hebben op de behandelrelatie, waardoor het juist weer moeilijker wordt om tot afspraken over vrijwillige zorg te komen.

Advies: Vereenvoudig ook de andere brieven die verstuurd worden tijdens de ZM-procedure.

Benadruk de rol van het OM zo min mogelijk.

Advies: Organiseer als keten dat teams een melding krijgen wanneer de overige brieven aan de cliënten verstuurd worden, zodat professionals ook op dat moment present kunnen zijn.

Intussen is al meer dan 50% van alle zorgmachtiging-aanvragen een verlengde zorgmachtiging. Als cliënten eenmaal in zorg zijn, wordt er continu (en in ieder geval 3 maanden voor afloop van de zorgmachtiging) gekeken of afgeschaald kan worden naar assertieve of vrijwillige zorg. Het beeld uit de pilot is dat ‘alles uit de kast wordt gehaald’ om verplichte zorg te voorkomen. Uit de casusanalyses blijkt dat ook bij cliënten die jarenlang verplichte zorg hebben gehad opheffing van de zorgmachtiging uiteindelijk mogelijk blijkt. Vanuit dit perspectief is het dus niet verrassend dat er weinig Eigen plannen van aanpak gemaakt hoeven te worden.

Advies: *Stel reële ambities voor de situatie waarin een Eigen plan van aanpak van meerwaarde kan zijn.*

Arkin

Antwoord op de drie onderzoeksvragen, vanuit het perspectief van de pilot bij Arkin:

1. Hoe kan het informeren van betrokkene (en diens omgeving) over de mogelijkheid een Eigen plan van aanpak op te stellen geoptimaliseerd worden?

De brief van de geneesheer-directeur is sterk vereenvoudigd, waarbij de volgende verbeteracties zijn doorgevoerd:

- Titel is gewijzigd in “Informatie Zorgmachtiging (verplichte zorg)” en in de bijlage bij de brief is opgenomen wat het doel is van het Eigen plan van aanpak en aan welke eisen het moet voldoen om kans te maken dat het wordt goedgekeurd door de onafhankelijk psychiater en GD. De facto gaat het om een plan waarmee het ernstig nadeel op een andere wijze (dan via een ZM/verplichte zorg) kan worden afgewend.
- Brief is geschreven in eenvoudiger taal.
- Kaders zijn gebruikt waarin staat dat betrokkene voor hulp terecht kan bij Patiëntenvertrouwenspersonen, familie, naasten, ervaringsdeskundigen en advocaat. Bestaan van familievertrouwenspersoon is opgenomen.
- In de brief staat een link naar een Youtube-video waarin d.m.v. spraak en beeldmateriaal uitleg wordt gegeven over wat een zorgmachtiging precies is. Deze animatie is een aangepaste versie voor Arkin i.v.m. haar eigen werkwijze.
- Een aparte folder met informatie over Eigen plan van aanpak en de Patiëntenvertrouwenspersoon is als bijlage bij de brief van de geneesheer-directeur gevoegd.
- Indien van toepassing kan aan de brief toegevoegd worden dat bij zijn behandelaar bekend is welke advocaat aan hem is toegewezen en dat betrokkene als deze al bekend is met een FACT-team, hij ook dit FACT-team en/of de ervaringsdeskundige kan benaderen voor hulp bij het opstellen van het Eigen plan van aanpak.

Daarnaast is een folder voor naasten in de wachtkamers gelegd.

Uit de evaluatie van de pilot bij Arkin blijkt het volgende:

- Het merendeel van de respondenten (in alle groepen) geeft aan dat de informatie begrijpelijk is voor betrokkenen.
- 4 van de 7 cliënten geven echter aan dat zij niet wisten dat zij een Eigen plan van aanpak konden maken. Alle 4 hadden zij hiervan op de hoogte gesteld willen worden door hun behandelaar.
- Van psychiaters die kennis hebben genomen van de nieuwe informatieproducten vond de meerderheid deze informatieproducten beter, duidelijk en overzichtelijker.

