

GGZ Standaarden

Deze pdf is gepubliceerd op 04-11-2022 om 12:02. Bekijk de meest actuele versie op
www.ggzstandaarden.nl/generieke-modules/assertieve-en-verplichte-zorg

Autorisatiedatum 25-10-2021 Beoordelingsdatum 25-10-2021

Generieke module

Assertieve en verplichte zorg

Inhoudsopgave

Inhoudsopgave	2
1. Introductie	6
1.1 Introductie	6
2. Samenvatting	7
2.1 Samenvatting	7
3. Inleiding	13
3.1 Inleiding	13
3.1.1 Algemeen	13
3.1.2 De wet verplichte ggz in het kort	14
3.1.3 Diverse andere wetgeving	15
3.2 Assertieve en verplichte zorg in de GGZ	16
3.2.1 Inleiding	16
3.2.2 Het voorkómen van verplichte zorg	17
3.2.3 Verplichte zorg	20
3.2.4 Toepassen van verplichte zorg	21
3.2.5 Assertieve zorg	22
3.3 Doelstelling	23
3.4 Doelgroep	24
3.5 Uitgangspunten	24
3.6 Betrokken organisaties	24
3.7 Leeswijzer	25
4. Patiënten- en naastenperspectief	28
4.1 Inleiding	28
4.2 Wensen en ervaringen van patiënten	28
4.3 Kwaliteitscriteria vanuit patiëntenperspectief	34
4.3.1 Inleiding	34
4.3.2 Start van een Wvggz-maatregel (indicatie)	36
4.3.3 Uitvoering van verplichte zorg	38
4.3.4 Rapportage en evaluatie	38
4.4 Het perspectief van de naasten	39
4.4.1 Inleiding	39
4.4.2 Wensen en ervaringen van naasten	40
4.5 Kwaliteitscriteria vanuit naastenperspectief	41
4.5.1 Inleiding	41
4.5.2 Deskundigheid en communicatie	41
4.5.3 Verantwoordelijkheid	42

4.6 Het maatschappelijk perspectief	43
5. Verplichte zorg voorkómen	45
5.1 Inleiding	45
5.1.1 Algemeen	45
5.1.2 De motivatieparadox	45
5.2 Het voorkómen van verplichte zorg	47
5.2.1 Inleiding	47
5.2.2 Aansluiting zoeken	47
5.2.3 Ongevraagd zorg leveren	47
5.2.4 Voor wie is deze assertieve zorg bedoeld?	48
5.2.5 Interventies ter voorkoming van verplichte zorg	48
5.2.6 Gradaties van assertieve zorg	48
5.2.7 Perspectief van de patiënt bij het voorkómen van verplichte zorg	52
5.2.8 Het perspectief van de professional bij het voorkómen van verplichte zorg	53
5.2.9 Het maatschappelijk perspectief bij het voorkómen van verplichte zorg	55
5.2.10 Risicotaxatie als onderdeel van het voorkómen van verplichte zorg	56
5.3 Inhoud van verplichte zorg	56
5.3.1 Inleiding	56
5.3.2 Het verzetscriterium	57
5.3.3 Uitoefenen van macht	57
5.3.4 Indicatie voor verplichte zorg	58
5.3.5 Onvoorziene (verplichte) zorg in geval van een noodsituatie	60
5.4 Terugvalpreventie	61
5.5 Monitoring	61
5.5.1 Inleiding	61
5.5.2 Consultatie	61
5.5.3 Evaluatie	62
5.6 Herstel, participatie en re-integratie	63
6. Organisatie van zorg rondom assertieve en verplichte zorg	65
6.1 Inleiding	65
6.2 Betrokken professionals	65
6.2.1 Inleiding	65
6.2.2 Functionarissen	65
6.2.3 Beroepsgroepen	68
6.2.4 Overige betrokkenen	73
6.3 Samenwerking binnen netwerken	74
6.3.1 Inleiding	74
6.3.2 Complexiteit	74

6.3.3 Afspraken	75
6.3.4 Voorwaarden	76
6.3.5 Coördinatie en regie	76
6.3.6 Verantwoordelijkheidsverdeling	76
6.3.7 Eén narratief: een gedeeld verhaal	77
6.3.8 Methodisch werken	78
6.4 Competenties	78
6.4.1 Inleiding	78
6.4.2 Kennis	79
6.4.3 Vaardigheden	79
6.4.4 Attitude	80
6.5 Kwaliteitsbeleid	80
6.5.1 Inleiding	80
6.5.2 Methodisch werken	80
6.5.3 Registratie en verplichte zorg	81
6.5.4 Evaluatie van kwaliteit van zorg	82
6.6 Kosteneffectiviteit en doelmatige zorg	83
6.7 Financiering	84
7. Kwaliteitsindicatoren	86
7.1 Inleiding	86
7.2 Structuur - en proces-indicatoren bij assertieve en verplichte zorg	86
7.2.1 Ambulant	86
7.2.2 Klinisch	87
7.2.3 Ambulante behandeling	87
7.2.4 Klinische behandeling	87
7.3 Kwaliteit van de uitkomst: terugdringen van aantal en duur van toepassingen van verplichte zorg	88
8. Implementatieplan	90
8.1 Kwaliteitsstandaarden	90
8.2 Gebruik van kwaliteitsstandaarden	91
8.3 Bestaande praktijk en vernieuwingen	92
8.4 Bestaande afspraken	92
8.5 Algemene implementatie thema's	93
8.5.1 Bewustwording en kennisdeling	93
8.5.2 Samenwerking	94
8.5.3 Capaciteit	95
8.5.4 Behandelaanbod	96
8.5.5 Financiering	97
8.5.6 ICT	98

8.6 Specifieke implementatie thema's	99
8.6.1 Bewustwording en kennisdeling	99
8.6.2 Samenwerking	100
8.6.3 Capaciteit	101
8.6.4 Behandelaanbod	101
8.6.5 Financiering	101
8.6.6 ICT	102
8.6.7 Monitoring en evaluatie	102
9. Achtergronddocumenten	104
9.1 Samenstelling werkgroep	104
9.2 Begrippenkader	104
9.3 Resultaten achterbanraadpleging MIND	105

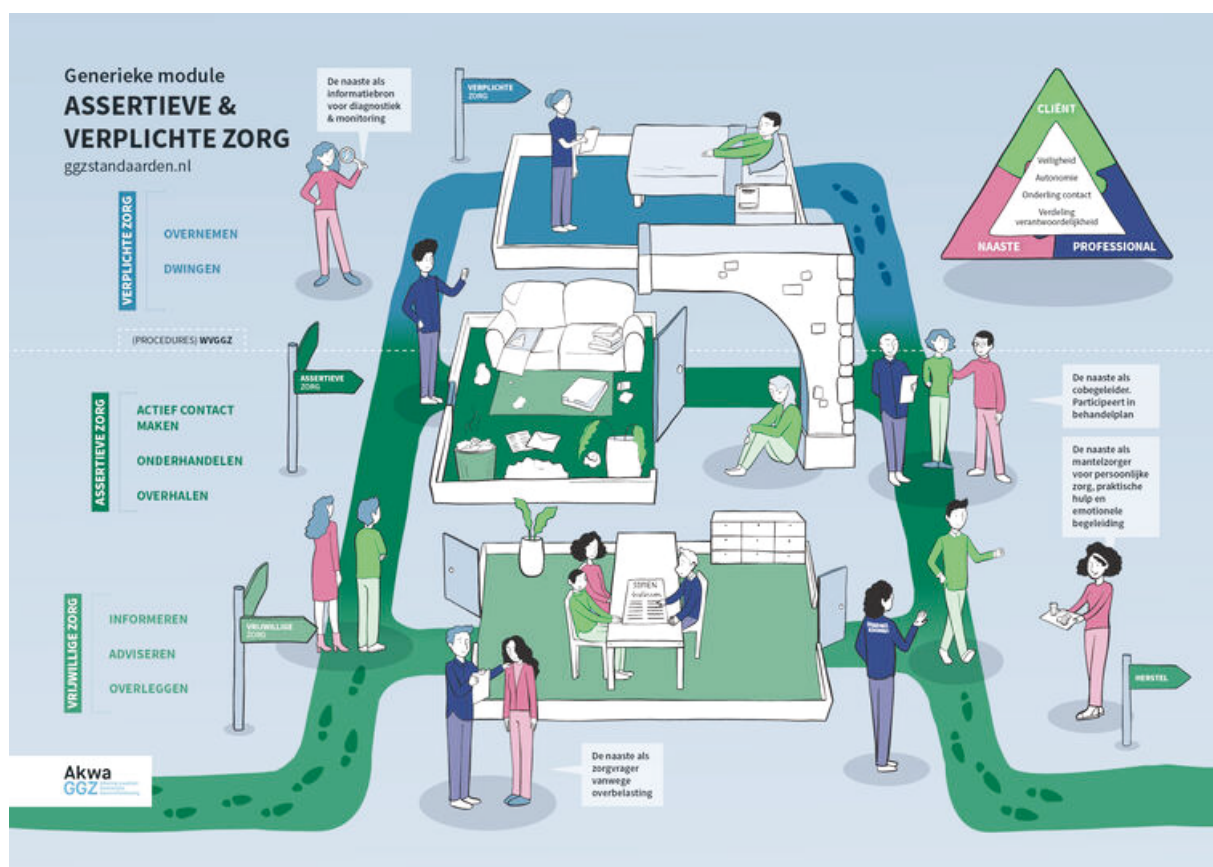
1. Introductie

Autorisatiedatum 25-10-2021 Beoordelingsdatum 25-10-2021

1.1 Introductie

Assertieve en verplichte zorg zijn vormen van beïnvloeding waarmee beoogd wordt iemand iets te laten ondergaan of tot bepaald handelen of nalaten aan te zetten. Kenmerkend voor dergelijke vormen van beïnvloeding is dat de keuzevrijheid wordt ingeperkt.

Deze generieke module beschrijft de samenwerking tussen professionals, patiënten en naasten. Welke elementen zijn essentieel om verplichte zorg te voorkomen en, wanneer verplichte zorg onvermijdelijk is, goede zorg wordt gewaarborgd.



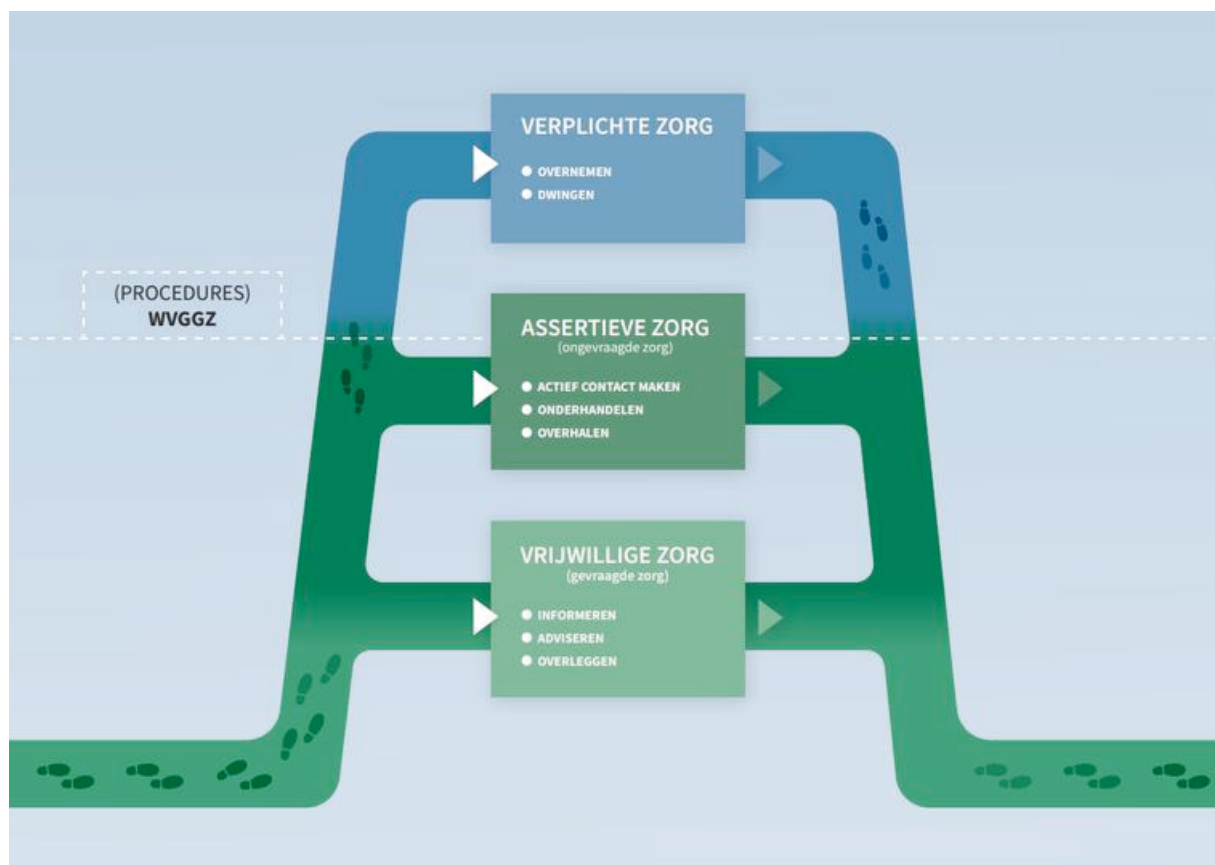
2. Samenvatting

Autorisatiedatum 25-10-2021 Beoordelingsdatum 25-10-2021

2.1 Samenvatting

Het onderwerp

In deze Generieke Module (GM) beschrijven we het continuüm van vrijwillige zorg, via assertieve zorg naar verplichte zorg en weer terug. Kenmerkend voor dit continuüm is de veranderende keuzevrijheid van de patiënt.



Patiëntenperspectief

Het verlenen van zorg gebeurt in beginsel op basis van een tweezijdige afspraak tussen patiënt en professional. Beide partijen zijn als mens gelijkwaardig aan elkaar. Respect voor elkaars perspectief en elkaar proberen te begrijpen zijn noodzakelijk om gezamenlijk tot een besluit te komen over de inhoud van de zorg.

Patiënten voeren de regie over hun eigen herstelproces. De relaties tussen patiënt, professional en naasten berusten in eerste instantie op een vertrouwensband. Bij het komen tot gezamenlijke besluitvorming geldt het uitgangspunt 'Niets over ons zonder

ons'. De focus van de zorg richt zich op het bevorderen, behouden en herstellen van gezondheid en richt zich op het verbeteren van de kwaliteit van leven en het herstel van vitaliteit.

Bovenstaande uitgangspunten vormen een extra uitdaging binnen de overgangen van vrijwillige zorg, via assertieve zorg, naar verplichte zorg. Daar waar de patiënt niet uit zichzelf om zorg vraagt en deze vanuit de professionals wel wordt aangeboden, komt de tweezijdigheid van de afspraken in het geding. De module beveelt aan om ook in die situaties te blijven streven naar gelijkwaardigheid.

Naastenperspectief

Een psychisch probleem raakt niet alleen de patiënt zelf, maar ook diens naaste omgeving. Naasten worden betrokken bij alle fasen van de behandeling. Dus ook in de fase van assertieve zorg, ambulante verplichte zorg, tijdens een verplichte opname en bij verplichte zorg.

De samenwerking met familie en naasten staat in dienst van het herstelproces van de patiënt. De wensen van de patiënt staan centraal, evenals het behoud van zijn netwerken en de veerkracht van zijn naasten.

Naasten kunnen vier rollen hebben:

1. informatiebron voor diagnostiek en monitoring.
2. co-begeleider die daadwerkelijk in het behandelplan van de patiënt participeert.
3. mantelzorger voor persoonlijke zorg, praktische hulp of emotionele ondersteuning.
4. zorgvrager, bijvoorbeeld vanwege overbelasting.

Deze rollen zijn binnen de gehele ggz van toepassing, ook binnen het kader van assertieve en verplichte zorg.

De patiënt bepaalt in principe welke naasten hij bij de behandeling betreft en op welke wijze zij betrokken zijn bij de behandeling. Ook bepaalt de patiënt of en wanneer hij hier verandering in wil.

Er zijn drie uitzonderingssituaties:

- De rechter benoemt een vertegenwoordiger (mentor, curator).
- Bij (tijdelijke) wilsonbekwaamheid kan de familie optreden als vertegenwoordiger (in het kader van de WGBO).
- De keuze van de patiënt voor naaste is schadelijk voor zijn herstel en de patiënt is door zijn psychische toestand niet in staat is om hier op adequate wijze over te oordelen.

Op het moment dat de keuze van de patiënt gezien wordt als schadelijk ligt de beslissing over de betrokken naasten bij de professional. In de module lees je meer over de verantwoordelijkheden van de professional in die situaties.

Aanbevelingen:

- Definieer samen met de naasten hun rol en maak samen afspraken hoe de naasten

hun rol concreet willen invullen. Houdt hierbij rekening met culturele verschillen.

- Neem als professional de tijd om met betrokken naasten de huidige belasting versus de daadwerkelijke belastbaarheid te bespreken en indien nodig samen te kijken naar een betere balans.
- Is het contact verbroken tussen de patiënt en zijn directe naasten? Bespreek met de patiënt of en op welke wijze hij/zij het contact weer zou willen herstellen.

Kernelementen van goede zorg

Verplichte zorg is een laatste redmiddel

De toepassing van verplichte zorg is een ultimum remedium (laatste redmiddel), nadat alternatieven zijn geprobeerd of overwogen. Verplichte zorg is alleen mogelijk binnen een juridisch kader zoals de Wet verplichte GGZ (Wvvggz), de Wet zorg en dwang (wzd) of de Wet forensische zorg (wfsz).

Verplichte zorg is een uitzondering

Het uitgangspunt is dat vrijwillige zorg de norm is, en assertieve zorg en verplichte zorg de uitzondering. Bij assertieve zorg en verplichte zorg streeft de professional ernaar dat zo snel mogelijk de zorg (weer) plaatsvindt op basis van een tweezijdige afspraak tussen patiënt en professional.

Bij de uitvoering van vrijwillige zorg, assertieve zorg en verplichte zorg zijn patiënten, naasten en professionals als mens gelijkwaardig, en worden de rechten van de mens, zoals beschreven het Europees Verdrag tot bescherming van de rechten van de mens en de fundamentele vrijheden (EVRM), gerespecteerd. Patiënten worden alleen onderworpen aan assertieve- en verplichte zorg wanneer er sprake is van (een sterk vermoeden van) een psychische aandoening die leidt tot het (risico op) ernstig nadeel voor de patiënt of diens omgeving, volgens de principes van proportionaliteit, subsidiariteit, doelmatigheid en veiligheid.

Principes van herstel ondersteunende zorg gelden ook in situaties van assertieve en verplichte zorg

Patiënten voeren de regie over het eigen herstelproces en de relaties tussen de patiënt, professional en naasten berusten op een vertrouwensband. Bij het toepassen van assertieve en verplichte zorg blijven deze principes overeind, waarbij (tijdelijk) de regie kan worden overgenomen gedurende een periode van verplichte zorg.

Crisis(signalerings)plannen zijn gebleken effectief in het voorkómen van verplichte zorg en om kwaliteit van de uitvoering van verplichte zorg te verbeteren.

Bij het komen tot gezamenlijke besluitvorming geldt het principe "niets over ons zonder ons". Dat betekent dat tijdens alle fasen van de zorg (vrijwillig, assertief en verplicht) overlegsituaties tussen professionals zoveel mogelijk gebeuren in (digitale) aanwezigheid van de patiënt.

Bij assertieve zorg gaat het om actief contact zoeken, motiveren, onderhandelen en overhalen. Wanneer dit onvoldoende succes heeft en wanneer er risico op ernstig nadeel

ontstaat, kan verplichte zorg als ultimum remedium noodzakelijk zijn om dit risico op ernstig nadeel af te wenden.

Organisatie van zorg

Bij assertieve zorg is intensieve samenwerking cruciaal

Professionals proberen zorgwekkende situaties met assertieve zorg om te buigen naar een betere situatie voordat ze overgaan op het verlenen van verplichte zorg. In deze fase van assertieve zorg zijn er vaak complexe problemen in de zin van problemen op meerdere levensgebieden. Juist in deze fase is het van belang dat professionals uit de ggz intensief samenwerken met naasten en medewerkers uit het sociale domein.

Samenwerking in een complexe situatie zonder eenvoudige oplossingen

Bij assertieve en verplichte zorg is er per definitie sprake van een ernstige en van een complexe situatie. Er is meestal een omslagpunt in een toestand van de patiënt (een decompensatie) aan vooraf gegaan. De oorzaken die hebben geleid tot de verandering, bieden onvoldoende houvast om een weg terug te vinden. Een manische decompensatie als gevolg van een gebrek aan slaap bijvoorbeeld, is niet meteen opgelost door ervoor te zorgen dat iemand een paar nachten goed slaapt.

Bij complexe problemen spelen meerdere factoren een rol. Zoals de aandoening, de persoonlijkheid, de lichamelijke toestand, veiligheid, gebruik van macht en verzet. Er zijn verschillende disciplines betrokken en het probleem overstijgt verschillende domeinen (zorg, samenleving, veiligheid, rechterlijke macht, naasten), maar ook organisatiestructuur, infrastructuur van de zorg en financiering zijn bepalende factoren. Al deze zaken hebben bovendien een onderlinge samenhang. Ook zijn er factoren die elkaar versterken. Het gebruik van verplichte zorg roept bijvoorbeeld vaak meer verzet op, dat gebruik van nog meer verplichte zorg kan vragen. Tevens ontstaan er soms verschijnselen van tegenoverdracht vanuit de hulpverleners naar de patiënt en diens naasten of tussen hulpverleners (soms uit verschillende domeinen). Het blijft belangrijk om dan elkaars standpunten en deskundigheid te respecteren.