Vanuit de pilot bij Arkin worden de volgende adviezen gegeven over de brief:

- De brief kan qua taalgebruik nog verder versimpeld worden. Daarbij zal wel oog moeten zijn voor de juridische juistheid van de brief.
- In de brief kan een QR code opgenomen worden waarmee het animatiefilmpje gevonden kan worden. Een andere mogelijkheid is om de zoektermen daarvoor te noemen.
- Andere talen voor niet NL sprekkenden.
- Als er al een ambulante behandelaar in beeld is, dan zou het goed zijn als die de betrokkene informeert wat een plan van aanpak is, nog vóórdat de betrokkene de informatiebrief ontvangt.
- De QR-code om in de brief te verwijzen naar de animatie over het Eigen plan van aanpak wordt als een waardevolle toevoeging gezien op het vermelden van de link.
- Casemanagers meer structureel informeren over de mogelijkheid om een EPvA op te stellen. Zij hebben het meeste contact met patiënten en kunnen patiënten informeren.

1. Hoe kan het format worden aangepast zodat het optimaal te gebruiken is door betrokkene en voldoet aan de minimale eisen van zorgverleners?

Tijdens de pilot bij Arkin is het format voor het Eigen plan van aanpak sterk vereenvoudigd en ingekort. De daardoor verkregen versie is toegevoegd in de bijlage.

Uit de evaluatie van de pilot bij Arkin blijkt dat van de psychiaters die kennis hebben genomen van de nieuwe informatieproducten, de meerderheid deze informatieproducten beter, duidelijk en overzichtelijker vond.

2. Hoe kan betrokkene optimaal worden ondersteund bij het opstellen van een Eigen plan van aanpak door de in de wet genoemde personen (advocaat, familie/naasten en patiëntvertrouwenspersoon) en wat kan de rol zijn van anderen, zoals in de praktijk reeds betrokken zorgverleners en persoonlijke bekenden van betrokkene?

In de pilot bij Arkin is ondersteuning door naasten verleend bij het opstellen van het Eigen plan van aanpak. De aantallen zijn te klein om hier algemene conclusies aan te verbinden, maar de respondenten geven wel aan:

- Tevreden te zijn over de hulp die zij van naasten gehad hebben.
- Soms hulp gemist te hebben en (mede) daardoor geen Eigen plan van aanpak opgesteld te hebben.

3. Antwoord op de aanvullende onderzoeksvraag voor Arkin: Welk effect heeft de reeds door Arkin doorgevoerde nieuwe werkwijze op het gebruik en de effectiviteit van het Eigen plan van aanpak.

Zoals eerder aangegeven heeft Arkin gedurende de uitvoering van de pilot de focus gelegd op de 3 oorspronkelijke onderzoeksdoelen en besloten in het kader van de pilot geen effectmeting uit te voeren op de eigen werkwijze.

5. Adviezen

Uit de pilot 'Eigen plan van aanpak' kunnen verschillende, landelijk toepasbare adviezen gedestilleerd worden. Deze worden hieronder toegelicht. We zien dat veel adviezen een relatie hebben met het kunnen bieden van maatwerk, eenvoudig en helder communiceren en het loslaten van vormvereisten en termijnen.

Advies 1: Versimpel de brief verder en zorg voor warme overdracht

De versimpelde brief wordt positief ontvangen en gezien als duidelijke verbetering ten opzichte van de oorspronkelijke brief. Desondanks wordt gesteld dat, ondanks de versimpelingen, de brief nog steeds als te formeel en tekstueel wordt gezien.

Advies 1a: Formeer een kleine resultaatgerichte werkgroep die de brief verder versimpelt aan de hand van onderstaande adviezen.

Deze werkgroep kan de volgende suggesties meenemen:

- Begin de brief met een uitnodiging om een Eigen plan van aanpak te maken in plaats van met een zakelijke mededeling. De start van de brief kan bijvoorbeeld zijn "U kunt een Eigen plan van aanpak maken om verplichte zorg te voorkomen".