Voorwaarde voor goede samenwerking en voor het toepassen van assertieve en verplichte zorg is dat er een gedeeld verhaal, een narratief is. Als alle partijen de complexiteit van het probleem erkennen, dan is voor alle betrokkenen ook duidelijk dat een enkelvoudige simpele oplossing niet voorhanden is en dat mensen tot samenwerking veroordeeld zijn, met gedeelde verantwoordelijkheid als afgeleide.

Blijf patiënt en naasten betrekken bij de afstemming tussen alle partijen

De afstemming tussen hulpverleners, politie, sociaal domein en naasten is een ingewikkelde dynamiek, waarbij de patiënt en diens naasten steeds betrokken horen te worden. Ten slotte maken immers alle betrokken partijen onderdeel uit van het systeem waarbinnen verplichte zorg wordt uitgevoerd.

Van BOPZ naar Wvggz nieuwe wetgeving en nieuwe terminologie

Met de invoering van de Wvggz is de grondslag voor verplichte zorg gelijk gebleven ten opzichte van de BOPZ, maar de procedures en de invulling van verplichte zorg zijn behoorlijk veranderd. Immers, verplichte zorg is: zorg die ondanks verzet wordt toegepast, terwijl onder BOPZ, dwangbehandeling was gedefinieerd als: behandeling die zonder overeenstemming werd uitgevoerd. De BOPZ sloot daarmee aan op de WGBO, die in beginsel instemming met behandeling (informed consent) veronderstelt. De Wvggz heeft deze directe aansluiting op de WGBO niet.

Vrijwillige zorg, waarbij er sprake is van overeenstemming over de aard en het doel van hulpverlening zonder dat er sprake is van een juridische maatregel is hetzelfde gebleven. Dit valt onder de WGBO.

Zonder juridische maatregel, kan er ook geprobeerd worden om iemand zorg te laten accepteren, b.v. via actief contact maken. Tot 2020 werd dit bemoeizorg genoemd. In de nieuwe module noemen we het assertieve zorg. Deze vorm van assertieve zorg bestaat er in verschillende gradaties, van actief contact maken tot drang.

Ook binnen het kader van een juridische maatregel is assertieve zorg mogelijk, maar hierin is wel iets veranderd. De BOPZ was primair een wet gericht op (gedwongen) opname. Met een RM, of voorwaardelijke RM, kon iemand wel naar huis als hij bijvoorbeeld zijn medicatie accepteerde en behandelafspraken nakwam. Deze voorwaarden waren een vorm van drang (wat we nu assertieve zorg noemen). Als de autonomie zodanig beperkt werd dat er geen keuzevrijheid meer was, dan werd dat onder de BOPZ dwang genoemd. Het centrale criterium hiervoor was dat er geen bereidheid bestond. Was er aangetoond geen bereidheid tot opname, of medicatiegebruik, dan sprak men van een dwangopname, of dwangmedicatie (in de acute situatie van noodmedicatie).

De Wvggz is echter een behandelwet en kent een andere definitie van de beperking van de autonomie. Het is nog steeds mogelijk dat iemand thuis verblijft en medicatie gebruikt, met de afspraak dat als hij dit niet doet, dat verplichte opname dan het mogelijke gevolg is. Dit is een vorm van assertieve zorg in een juridisch (Wvggz) kader. Ook tijdens een verplichte opname kan assertieve zorg geleverd worden. Iemand kan bijvoorbeeld van vrijheden gebruik maken als hij/zij de pinpas en telefoon vooraf bij de verpleging afgeeft, of als hij/zij na de vrijheden een drugstest laat afnemen. Dit zijn handelingen binnen een wettelijk kader van verplichte zorg. We noemen het assertieve zorg, want er wordt druk uitgeoefend en er is een zekere mate van beperking van de autonomie. Het belangrijkste verschil in de beperking van de autonomie is de definitie van verplichte zorg. Dit is namelijk de zorg die ondanks verzet wordt toegepast en waarbij er geen enkele keuzevrijheid meer is. Dit kan gaan over opsluiting ondanks verzet, insluiting ondanks verzet en medicatie ondanks verzet. Als iemand pillen slikt, om een injectie te voorkomen, dan is er sprake van een forse beperking van de autonomie, maar niet van actief verzet. Dit is dus een vorm van assertieve zorg. Het slikken van medicatie ondanks verzet is normaliter niet mogelijk, behalve dan misschien middels een smelttablet met fysieke overmacht.

De strekking van deze module is dat verplichte zorg veel mogelijk voorkomen moet

worden. Assertieve zorg is een manier om verplichte zorg te voorkomen en heeft daarom de voorkeur boven verplichte zorg. Het beste is natuurlijk om zo weinig mogelijk druk te gebruiken, maar als het echt niet anders kan, dan moet soms forse druk gebruikt worden om verplichte zorg te voorkomen. Wanneer deze drang succesvol is en de patiënt accepteert de interventie, dan is hier geen sprake van verplichte zorg, aldus de Wvggz.

Ten slotte is het van belang om over de toepassing van verplichte zorg, de meest ernstige beperking van de autonomie, verantwoording af te dragen. Registratie dient er dan ook op gericht te zijn om de diverse vormen van verplichte zorg zichtbaar te maken en te onderscheiden van de assertieve zorg. Als dit niet goed lukt, doordat de definitie van verplichte zorg niet scherp is, dan is toetsing van wanneer en hoe vaak deze ultieme vorm van vrijheidsbeperking (verplichte zorg) wordt toegepast niet goed mogelijk. Dat is ongewenst.

3. Inleiding

Autorisatiedatum 25-10-2021 Beoordelingsdatum 25-10-2021

3.1 Inleiding

3.1.1 Algemeen

Wanneer er sprake is van een overgang van vrijwillige zorg, via assertieve zorg naar verplichte zorg is er sprake van een veranderende machtspositie tussen de patiënt en de professional en een verminderende autonomie van de patiënt. Deze veranderende positie tussen patiënt en professional (soms ook van invloed op de rol van de naaste) leidt tot extra verantwoordelijkheden bij de professional maar gaat ook gepaard met het continue weer (her)vinden van een basis waarop samen kan worden gewerkt. De mate van inperking van iemand zijn vrijheid en autonomie verhoogt aan de kant van de professional de mate van de verantwoordelijkheid om zorgvuldig te handelen, de frequentie van evalueren en de mate van verantwoording die er moet worden afgelegd aan diverse betrokkenen. Het doorlopen van de bovengenoemde overgang van vrijwillige naar verplichte zorg laat zich moeilijk normeren en kaderen en terminologie laat zich maar moeilijk vangen. Het is de mening van de werkgroep dat dit continu een scherpe blik vraagt en een bewustzijn gericht op de vraag of alle alternatieve opties zijn overwogen voordat wordt overgegaan naar assertieve of verplichte zorg.

Deze module betreft een herziene versie van de module uit 2019. Destijds bestond de Wet Bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Bopz), die per 2020 is vervangen door de wet verplichte ggz (Wvvggz). Tevens bestond de wens om meer in te gaan op mogelijkheden om dwang/verplichte zorg te voorkómen. Deze herziene module kent daarom verschillende aanpassingen en nieuwe termen. Eén van de belangrijkste wijzigingen betreft het vervangen van de term bemoeizorg door de term assertieve zorg en dwang door verplichte zorg. In deze module leggen we uit waarom er voor deze vervangingen is gekozen.

De generieke module is onder andere gebaseerd op de [Multidisciplinaire richtlijn Dwang en drang](#) uit 2016. De meeste aanbevelingen in de generieke module zijn gebaseerd op consensus tussen de leden van de werkgroep en hun achterban. Dit heeft te maken met het grotendeels ontbreken van wetenschappelijke onderzoeksresultaten die deze aanbevelingen zouden kunnen ondersteunen. Er ligt een wens en daarmee een aanbeveling om meer onderzoek te doen. Ten opzichte van de multidisciplinaire richtlijn uit 2016 en de generieke module uit 2019 is er beperkt aanvullend literatuuronderzoek gedaan, in het bijzonder voor het deel over het voorkómen van verplichte zorg en het patiëntenperspectief.

Deze herziene generieke module beschrijft het continuüm van vrijwillige zorg, via assertieve zorg naar verplichte zorg. De module omschrijft dit continuüm vanuit

patiënten (en naasten) perspectief (patient journey) met als leidend principe de samenwerking tussen patiënt, professional en naaste.

Ten opzichte van de vorige generieke module richt deze module zich nog meer op het patiënten- en naasten perspectief en op alle aspecten die te maken hebben met het werken in de triade tussen patiënt, professional en naaste(n). Daarnaast is de focus van deze module veel meer komen te liggen op het voorkómen van verplichte zorg en heeft deze daarmee een preventiever karakter gekregen dan de vorige module. Voorts is gekeken naar de normen van het Europees Verdrag tot bescherming van de rechten van de mens en de fundamentele vrijheden (EVRM) en de rechtspraak van het Europees Hof voor de Rechten van de Mens (EHRM), die leidend zijn voor Nederland – en dus ook voor deze module.

De generieke module gaat in de kern over de **visie op zorg** en de **samenwerking tussen professionals, patiënten en naasten** binnen assertieve en verplichte zorg en geeft **kaders** aan professionals om hierbinnen te kunnen handelen. Het uitgangspunt is dat zorg in beginsel plaatsvindt op basis van een tweezijdige afspraak tussen patiënt en professional waarbij partijen als mens gelijkwaardig zijn. Dit betekent respect voor elkaars perspectief en elkaar proberen te begrijpen om zo veel als mogelijk gezamenlijk tot een besluit te komen over de inhoud en de context van zorg. Bovendien hopen we met deze generieke module recht te doen aan vormen van diversiteit en persoonlijke achtergrond.

De generieke module geeft slechts in beperkte mate handvatten over hoe de wet praktisch moet worden uitgevoerd en welke procedurele stappen er allemaal binnen welke tijdsperiodes moeten worden doorlopen. Hiervoor verwijzen we naar documenten die gaan over de uitvoering van verplichte zorg binnen de Wvggz, uitgegeven door onder andere VWS en diverse bij dit onderwerp betrokken beroepsverenigingen.

3.1.2 De wet verplichte ggz in het kort

[De Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg \(Wvggz\)](#) beschrijft de rechten van mensen die vanwege een psychische aandoening te maken hebben met verplichte zorg. De wet biedt onder meer mogelijkheden mensen ook tegen hun wil de zorg te verlenen die noodzakelijk wordt geacht om ernstig nadeel te voorkomen, geeft de te volgen procedures daarvoor en legt vast welke vormen van zorg verplicht mogen worden verleend, alsmede de mogelijkheid tegen de toepassing daarvan te klagen. Deze wet sluit aan bij de rechtspraak van het Europees Hof voor de Rechten van de Mens (EHRM) waarin reeds in 1979 is benadrukt dat het bestaan van een psychische stoornis aan de hand van een objectief medisch onderzoek moet worden vastgesteld.

Bron: EHRM 24 oktober 1979, Winterwerp t. Nederland, nr. 6301/73,
ECLI:CE:ECHR:1979:1024JUD000630173

Hoewel de Europese rechtspraak primair ziet op vrijheidsontneming en de Wvggz – anders dan de Wet BOPZ – ziet in vormen van verplichte zorg, waaronder opname in een accommodatie, sluit de Wvggz aan bij de systematiek van het EVRM.

De Wvggz kent de volgende kernboodschap:

Soms leidt een ernstige psychische aandoening bij iemand tot het risico op ernstig nadeel voor zichzelf of anderen. Tot voor kort was een verplichte opname in een instelling de enige manier om deze mensen te helpen en het gevaar weg te nemen.

De Wvggz maakt het mogelijk om verplichte zorg zoals het toedienen van verplichte medicatie of het uitoefenen van toezicht op betrokkene, poliklinisch of bij iemand thuis te geven. Degene die zorg krijgt, kan dan makkelijker contact blijven houden met familie en vrienden en blijven deelnemen aan de samenleving. Alleen als het in de eigen omgeving echt niet kan, als het er niet veilig genoeg is voor de persoon zelf en zijn omgeving, of de persoon zelf niet wil, kan verplichte opname in een instelling een betere oplossing zijn.

De Wvggz biedt zorgverleners meer instrumenten voor zorg op maat. Altijd wordt gekeken naar welke aanpak het beste past bij iemand; verplichte zorg zo kort als mogelijk en zo lang als noodzakelijk. Bovendien geeft de wet de mensen die verplicht worden behandeld en hun familie meer inspraak. Zij beslissen mee hoe de zorg en ondersteuning eruit gaan zien. Ook wordt meer dan voorheen met de gemeente gekeken naar wat iemand nodig heeft om deel te (blijven) nemen aan het maatschappelijk leven, zoals een woning en werk.

Voor iemand met psychische problemen is het echter veel beter als we kunnen voorkomen dat het zo slecht gaat dat verplichte zorg nodig is. Daarvoor is het noodzakelijk dat alle betrokken partijen en instanties goed samenwerken en signalen van familie, naasten en omgeving in een vroeg stadium opvangen en serieus nemen. Zodat tijdig gestart kan worden met een passende behandeling. Daar wordt niet alleen de patiënt, maar ook de samenleving beter van.

3.1.3 Diverse andere wetgeving

Naast de Wvggz zijn er diverse andere wetten die betrekking hebben op de inzet van dwang. Hieronder volgt een korte opsomming. Deze generieke module gaat alleen in op (het voorkómen van) verplichte zorg binnen het domein van de Wvggz. De samenhang tussen de Wvggz en de Wzd en Wfz (schakelartikel art. 2.3) wordt niet nader uitgewerkt in deze module.

[Wzd](#): De Wet zorg en dwang regelt de rechten bij onvrijwillige zorg ,inclusief een onvrijwillige opname, van mensen met een verstandelijke beperking en mensen met een psychogeriatrische aandoening (zoals dementie).

Bij kwetsbare ouderen kan er bij psychische problematiek (met of zonder een voorgeschiedenis in de ggz) onduidelijkheid ontstaan onder welke wet de problematiek valt. Afstemming tussen professionals op somatisch, psychiatrische en psychogeriatrisch

gebied is daarom aan te raden. Dit probleem kan zich ook voordoen bij patiënten met een verstandelijke beperking. Zie voor meer informatie hierover ook de [handreiking samenloop](#) (over de samenloop tussen de Wvggz en de Wzd).

[Wfz](#): De Wet forensische zorg die op 1 januari 2019 in werking trad, biedt de officier van justitie en de rechter mogelijkheden om ervoor te zorgen dat er in alle fases binnen het strafrecht, of in aansluiting daarop, sneller passende psychische zorg wordt geboden. De wet gaat over alle vormen van [forensische zorg](#): ambulant en klinisch, begeleiding en behandeling. Deze Generieke module Assertieve en verplichte zorg gaat niet specifiek in op situaties waarbij patiënten met een strafrechtelijke titel worden geplaatst in een reguliere accommodatie. Specifieke informatie hierover is te vinden in [hoofdstuk 9 van de Integrale artikelsgewijze toelichting Wet verplichte ggz](#) en in de [FAQ over de toepassing van artikel 2.3 van de Wfz](#).

[Wpg](#): De Wet publieke gezondheid regelt de organisatie van de openbare gezondheidszorg, de bestrijding van infectieziektecrises en de isolatie van personen/vervoermiddelen die internationaal gezondheidsgevaaren kunnen opleveren. Ook regelt de wet de jeugd- en ouderengezondheidszorg.

[WGBO](#): De rechten en plichten van de hulpverlener ten opzichte van de patiënt staan in het Burgerlijk Wetboek over de geneeskundige behandelingsovereenkomst (Afdeling 5 van Titel 7 van Boek 7). Deze tekst is in het Burgerlijk Wetboek opgenomen bij de Wet inzake de geneeskundige behandelingsovereenkomst. In de praktijk spreken we vaak over de WGBO. Deze wet is van belang voor iedereen die met geneeskundige zorg te maken heeft, zowel in de ggz als in de somatische zorg. Behandelt of onderzoekt een hulpverlener, zoals een arts of verpleegkundige, een patiënt op diens verzoek, dan is er sprake van een geneeskundige behandelingsovereenkomst. Als de behandeling of het onderzoek niet op verzoek van de patiënt plaatsvindt, bijvoorbeeld in een crisissituatie of bij geestelijke gezondheidszorg in de accommodatie, dan zijn de regels van de WGBO niet van toepassing.

[Jeugdwet](#): Gemeenten zijn sinds 1 januari 2015 verantwoordelijk voor alle vormen van jeugdzorg: (geïndiceerde) jeugdzorg, gesloten jeugdzorg, jeugd-ggz, jeugd-lvb, forensische zorg, jeugdbescherming en jeugdreclassering. Dit is vastgelegd in de Jeugdwet. Zie [hier](#) voor meer informatie over verplichte zorg binnen de jeugdwet.

3.2 Assertieve en verplichte zorg in de GGZ

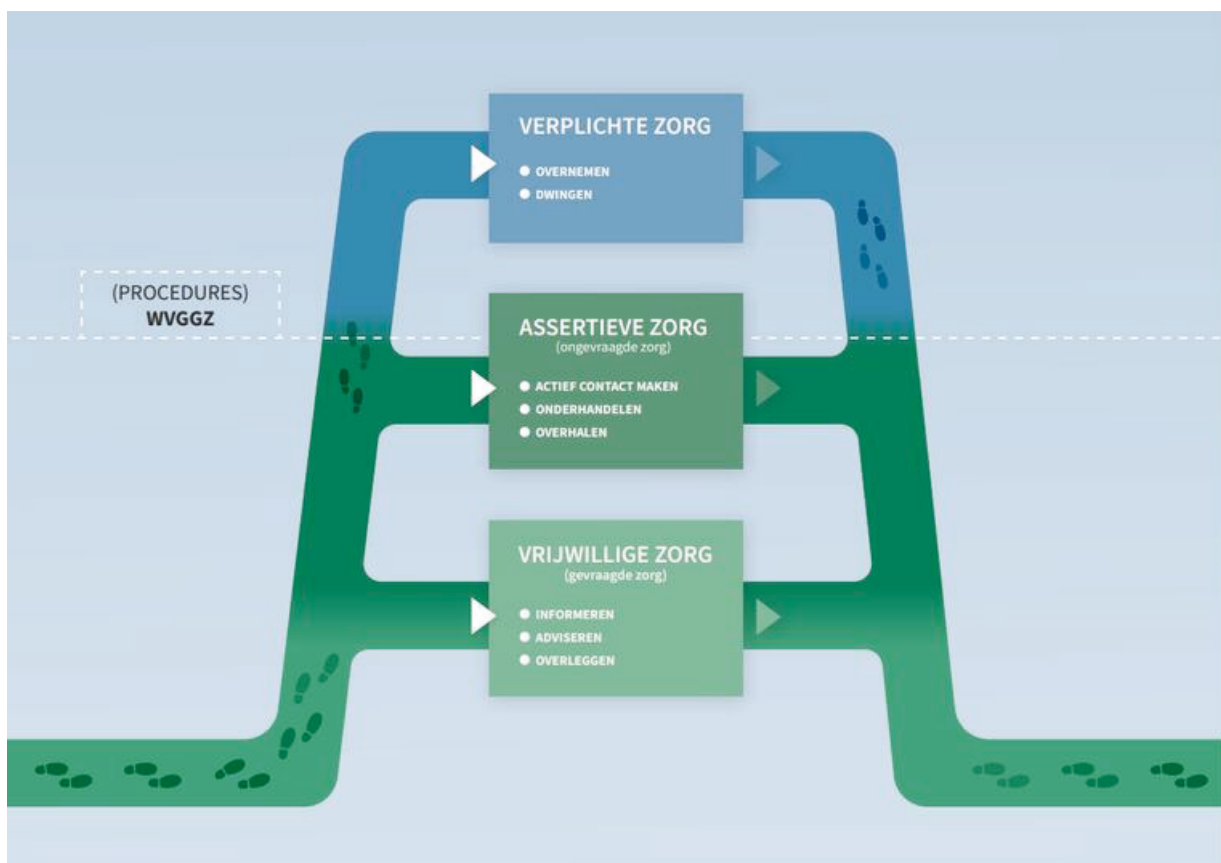
"Vrijwillige zorg is de norm, assertieve en verplichte zorg de uitzondering."

3.2.1 Inleiding

Deze generieke module behandelt **vrijwillige zorg**, **assertieve zorg** (actief contact maken, motiveren, onderhandelen (in de oude terminologie 'bemoeizorg') en onder druk zetten (drang)). Daarnaast komt **verplichte zorg** (ambulante verplichte zorg, verplichte opname en verplichte behandeling) aan bod. In al deze fases van behandeling is er sprake van regelmatig veranderende (machts-)verhoudingen tussen de patiënt, diens

naaste en de professional. Zo veranderen de manier van contact maken, de mate van autonomie, soms ook de mate van vertrouwen in elkaar en de verdeling van verantwoordelijkheden. Ook juridisch is dit onderscheid van belang. Het Europees Verdrag tot bescherming van de rechten van de mens en de fundamentele vrijheden (EVRM) beschermt onder andere de fysieke en mentale integriteit van iedere persoon (art. 8). Inbreuken hierop zijn slechts toegestaan op grond van een wettelijke basis ter bereiking van een gerechtvaardigd doel, zoals de bescherming van de veiligheid voor iemand zelf of diens omgeving of de gezondheid.