- Kies de woorden vanuit een gezamenlijk perspectief en niet vanuit twee tegenover elkaar staande perspectieven. Kijk als voorbeeld naar de woordkeuze in de animatie.
- Gebruik constructief taalgebruik dat waar mogelijk aanzet tot actie. Als voorbeeld van een passage die een herformulering verdient: “u mag proberen”. Deze passage klinkt weinig hoopgevend en voor sommigen zelfs dreigend.
- Gebruik in de brief veel minder tekst. Bekijk de optie om de voorkant van de brief tekstueel te vullen en de achterkant te benutten voor pictogrammen die de strekking van de brief visueel weergeven.
- Benadruk in de brief de rol van het OM zo min mogelijk.
- Noem in de brief geen ondersteuners die in de praktijk niet te bereiken zijn of het hun taak niet vinden en benoem de ondersteuningsmogelijkheid van de hulpverlener als iemand al in zorg is. Dit wordt verder uitgewerkt in het tweede advies hieronder.

Cliënten maken in deze fase de post veelal niet open. De pilot laat zien dat het cliënten kan helpen als de hulpverlener de komst van de brief aankondigt en deze vast inhoudelijk toelicht in een gesprek met cliënt. Over het Eigen plan van aanpak praten lijkt effectiever dan een brief erover lezen.

Advies 1b: Kies per situatie hoe de verplichting tot informatieverstrekking over het Eigen plan van aanpak vorm te geven: mondeling en een brief, alleen mondeling of alleen een brief. Zorg hierbij dat het voor de cliënt duidelijk en begrijpelijk is wat in zijn/haar situatie het ernstig nadeel is dat dient te worden afgewend door het Eigen plan van aanpak.

De wet verplichte ggz kent een vormvrije verplichting tot informatieverstrekking aan cliënt over de mogelijkheid een Eigen plan van aanpak op te stellen (art. 5:4 lid 2 onder c Wvvgz). Uit praktische overwegingen hebben de ketenpartners in de Stuurgroep OU besloten de informatie over het EPvA toe te voegen aan de verplichte schriftelijke informatie dat een verzoek voor een zorgmachtiging wordt voorbereid (art. 5:4 lid 2 onder a Wvvgz). De reden daarvoor was dat dan in elk geval aan de verplichting is voldaan, ook als een hulpverlener van de zorgaanbieder geen contact met betrokkene weet te krijgen. De bedoeling was niet om de informatieverstrekking te beperken tot een schriftelijke mededeling.

Als gekozen wordt voor een brief, organiseer dan zoveel mogelijk dat de brief aan cliënt gegeven wordt door een hulpverlener, om zo een ‘warm’ overdrachtsmoment te creëren. Als dit niet haalbaar blijkt in de lokale praktijk: zorg er dan voor dat hulpverleners weten wanneer de brief verstuurd wordt, zodat zij daarover contact kunnen zoeken met cliënt voordat deze de brief ontvangen heeft

Voor de betrokkenen die al in zorg zijn, kan het gesprek over het Eigen plan van aanpak – of breder: het voorkomen van (verdere) verplichte zorg – vroegtijdig gevoerd worden.

Advies 2: Creëer meer mogelijkheden voor ondersteuning bij het opstellen van een Eigen plan van aanpak

Wie een cliënt het beste kan ondersteunen bij het opstellen van een Eigen plan van aanpak verschilt per persoon. Dat is echt maatwerk. Het kan cliënten daarom helpen als meer personen/ functionarissen deze rol kunnen vervullen.

Advies 2a: Ga na of de Patiëntenvertrouwenspersonen en de advocatuur een rol zouden kunnen en willen spelen als ondersteuner voor een cliënt bij het opstellen van een Eigen plan van aanpak en onder welke condities dat mogelijk gemaakt kan worden. Dus niet alleen procesmatige ondersteuning maar ook inhoudelijke ondersteuning. Vul deze condities – die onder andere zullen zien op een in de wet geborgde rol en een vergoeding voor de geleverde inspanning – vervolgens in. Aan de hand van de uitkomsten van dit advies kan de brief (zie laatste bullet advies 1a) waar nodig aangepast worden.