Een belangrijk uitgangspunt voor de professional is dat de inzet van het handelen er altijd op gericht is om verplichte zorg te voorkómen en bij assertieve en verplichte zorg weer terug te schakelen naar vrijwillige zorg zodra dat kan (van verplichte zorg moet zo kort mogelijk gebruik worden gemaakt). Een tweede uitgangspunt is dat bij het opschalen van vrijwillige zorg naar assertieve zorg en verplichte zorg, telkens in samenspraak met de patiënt en diens naasten de vraag wordt gesteld of, hoe en wanneer afschalen naar minder verplichte en assertieve zorg mogelijk is (zie figuur 1). Vrijwillige zorg is de norm, assertieve en verplichte zorg de uitzondering. Verplichte, assertieve en vrijwillige zorg vinden ook naast elkaar plaats. Zo kan bijvoorbeeld een gedeelte van de zorg vrijwillig of assertief plaatsvinden ten tijde van verplichte zorg.



figuur 1

3.2.2 Het voorkómen van verplichte zorg

"Het is van groot belang om verplichte zorg te voorkómen vanwege de impact op de patiënt en zijn naasten."

Actief contact maken en informeren, onderhandelen en motiveren, onder druk zetten, overnemen en dwingen zijn vormen van beïnvloeding die als doel hebben iemand iets te laten ondergaan of tot bepaald handelen of nalaten aan te zetten. Kenmerkend voor dergelijke oplopende vormen van beïnvloeding is dat de keuzevrijheid steeds meer wordt ingeperkt.

Verplichte zorg is pas aan de orde wanneer er sprake is van risico op [ernstig nadeel](#), voor de persoon zelf en/of diens omgeving. Dit risico dient veroorzaakt te zijn door een psychische aandoening en er zijn geen andere opties meer dan het toepassen van verplichte zorg om het risico op ernstig nadeel af te wenden. Verplichte zorg dus blijft dus een ultimatum remedium, een laatste redmiddel. Bij de overwegingen voorafgaand aan het toepassen van verplichte zorg wordt de vraag gesteld of de psychische aandoening leidt tot beperkingen in de geestelijke vermogens tot denken, willen, voelen, oordelen en handelen en of deze beperkingen een risico op ernstig nadeel veroorzaken.

Het is van groot belang om verplichte zorg te voorkómen, vanwege de impact op de patiënt en zijn naasten en om risico op ernstig nadeel te voorkómen. Verplichte zorg kan worden voorkómen door tijdig in te gaan op signalen, assertieve zorg te bieden en de-escalerend op te treden. Wanneer een patiënt in zorg is, kunnen er, indien mogelijk, afspraken worden gemaakt die kunnen helpen om een situatie waarin verplichte zorg noodzakelijk wordt te voorkómen. Bijvoorbeeld door het maken van een crisisplan.

Verplichte zorg is pas gerechtvaardigd wanneer dit de enige manier is om risico op ernstig nadeel voor de patiënt en/of diens omgeving te voorkómen. Voorwaarde is dat alternatieven voor verplichte zorg daadwerkelijk zijn overwogen en zo mogelijk ook geprobeerd. Het is van toenemend belang dat we ons dit realiseren, nu in het kader van de Wvvggz in principe iedere burger kan vragen om een onderzoek naar het toepassen van de Wvvggz. Dit brengt het gevaar met zich mee dat verplichte zorg vanuit de psychiatrie steeds meer gezien wordt als een oplossing voor de problemen van en tussen burgers en wordt toegepast als reactie op handelingsverlegenheid, terwijl andere maatregelen onvoldoende zijn geprobeerd.

Daarom is het belangrijk ook het maatschappelijk perspectief in deze module aan de orde te stellen. Niet alleen naasten van de patiënt, maar ook burens, omwonenden of een wijkagent of buurtregisseur hebben een signalerende functie. Zij kunnen bijdragen aan het zoveel mogelijk voorkómen van verplichte zorg.

Uit recent onderzoek blijkt dat de groep mensen die met een verplichte opname te maken krijgen zeer divers is.

Bron: Walker et al. (2019). Clinical and social factors associated with increased risk for involuntary psychiatric hospitalisation: a systematic review, meta-analysis, and narrative synthesis.

Kenmerkend binnen deze groep is dat mensen met een psychotische stoornis en/of mensen met een eerdere verplichte opname vaker te maken krijgen met een verplichte opname dan andere mensen.

Verplichte zorg wordt steeds meer toegepast. Onder de BOPZ nam zowel het aantal ambulante machtigingen als ook het aantal dwangopnames per 100.000 inwoners langere tijd toe.

Bron: Broer J, Wierdsma AI, Mulder CL. Gedwongen opnames, en ambulante dwang in de ggz: onderzoek naar regionale verschillen tussen arrondissementen, leeftijdsgroepen en unieke personen, 2013 - 2017. Tijdschrift voor Psychiatrie 2020; 62:104 - 113)

Deze trend is onwenselijk om meerdere redenen:

- De impact die verplichte zorg heeft op de mensen die het ondergaan.
- Het feit dat het toepassen van verplichte zorg kan indruisen tegen het door Nederland ondertekende 'Europees Verdrag tot bescherming van de rechten van de mens en de fundamentele vrijheden' (EVRM) en het Verdrag inzake de rechten van personen met een handicap (Gehandicaptenverdrag).
- De toenemende maatschappelijke kosten die hiermee gepaard gaan.

De stijgende aantallen toepassingen van het aantal Bopz maatregelen in het verleden zijn aanleiding om te zoeken naar mogelijkheden om verplichte zorg te voorkómen, bijvoorbeeld (zoals beschreven in de module) door het breder inzetten van assertieve zorg door de ggz samen met het sociaal domein.

De Wvggz is mede ontwikkeld om het aantal verplichte opnames terug te brengen, onder andere door het toepassen van ambulante verplichte zorg. Anno 2020 zijn er echter nog veel vragen in het veld over de mogelijkheden en de randvoorwaarden voor het toepassen van verplichte zorg in de ambulante situatie. Gezien het feit dat deze herziene generieke module ongeveer een jaar na het invoeren van de Wvggz verschijnt, is het niet mogelijk om veel ervaringen met ambulante verplichte zorg aan bod te laten komen en alle vragen te beantwoorden. Uiteindelijk willen we echter niet alleen verplichte opnames verminderen, maar zal het doel zijn om verplichte zorg in het algemeen te verminderen, dus ook ambulante verplichte zorg.

Een (tijdelijke) vorm van succesvolle reductie van verplichte zorg in de afgelopen jaren

was het reduceren van [separaties](#) naar aanleiding van meerdere projecten die destijds gericht waren op het terugdringen hiervan.

Hoewel sinds 2006 de stijging van het aantal en de duur van separaties aanvankelijk was omgebogen in een daling, zien we de laatste jaren mogelijk weer een stijging (cijfers IGJ 2020). Door het ontbreken van landelijke cijfers is het echter niet mogelijk om betrouwbare cijfers te geven over de duur van separaties.

3.2.3 Verplichte zorg

Wanneer het niet is gelukt om verplichte zorg te voorkómen en er vanuit een psychische aandoening een risico op ernstig nadeel voor de patiënt of diens omgeving is ontstaan, dan kan verplichte zorg in het kader van de Wvggz worden toegepast. Er is dan sprake van een verminderde keuzevrijheid.

We spreken van verplichte zorg wanneer ondanks verzet zorg wordt toegepast, waarbij de patiënt iets moet ondergaan, iets niet meer kan doen of iets juist wel moet doen dan wel moet toestaan. Dit kan onder andere vrijheidsbeperking of zelfs vrijheidsbeneming betekenen of het opleggen van een behandeling. Het toepassen van verplichte zorg is steeds gericht op het afwenden van het risico op [ernstig nadeel](#) voor de patiënt zelf of diens omgeving. Denk aan agressie jegens derden, [suïcidaal gedrag](#) of ernstige verwaarlozing en maatschappelijke teloorgang. Maar ook de dreiging onder de invloedssfeer van anderen te komen (loverboys bijvoorbeeld) of groot financieel nadeel valt onder ernstig nadeel.

Verplichte zorg is voor patiënten – en hun naasten – vaak ingrijpend. Hoe verplichte zorg beoordeeld wordt hangt voor een belangrijk deel af van de wijze waarop de patiënt tijdens een periode van verplichte zorg wordt bejegend.

Bron: Variables Associated With the Subjective Experience of Coercive Measures in Psychiatric Inpatients: A Systematic Review Variables associées à l'expérience subjective de mesures coercitives chez des patients psychiatriques hospitalisés: une revue systématique Carlos Aguilera-Serrano, RN1,2 , Jose Guzman-Parra, DClinPsy, PhD1,3 , Juan A Garcia-Sanchez, RN1 , Berta Moreno-Kustner, PhD4 , and Fermin Mayoral-Cleries, MD, PhD1 The Canadian Journal of Psychiatry 2018; 63(2)

Het is een wettelijke eis dat verplichte zorg alleen kan plaatsvinden als voldaan is aan de criteria van de Wvggz. Dat wil zeggen dat de maatregel onvermijdelijk is of na het intreden van een crisissituatie alsnog wordt en getoetst aan de principes van subsidiariteit (er is geen minder ingrijpend middel toepasbaar), proportionaliteit (in verhouding staat het beoogde doel), doelmatigheid (resultaat oplevert) en veiligheid (het middel het risico op ernstig nadeel moet wegnemen en geen onveiligheid mag veroorzaken).

De toepassing van verplichte zorg dient de veiligheid voor betrokkenen, professional en de omgeving te dienen. De behandelaar zal daarbij het risico op ernstig nadeel voor de patiënt en/of anderen verminderen, afwenden dan wel voorkómen en daarbij zoveel mogelijk rekening blijven houden met de wensen en voorkeuren van de patiënt en zijn naasten. Zo lang als nodig en zo kort als mogelijk.

3.2.4 Toepassen van verplichte zorg

Verplichte zorg kan worden verleend op grond van een [crisismaatregel](#) (CM), een [voortzetting crisismaatregel](#) (VCM) of een [zorgmachtiging](#) (ZM). Daarnaast is verplichte zorg mogelijk [voorafgaand](#) aan een crisismaatregel en in noodsituaties gedurende een crisismaatregel, een voortzetting van de crisismaatregel of een zorgmachtiging.

De crisismaatregel kan worden toegepast wanneer de zorgmachtiging niet kan worden afgewacht. Er zijn in het kader van de Wvggz meerdere personen die een onderzoek naar de noodzaak van een crisismaatregel of zorgmachtiging kunnen starten. Zowel de crisismaatregel als de zorgmachtiging kunnen alleen worden afgegeven nadat een niet bij de behandeling betrokken psychiater de patiënt heeft onderzocht en een medische verklaring heeft opgesteld waarin uitgelegd wordt waarom de verplichte zorg noodzakelijk is. Deze wordt later getoetst door de rechter. Beide toetsen de noodzaak voor de betreffende maatregel. Vaststelling van een psychische aandoening die kan leiden tot het risico op ernstig nadeel waarvoor toepassing van verplichte zorg noodzakelijk is, behoort tot de expertise van de psychiater. De rechter bepaalt vervolgens of er sprake is van een aandoening in de zin van de wet, of het risico op ernstig nadeel daadwerkelijk voortkomt uit deze aandoening, toetst de principes van subsidiariteit en proportionaliteit en welke vormen van verplichte zorg mogen worden toegepast.

Het gedrag van een persoon als gevolg van zijn psychische aandoening moet leiden tot het risico op ernstig nadeel waarbij er sprake is van causaliteit tussen de aandoening en het risico op ernstig nadeel. Vervolgens moet de persoon zich tegen de zorg verzetten. Bij de beoordeling van het risico op ernstig nadeel is het van belang zowel te letten op de mate van waarschijnlijkheid ('voorzienbaarheid') dat het nadeel zich zal voordoen, als op de schadelijke gevolgen indien het gevreesde nadeel zich inderdaad voordoet. Om tot een Wvggz-maatregel over te gaan, is het geen vereiste dat het dreigende ernstig nadeel zich ook daadwerkelijk voordoet.

Verplichte zorg in een ambulante setting

De Wvggz, het bijbehorende [Besluit verplichte geestelijke gezondheidszorg](#) (Bvggz) en de [regeling verplichte geestelijke gezondheidszorg](#) maken het mogelijk om ook verplichte zorg toe te passen in een [ambulante setting](#) (zie ook paragraaf 3.3). Dit sluit aan bij de doelstellingen van het EVRM.

Bron: EHRM 21 januari 2020, Strazimiri t. Albanië, nr. 34602/16, ECLI:CE:ECHR:2020:0121JUD003460216

Ondanks deze mogelijkheid die door de wet wordt geboden zijn professionals, patiënten en naasten over het algemeen van mening dat met het toepassen van verplichte zorg buiten de accommodatie terughoudend moet worden omgegaan. Zie ook de [handreiking ambulante verplichte zorg](#).

De belangrijkste redenen hiervoor zijn:

- De veiligheid bij het toepassen van verplichte zorg in een ambulante setting is minder makkelijk te organiseren dan bij het toepassen van verplichte zorg binnen een accommodatie.
- Bedreiging van de autonomie van een individu en verplichte zorg in de eigen (woon)omgeving is potentieel traumatiserend en kan leiden tot een gevoel van onveiligheid bij de patiënt in de eigen woning.
- De doelmatigheid van het toepassen van ambulante verplichte zorg (bijvoorbeeld controle op aanwezigheid van middelen of afpakken van middelen) staat ter discussie.

Professionals, patiënten en naasten zijn van mening dat het uitgangspunt bij de toepassing van ambulante verplichte zorg is dat dit gebeurt zonder fysiek verzet en alleen wanneer hier in een eerder stadium van de behandeling in het zorgplan overeenstemming over is bereikt. Er kan sprake zijn van een situatie waarin hiervan moet worden afgeweken omdat dit anders meer schade oplevert voor de patiënt dan wanneer er niet van wordt afgeweken. De professional consulteert, voordat hij handelt, indien mogelijk de naasten. Daarnaast organiseert de professional ruggenspraak met de zorgverantwoordelijke en/of diens waarnemer en neemt in gezamenlijkheid een besluit en evalueert het genomen besluit achteraf zorgvuldig.

3.2.5 Assertieve zorg

Zoals eerder beschreven is verplichte zorg het uiterste middel om het risico op ernstig nadeel ten gevolge van een psychische aandoening tegen te gaan. Verplichte zorg is een ingrijpende maatregel die een patiënt de keuzevrijheid ontnemt. Verplichte zorg kan ertoe leiden dat de relatie tussen patiënt, professional en/of naaste(n) (tijdelijk) onder druk komt te staan. Zorgvuldige communicatie, eerlijkheid en openheid over het zorgplan is belangrijk, zodat er oog blijft voor een vertrouwelijke basis tussen patiënt, professional en naaste. Assertieve zorg, inclusief actief contact maken, motiveren, onderhandelen en soms ook onder druk zetten, is minder ingrijpend dan verplichte zorg. De patiënt behoudt dan zijn keuzevrijheid, maar sommige keuzeopties worden aantrekkelijker of juist minder aantrekkelijk gemaakt of aan voorwaarden verbonden (drang), bijvoorbeeld dat de patiënt meewerkt aan de behandeling om een Wvggz maatregel te voorkómen of om binnen de kaders van een bestaande Wvggz maatregel daadwerkelijk verplichte zorg te voorkómen.

Assertieve zorg is aan de orde wanneer een patiënt uit zichzelf geen hulp zoekt of vraagt, maar er wel (een sterk vermoeden bestaat dat er) ernstige psychiatrische symptomen zijn. Met bijkomende (dreiging van) forse maatschappelijke problemen en op termijn misschien risico op ernstig nadeel. In dit geval is de behandeling bij voorkeur vrijwillig en stelt een professional zich beschikbaar op. Hij of zij motiveert en informeert betrokkenen en geeft waar nodig advies aan zowel de patiënt als zijn naaste(n).

Als dat niet mogelijk is, kan de professional proberen door middel van een assertieve houding gedragsverandering te bereiken. Dit betekent dat de professional actief contact maakt, onderhandelt met de betrokkene(n), hem of haar probeert te motiveren, over te halen en eventueel meer onder druk zet (drang). Bij drang betekent dit vaak een keuze tussen twee kwaden. Bijvoorbeeld: medicatie onder drang accepteren of in het kader van verplichte zorg dit moeten innemen. Drang beperkt dus ook de keuzevrijheid, maar geeft iets meer ruimte aan de patiënt dan bij verplichte zorg omdat er (nog) geen sprake is van het toepassen van een juridisch kader (Wvggz).

Drang is enerzijds een inperking van autonomie, aangezien de patiënt geen volledige keuzevrijheid heeft. Anderzijds kan drang worden ingegeven door het streven om een bepaalde mate van autonomie te behouden en te vergroten. Drang kan erop gericht zijn een verslechtering van de situatie met een toenemend risico op verplichte zorg te voorkómen. Drang vereist betrokkenheid bij de patiënt en, ook al is het beperkt mogelijk, het aanspreken van de patiënt op zijn of haar eigen verantwoordelijkheid. Dit wordt ook wel 'inmenging met compassie' genoemd. Ondanks het feit dat het streven is samen te werken vanuit een gelijkwaardige relatie, is er bij drang sprake van machtsongelijkheid.

3.3 Doelstelling

Doelstelling van de Generieke module Assertieve en verplichte zorg is het geven van aanbevelingen en handvatten aan zorgprofessionals en het bieden van informatie aan patiënten en naasten over het voorkómen en het toepassen van verplichte zorg. De generieke module besteedt aandacht aan besluitvorming, uitvoering en evaluatie van assertieve zorg en van verplichte zorg in het kader van de Wvggz.

De module is zodanig opgebouwd dat deze in te passen is in bestaande zorgstandaarden en protocollen binnen de gespecialiseerde ggz (Sggz) en de generalistische basis ggz (GBggz). De module is flexibel opgesteld, zodat ingespeeld kan worden op specifieke casuïstiek. De nadruk ligt op algemene kaders gericht op het voorkómen en beperken van verplichte zorg en het bieden van goede zorg, aansluitend op het perspectief van patiënt en naasten. Concrete invulling van deze kaders vereist reflectie op en overleg over de specifieke situatie.

Verschillende onderdelen van deze module gaan over de uitvoering van zorg binnen de Wvggz. Vraagstukken die gaan over de administratieve en organisatorische toepassing van de wet vallen buiten de scope van deze module. Er is voor gekozen om de generieke module zo op te bouwen dat de samenwerking tussen patiënt, professional en naasten centraal staat. Daarnaast is de module zo opgebouwd dat de kern van de module niet

hoeft te veranderen wanneer er op basis van praktische uitvoerbaarheidsbezwaren aanpassingen in de wet worden gedaan.

3.4 Doelgroep

De generieke module is geschreven vanuit de patiënt journey en primair voor professionals die betrokken zijn bij het voorkomen van, de besluitvorming over en de toepassing van assertieve en verplichte zorg binnen de ggz in Nederland. Daarnaast is deze module ook bedoeld voor patiënten en naasten, om hen van informatie te voorzien over assertieve en verplichte zorg. Naast de module tekst zelf is er op thuisarts.nl een patiënten versie beschikbaar en is er ook een samenvattingskaart.

3.5 Uitgangspunten

Een generieke module is een kwaliteitsstandaard die, vanuit het perspectief van patiënten en naasten, beschrijft wat onder goed professioneel handelen (goede zorg) wordt verstaan. De meest actuele kennis vormt het uitgangspunt. Het gaat over kennis gebaseerd op de resultaten van wetenschappelijk onderzoek, praktijkkennis, ervaringskennis en de voorkeuren van patiënten en naasten. De beschreven zorg in kwaliteitsstandaarden betreft geen wetten of voorschriften, maar bieden handvatten voor de professional om gepersonaliseerde zorg te kunnen leveren.

Het werken volgens een kwaliteitsstandaard is geen doel op zich. De combinatie van factoren die tot een aandoening hebben geleid en de sociale context waarin deze aandoening zich voordoet zijn voor iedere patiënt uniek. Daarnaast heeft iedere patiënt unieke behoeften om regie te voeren over zijn of haar herstel en leven.

Zorgprofessionals ondersteunen dit proces vanuit hun specifieke expertise en de kennis die een kwaliteitsstandaard hun biedt. De kwaliteit van een professional kenmerkt zich wellicht meer door de wijze waarop hij of zij in staat is in de juiste gevallen en op het juiste moment (goed beargumenteerd) van een standaard af te wijken. Mede op basis van de kwaliteitsstandaard bepalen de patiënt (en diens naasten) en de professional, ieder met hun eigen expertise, samen wat de gewenste uitkomsten van zorg zijn. En welke behandel- en ondersteuningsopties daarbij passend zijn.

Het is voor een succesvolle implementatie van een kwaliteitsstandaard belangrijk om aandacht te hebben voor de mogelijke benodigde veranderingen in het zorgveld die de kwaliteitsstandaard met zich meebrengt. Voorbeelden zijn effecten op de beschikbare capaciteit van zorgverleners, budgetvraagstukken of ICT aanpassingen. Soms is niet elk onderdeel van deze kwaliteitsstandaard per direct uitvoerbaar. Bij deze kwaliteitsstandaard zijn een implementatieplan en de rapportage uitvoerbaarheidstoets opgeleverd. Deze bieden inzicht in hoeverre de kwaliteitsstandaard uitvoerbaar is.