De Wvggz kent geen belemmering voor hulpverleners om ondersteuning te kunnen bieden aan cliënten bij het opstellen van een Eigen plan van aanpak, maar hulpverleners vinden het soms ingewikkeld om dat te doen omdat zij pas overgaan tot het voorbereiden van een verzoek tot afgifte van een zorgmachtiging als ze echt niet tot overeenstemming kunnen komen met cliënt over de benodigde zorg. Dan is alles al geprobeerd en is er sprake van een situatie waarin de hulpverleners een andere kant op willen dan cliënt. In dat geval is ondersteuning door de hulpverlener bij het opstellen van een Eigen plan van aanpak niet realistisch.

Advies 2b: Geef hulpverleners voorlichting dat de Wvggz geen belemmeringen kent voor het ondersteunen van cliënten door hen bij het opstellen van een Eigen plan van aanpak. Investeer in de visie dat het opstellen van het Eigen plan van aanpak ook gezien kan worden als gezamenlijke activiteit, waarbij zowel de cliënt alsook de zorg-/hulpverlener inbreng in hebben.

Advies 3: Biedt ruimte in het format voor het Eigen plan van aanpak

Voor sommige cliënten is een duidelijk format helpend en stimulerend voor het opstellen van een Eigen plan van aanpak. Voor anderen is dat echter niet het geval en voelt een format als een slecht zittend harnas. Meer maatwerk in het format is gewenst.

Advies 3: Benoem in een format (of checklist) de minimale onderwerpen die een Eigen plan van aanpak moet bevatten zodat de geneesheer-directeur kan beoordelen of het plan voldoet aan het uitgangspunt dat geen ernstig nadeel ontstaat (art. 5:15 lid 12 Wvggz) of op een alternatieve wijze wordt ondervangen en laat de invulling daarvan verder vrij qua inhoud en vorm. Vergezel het format (de checklist) van een handleiding voor professionals en anderen die cliënt ondersteunen bij het opstellen van een Eigen plan van aanpak over de betekenis en het belang van de minimale onderwerpen.

Als belangrijk kenmerk voor succesvolle toepassing van een Eigen plan van aanpak, wordt vanuit deze pilot aangegeven: cliënt moet weten welk ernstig nadeel hij/zij veroorzaakt volgens de hulpverleners zodat cliënt in het Eigen plan van aanpak kan beschrijven hoe hij/zij dat ernstig nadeel wil wegnemen cq voorkomen dat het zich voordoet. Als dat mogelijk en passend is, zou het opnemen van een aantal voorbeelden van ernstig nadeel in de handleiding of het format (de checklist) helpen voor de slagingskans.

Advies 4: Maak een praktische toolkit

Wat een cliënt nodig heeft om een Eigen plan van aanpak te kunnen maken verschilt per persoon. De een ziet graag eerst een uitgewerkt voorbeeld, de ander kijkt graag eerst een instructiefilmpje. Geadviseerd wordt om een brede en praktische toolkit te maken, om cliënten en degene(n) die ondersteuning bieden te helpen bij het opstellen van het Eigen plan van aanpak.

Advies 4: Onderzoek of het bepalen van de inhoud en het maken van de onderdelen van de toolkit meegenomen kan worden in het voorgenomen vervolgproject Eigen Regie. ook met naasten en hulpverleners) om te bepalen welke instrumenten de toolkit idealiter zou bevatten. Realiseer de toolkit vervolgens en stel die zodanig beschikbaar dat deze zijn weg naar de praktijk vindt.

Als opmaat voor de invulling van de toolkit kan gedacht worden aan:

- De vereenvoudigde brief
- Het vereenvoudigde format of een beschrijving van de minimale inhoud
- Een informatiefilmpje / animatie
- Een meerkeuzemenu met vormen van ernstig nadeel
- Een ingrediëntenlijst voor een Eigen plan van aanpak
- Voorbeelden van ingevulde en in begrijpelijke taal geschreven Eigen plan van aanpak

Advies 5: Een Eigen plan van aanpak is niet altijd passend

In de twee pilots wordt verschillend gedacht over het informeren van betrokkene over de mogelijkheid een Eigen plan van aanpak te maken. Dat is ook te zien aan de door Arkin gekozen werkwijze die alle betrokkenen gedurende 3 dagen + 2 weken de mogelijkheid biedt een Eigen plan van aanpak op te stellen.