3.6 Betrokken organisaties

Bij de totstandkoming van de generieke module heeft de werkgroep samengewerkt met een groep van deskundigen. Zij hebben de door de werkgroep opgeleverde documenten

meegelezen en/of voorbereidingen gedaan op het gebied van literatuuronderzoek, onderzoek naar de wetteksten en het maken van een overzicht van best practices.

Werkgroep Generieke Module	
Naam	Vertegenwoordiging vanuit
Russel Cummins	MIND
Simone de Bruijn	MIND
Bert Stavenuiter	MIND Ypsilon
Roelf Scholma	MIND familie- en naastenraden (FNR)
Sasha Beeckman	Nederlandse Vereniging voor Gezondheidszorgpsychologie (NVGzP)
Anne-Aurore den Hertog	Nederlands Instituut van Psychologen (NIP)
Arnoud Jansen	Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP)
Richard Starmans	Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG)
Niels Mulder (voorzitter)	
Rachel Bogers-de Reus	Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie (NVKG)
Roos Huyben	Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland
Kim van Holten	Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland (V&VN)

Betrokken deskundigen:

- Dwayne Meijnckens (MIND)
- Paul Ulrich (analyse van de wetteksten)
- Sven Rooijackers (UMC, literatuuronderzoek)
- Simone de Lindt (RINO, best practices)
- André de Mol (stichting Patiëntvertrouwenspersonen PVP)
- Ellen de Leijer (landelijke stichting Familievertrouwenspersonen LSFVP)
- Rob Keurentjes (Rechter)
- Aart Hendriks (Hoogleraar gezondheidsrecht)
- Yolande Voskes (Amsterdam UMC/GGZ Breeburg)
- Nienke Horst (Gemeente Utrecht)

3.7 Leeswijzer

De Generieke module Assertieve en verplichte zorg omvat vijf hoofdstukken. In hoofdstuk 4 worden de wensen en ervaringen van patiënten en naasten met betrekking tot assertieve en verplichte zorg besproken. In hoofdstuk 5 worden kernelementen van goede zorg bij assertieve en verplichte zorg beschreven. Hoofdstuk 6 gaat in op de organisatie van zorg bij assertieve en verplichte zorg. In hoofdstuk 7 wordt een aantal kwaliteitsindicatoren met betrekking tot assertieve en verplichte zorg besproken.

In de module is er gekozen om de term "bemoeizorg" te vervangen door "assertieve zorg". De belangrijkste reden om dit te doen is omdat uit de enquête die gehouden is

onder patiënten en naasten blijkt dat de term "bemoeizorg" negatief beladen is. Assertieve zorg is een meer neutrale term die de bedoeling van dit type zorg beter uitdrukt.

Aan de generieke module is een begrippenkader toegevoegd ter ondersteuning van het gebruik van diverse terminologie.

Zorgprofessionals verschillen in het gebruik van de term patiënt of cliënt als het gaat om de hulpvragers en zorggebruikers. De Alliantie kwaliteit in de GGZ ([Akwa GGZ](#)) heeft gekozen voor 'patiënt'. Die term wordt daarom in deze module gebruikt.

De generieke module gaat niet in op specifieke doelgroepen en gaat uit van de samenwerking rondom een individu en de algemene adviezen die op algemene groepen van toepassing zijn. Specifieke zorg voor bijvoorbeeld iemand met Dementie vraagt om het toepassen van kwaliteitsstandaarden die betrekking hebben op Dementie. Er wordt ook niet separaat aandacht gegeven aan kinderen en jeugdigen.

De werkgroep heeft ervoor gekozen de module zwaar te laten leunen op de kwaliteit van samenwerking en het voorkómen van dwang. Op deze wijze is dan ook naar veel vraagstukken gekeken. Daarnaast is geprobeerd een goede vertaling te maken van de nieuwe juridische werkelijkheid, de Wvggz, naar de klinische praktijk, terwijl deze praktijk zich ook nog aan het ontwikkelen is en jurisprudentie nog grotendeels moet ontstaan.

Ondanks de ambitie vanuit de werkgroep om helder en eenduidig te zijn in het gebruik van terminologie, kan het voorkomen dat er soms vragen en onduidelijkheden overblijven. Een voorbeeld betreft het verschil tussen het bereidheidscriterium in de BOPZ en het verzetscriterium in de Wvggz. We hebben gepoogd dit zo goed mogelijk te duiden, maar jurisprudentie zal moeten uitwijzen wat de betekenis van dit verschil is in de praktijk.

Zo kan het zijn dat de lezer soms wordt geconfronteerd met verschillende invalshoeken vanuit de behandelpraktijk en de juridische kaders. Meer specifiek: het nieuw geïntroduceerde begrip assertieve zorg betreft een methode (werkwijze) en heeft geen juridische betekenis, zoals vrijwillige of verplichte zorg. Assertieve zorg voeren we in de praktijk uit binnen de glijdende schaal van vrijwillige naar verplichte zorg en wordt vooral ingezet om verplichte zorg te voorkómen. Echter, ook wanneer iemand eenmaal een Wvggz maatregel heeft kan assertieve zorg worden ingezet om nog meer verplichte zorg te voorkomen, bijvoorbeeld het voorkomen dat iemand onder fysieke dwang medicatie moet innemen. De wet is zwart-wit, de klinische praktijk kent vele kleuren en smaken. Wat begint als zorg met instemming kan over gaan in verplichte zorg en vice versa.

Een ander – hiermee samenhangend – ingewikkeld vraagstuk wat in de module wordt beschreven is het verzetscriterium. De wijze hoe er juridische naar verzet wordt gekeken en hoe dit binnen de klinische werkelijkheid wordt geïnterpreteerd is mogelijk niet helemaal hetzelfde. Het is daarbij goed om te beseffen dat dit hoe dan ook een ingewikkeld thema is, waarbij de vraag is wanneer een uiting of gedrag moet worden

beschouwd als verzet. Het gesprek en de jurisprudentie hierover is nog niet afgerond en dit zal zich de komende jaren verder uitkristalliseren.

Ter afronding van deze generieke module is de tekst juridisch getoetst. Er heeft een juridisch-technische toets plaatsgevonden waarbij is gekeken of de module in overeenstemming is met de Wvvgz. Daarnaast heeft er vanuit het perspectief van het gezondheidsrecht een algemene juridische toets plaatsgevonden. Hierbij is ook specifiek gekeken naar de verhouding tussen deze generieke module en het Europees Verdrag tot bescherming van de rechten van de mens en de fundamentele vrijheden (EVRM). Vanuit beide toetsen zijn enkele aanpassingen gedaan aan de tekst van deze generieke module. Er zijn geen inconsequenties uit beide toetsen naar voren gekomen. Voor de fundamentele discussie over de verhouding tussen de Wvvgz en het EVRM en het verdrag inzake de rechten van personen met een handicap, verwijzen wij naar de behandeling van de Wvvgz in de [tweede kamer](#) en naar het [college van de rechten van de mens](#).

4. Patiënten- en naastenperspectief

Autorisatiedatum 25-10-2021 Beoordelingsdatum 25-10-2021

4.1 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt omschreven wat vanuit patiënten- en naastenperspectief de belangrijkste wensen en ervaringen zijn als het gaat om het voorkómen en de toepassing van verplichte zorg. Door middel van een uitvraag bij de achterban van MIND zijn wensen en ervaringen opgehaald bij naasten en patiënten. Het gaat hier om patiënten en naasten met en zonder ervaring met verplichte zorg. Vanuit beide perspectieven is op basis van de uitkomsten stilgestaan bij de kwaliteitscriteria van verplichte zorg en de fase waarbij middelen worden ingezet om dit te voorkomen. Daar waar mogelijk is dit omschreven vanuit de beschikbare onderzoeksliteratuur.

4.2 Wensen en ervaringen van patiënten

"Niets over ons zonder ons."

Het verlenen van zorg gebeurt in beginsel op basis van een tweezijdige afspraak tussen patiënt en professional, waarbij beide partijen als mens gelijkwaardig zijn. Respect voor elkaars perspectief en elkaar proberen te begrijpen zijn noodzakelijk om gezamenlijk tot een besluit te komen over de inhoud en de context van de zorg. ([focus op gezondheid, zorg voor herstel, zie document MIND](#)).

Patiënten voeren de regie over het eigen herstelproces en de relaties tussen patiënt, behandelaar en naasten berusten in eerste instantie op een vertrouwensband. Bij het komen tot gezamenlijke besluitvorming geldt het uitgangspunt **‘Niets over ons zonder ons’**. De focus van de zorg richt zich op het bevorderen, behouden en herstellen van gezondheid en richt zich op het verbeteren van de kwaliteit van leven en het herstel van vitaliteit.

Bovenstaande uitgangspunten vormen een extra uitdaging binnen de overgangen van vrijwillige zorg, via assertieve zorg naar verplichte zorg. Daar waar er niet per sé om zorg wordt gevraagd door de patiënt en deze vanuit de professionals wel wordt aangeboden, komt de tweezijdigheid van de afspraken in het geding. Uitgangspunt is om telkens te streven naar gelijkwaardigheid.

Wensen en ervaringen van patiënten bij assertieve en verplichte zorg

Ten behoeve van deze generieke module heeft [MIND](#) een achterbanraadpleging uit laten voeren om een zo goed mogelijk beeld te krijgen van de wensen en ervaringen van patiënten. Aan deze achterban raadpleging (n=624) hebben zowel patiënten met ervaring (n=220) als patiënten zonder ervaring (n=404) meegedaan die zich hebben

uitgesproken over een aantal specifiek aan assertieve en verplichte zorg gerelateerde vraagstukken.

De belangrijkste uitkomsten uit deze raadpleging hebben wij hieronder samengevat.

De term "bemoeizorg" wordt door een grote groep binnen achterban van MIND relatief slecht gewaardeerd. Daarentegen wordt het overtuigen door middel van het laten zien van consequenties (drang) relatief goed gewaardeerd.

Vanuit patiëntperspectief is het wenselijk dat de patiënt zelf zijn bij de zorg betrokken naaste(n) kiest. Naasten mogen van de patiënten daarbij altijd signaleren. Ook zonder medeweten van de patiënt. Alleen met medeweten van de patiënt mogen naasten meepraten over zijn behandeling en toezicht houden op medicatie/middelen.

Patiënten spreken geen duidelijke voorkeur uit daar waar het gaat om de plaats van de inzet van verplichte zorg, nl. thuis of in een ggz-instelling. Het belangrijkste criterium is dat de omgeving als veilig en vertrouwd wordt ervaren. Patiënten geven wel duidelijk aan dat verplichte zorg alleen thuis mag plaatsvinden wanneer de patiënt en zijn naaste in een eerder stadium van de behandeling akkoord zijn gegaan.