Dimence

Het informeren van cliënt over de mogelijkheid een Eigen plan van aanpak op te stellen is niet gewenst als hulpverleners bij voorbaat weten, zonder aan de uitzonderingen die de Wvvggz geeft te voldoen, dat het Eigen plan van aanpak geen kans van slagen heeft. Een cliënt eerst een mogelijkheid bieden terwijl je weet dat je het resultaat gaat afkeuren, is voor cliënten vaak een nieuwe teleurstelling dat iets weer niet lukt en doet de vertrouwensrelatie tussen cliënt en hulpverleners vaak geen goed. De geneesheer-directeur zou graag de mogelijkheid krijgen om in die individuele gevallen, ook buiten de voorwaarden die de wet nu daaraan stelt, af te zien van het voldoen aan de informatieplicht.

Arkin

Is het niet zo eens met het idee dat er een (andere) weg gezocht moet worden om een client op voorhand het opstellen van een Eigen plan van aanpak te onthouden, hoe begrijpelijk het in sommige gevallen ook kan zijn vanuit het oogpunt van een behandelaar. Je gaat dan (extra) het paternalistische pad op, terwijl de wet juist bedoeld is om de rechten van cliënten zo ruim mogelijk te houden.

Arkin twijfelt aan het nut van een werkgroep om dit vorm te geven niet op voorhand verspilde moeite is, want wat zouden dan de criteria moeten zijn? Maar als er een werkgroep geformeerd wordt die dit gaat onderzoeken en daarnaast ook de informatiebrieven en het format Eigen plan van aanpak gaat aanscherpen, kan dit wellicht meegenomen worden.

Advies 5: Richt een integrale werkgroep in die een visie opstelt over de vraag of en zo ja in welke situaties de geneesheer-directeur de mogelijkheid zou moeten krijgen cliënt niet te informeren over de mogelijkheid een Eigen plan van aanpak op te stellen en hoe de rechtsbescherming van cliënt dan kan worden vormgegeven.

Advies 6: Vergroot de kennis bij professionals over het Eigen plan van aanpak

Niet alle groepen professionals beschikken over afdoende kennis van (de mogelijkheid voor) het Eigen plan van aanpak. En uiteraard vinden (ook) in Ggz-instellingen personele wisselingen plaats en worden werkwijzen periodiek aangepast. Deze observaties leiden tot het advies om te (blijven) investeren in de kennis van professionals over het Eigen plan van aanpak.

Advies 6: Voorzie in passend voorlichtings- of trainingsmateriaal voor diverse groepen professionals.

Advies 7: Flexibiliseer de rolverdeling, zodat makkelijker maatwerk geboden kan worden

Informatie van VWS wijst erop dat alleen aan de geneesheer-directeur in de Wvvggz toegekende beslissingsbevoegdheid exclusief door de geneesheer-directeur kan worden uitgevoerd. Aan alle informatieverplichtingen zou onder verantwoordelijkheid van de geneesheer-directeur ook door anderen kunnen worden voldaan.

Advies 7: Zorg dat in afstemming met VWS in een handreiking duidelijkheid komt voor geneesheer-directeuren en hulpverleners over de vraag aan welke verplichtingen exclusief door de geneesheer-directeur moet worden voldaan en aan welke verplichtingen ook door anderen kan worden voldaan. Of neem deze uitleg, in afstemming met VWS, op in het beleidsplan verplichte zorg. Dan kan aan dat beleidsplan een mandateringsregeling voor de informatieverplichtingen worden toegevoegd.

Pas, indien dat nog nodig is na opstellen van deze handreiking, de wet zodanig aan dat de verplichtingen die nu in de wet specifiek aan de geneesheer-directeur zijn toegekend ook, onder verantwoordelijkheid van de geneesheer-directeur, door anderen kunnen worden uitgevoerd.

6. Bijlagen

- Verwijzen naar verslag van Dimence over bredere onderzoeksvragen.
- Bijgestelde brief
- Bijgesteld format
- Uittrolplan