Over de effecten van de inzet van verplichte zorg geeft de helft van de patiënten aan dat zij geen positief effect zien op herstel door de inzet van verplichte zorg.

Uit literatuuronderzoek blijkt dat een krappe meerderheid van de patiënten verplichte opnames uiteindelijk (na afloop van de opname) als positief ervaart.

Bron: Katsakou, C., & Priebe, S. (2006). Outcomes of involuntary hospital admission: A

review. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 114, 232-241.

Van de patiënten kijkt 48% negatief op de verplichte opname terug. Patiënten met een verplichte opname zijn minder tevreden over de behandeling dan patiënten die vrijwillig opgenomen waren en vonden de opname minder nodig. Daarmee bestaat er tevens het risico dat de groep de patiënten die negatieve ervaringen heeft opgedaan met verplichte zorg, zich in de toekomst meer zorg mijdend gaan gedragen.

Bron: Kallert, T.W., Glöckner, M., & Schützwohl, M. (2008). Involuntary vs. voluntary hospital admission: A systematic literature review on outcome diversity. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 258, 195-209.

Als het gaat om verplichte opname, één van de in de Wvvgg geformuleerde vormen van

verplichte zorg, komen de volgende thema's bij patiënten naar voren:

- Bezorgdheid over schending van de autonomie
- Lage kwaliteit van de behandeling
- Slechte bejegening
- De impact op het gevoel van eigenwaarde

Er is enig empirisch bewijs dat verplichte opname in behandel-effectiviteit vergelijkbaar is met vrijwillige opname.

Bron: Katsakou, C., & Priebe, S. (2006). Outcomes of involuntary hospital admission: A

review. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 114, 232-241.

Patiënten ervaren vrijheidsbeperkende interventies vaak als ingrijpend en traumatiserend. Zij ervaren gevoelens van machteloosheid, schaamte, angst, stigmatisering en eenzaamheid. Tevens ervaren patiënten een gebrek aan wederzijds vertrouwen en bestaat het gevoel dat er onvoldoende naar hen geluisterd wordt.

Bron: Hoekstra, T., Lendemeijer, H.H.G.M. & Jansen, M.G.M.J. (2004). Seclusion: the inside

story. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 11, 276 -83.

In een review van kwalitatief onderzoek naar de ervaringen van patiënten met verplichte zorg kwamen de volgende thema's naar voren:

- Gevoelens van inbreuk/schending.
- Gebrek aan respect.
- Niet gehoord worden door artsen.
- Verlies van menselijke waardigheid door het ontbreken van normale menselijke interactie en door isolatie.

Bij separatie ervaren patiënten ook vaak een toename van angst- of psychotische klachten door een gebrek aan prikkels.

Bron: Grassian, S. & Friedman, N. (1986). Effects of Sensory Deprivation in Psychiatric

Seclusion and Solitary Confinement. International Journal of Law and Psychiatry, 8,

49-65.

Dit heet 'sensorische deprivatie'. Sensorische deprivatie kan grote psychologische gevolgen hebben, zoals de-realisatie, hypergevoeligheid voor externe stimuli en zelfs hallucinaties.

Bron: Grassian, S. & Friedman, N. (1986). Effects of Sensory Deprivation in Psychiatric

Seclusion and Solitary Confinement. International Journal of Law and Psychiatry, 8,

49-65.

Ook kunnen eerdere trauma's uit het leven, bijvoorbeeld oorlogstrauma's, of misbruik getriggerd worden.

Net zoals bij verplichte opname kijken sommige patiënten na verloop van tijd positiever terug op de verplichte zorg.

Bron: Newton-Howes, G., & Mullen, R. (2011). Coercion in psychiatric care: Systematic

review of correlates and themes. Psychiatric Services, 62, 465-470.

De kwaliteit van het contact en de communicatie met professionals zijn van belang als het gaat om hoe patiënten separatie beleven.

Bron: Hoekstra, T., Lendemeijer, H.H.G.M. & Jansen, M.G.M.J. (2004). Seclusion: the inside

story. Journal of psychiatric and mental health nursing, 11, 276 -83.

Vrouwelijke patiënten staan over het algemeen negatiever tegenover verplichte zorg dan mannen.

Bron: Whittington, R., Bowers, L., Nolan, P., Simpson, A., & Neil, L. (2009). Approval ratings

of inpatient coercive interventions in a national sample of mental health service users and staff in England. Psychiatric Services, 60, 792-798.

In Nederlands onderzoek naar verschil in voorkeuren tussen afzonderen, verplichte medicatie en een combinatie van afzondering en verplichte medicatie bleek dat enkelvoudige verplichte zorg de voorkeur genieten boven combinatiemaatregelen. Het aandeel patiënten dat de voorkeur gaf aan insluiten of dwangmedicatie was ongeveer gelijk.

Bron: Georgieva, I., Mulder, C.L., & Noorthoorn, E. (2013). Reducing seclusion through

involuntary medication: A randomized clinical trial. Psychiatry Research, 205, 48-53.

Er is geen bewijs voor een therapeutisch effect van insluiten, zoals een afname van agitatie of agressie.

Bron: Fisher, W.A. (1994). Restraint and seclusion: A review of the literature. American

Journal of Psychiatry, 151(11), 1584-1591. Lendemeijer, B. & Shortridge-Baggett, L.

(1997). The use of seclusion in psychiatry: A literature review. Scholarly Inquiry for

Nursing Practice. 11, 299-315. Prinsen, E.J.D. & Van Delden, J.J.M. (2009). Can we

justify eliminating coercive measures in psychiatry? Journal of Medical Ethics 23, 11-18

Bovendien is er weinig of geen empirisch bewijs met betrekking tot de veiligheid en effectiviteit van fixatie en afzondering als interventies voor het op korte termijn beheersen van verstoring of gewelddadig gedrag.

Bron: Nelstrop, L., Chandler-Oatts, J., Bingley, W., Bleetman, T., Corr, F., Cronin-Davis, J.

(2006). A systematic review of the safety and effectiveness of restraint and seclusion

as interventions for the short-term management of violence in adult psychiatric

inpatient settings and emergency departments. Worldviews Evidence Based Nursing,

3, 8-18

Er is evenmin bewijs dat een bepaalde vrijheidsbeperkende maatregel effectiever is dan een andere.

Bron: Georgieva, I., Mulder, C.L., & Noorthoorn, E. (2013). Reducing seclusion through

involuntary medication: A randomized clinical trial. *Psychiatry Research*, 205, 48-53.

Daarbij komt dat fixatie of afzondering een nieuwe traumatische ervaring kan zijn waar een patiënt nog lang last van kan houden.

4.3 Kwaliteitscriteria vanuit patiëntenperspectief

4.3.1 Inleiding

In 2001 zijn op basis van kwalitatief onderzoek naar ervaringen van patiënten, naasten en professionals acht kwaliteitscriteria voor dwang en drang opgesteld.

Bron: Abma, T.A., Widdershoven, G.A.M., & Lendemeijer, B. (red.) (2005). *Dwang en drang in de psychiatrie. De kwaliteit van vrijheidsbepenkende maatregelen*. Utrecht: Lemma.

Deze kwaliteitscriteria zijn in te delen in de thema's: algemeen, preventie, indicatie, uitvoering en rapportage & evaluatie. Ondanks maatschappelijke veranderingen en vernieuwde wetgeving zijn deze thema's actueel.

Algemeen

"Samenwerking met patiënt én naasten is essentieel om kwaliteit van zorg te waarborgen."

Vanuit patiëntenperspectief wordt het inzetten van verplichte zorg gezien als een uiterst middel dat om een overwogen inzet vraagt. Patiënten vragen daarbij om telkens opnieuw te overwegen of en zo ja op welke wijze alternatieven kunnen worden ingezet. Het is hun wens om verplichte zorg zoveel mogelijk te voorkómen of zo kort mogelijk in te zetten.

Contact en vertrouwen

De ervaring leert dat het opbouwen van contact en vertrouwen helpt. Uitleg over alle behandelmogelijkheden en daarnaast telkens de mogelijkheid krijgen om zelf te kunnen (blijven) kiezen, ervaren patiënten als positief en ondersteunend. Ook is een goed contact met de naasten van de patiënt belangrijk. **Samenwerking met patiënt én naasten is essentieel om kwaliteit van zorg te waarborgen.**

Afstemming

Indien er meerdere partijen betrokken zijn bij een hulpverleningssituatie, leidt afstemming van de activiteiten en goede samenwerking tot meer duidelijkheid voor de patiënt en naasten.

Voor de patiënt is het van belang dat de professionals deskundig zijn op het gebied van relevante wet- en regelgeving. Dat ze op de hoogte zijn van de bijbehorende procedures en interventies en van mogelijke alternatieven. Daarmee kunnen professionals de regie over de zorg op deskundige wijze voeren. Het stelt ze in staat om patiënten, naasten en andere professionals gedegen te informeren en op passende momenten alternatieven in te zetten. Het helpt als professionals een eenduidig en samenhangend verhaal kunnen vertellen aan de patiënt.

Verschillende overwegingen vanuit patiëntenperspectief bij het voorkomen van verplichte zorg (preventie)

De kennis over de ggz kan per patiënt (en naaste) zeer verschillend zijn. Vaak is er sprake van een informatieachterstand. Het is daarom goed om te weten of een patiënt in behandeling is (of is geweest) bij de ggz en of er sprake is van een acute situatie of niet. 'Nieuw in de ggz' in een acute fase waarin verplichte zorg wordt toegepast, vraagt om een andere benadering dan 'nieuw in de ggz' in een niet-acute fase.

Bij nieuwe patiënten is het belangrijk om in een 'niet acute fase' belangstelling en begrip te tonen, informatie te geven en vrijblijvend advies. In de fase waarin assertieve zorg nodig is, is het belangrijk om mogelijke acties en behandelingen te inventariseren (ook vanuit het sociale domein, bijvoorbeeld het aanpakken van schulden of woonproblemen), de keuze van een interventie te verduidelijken naar de patiënt en diens naasten en alles goed vast te leggen. In de fase van verplichte zorg (ook in de andere fases) wordt contact maken en contact behouden met de patiënt, diens naasten en overige betrokkenen hoog gewaardeerd.

Voor een patiënt is het van belang dat de professional rekening houdt met diverse kenmerken – zoals leeftijd, sociale context en woonomgeving – en zoveel mogelijk probeert aan te sluiten bij de persoon en zijn 'eigen' omgeving. Het is voor een patiënt van belang dat hij zijn huis als een veilig thuis kan ervaren. Dit betekent dat de professional zich bij een huisbezoek zoveel mogelijk opstelt als gast en de autonomie en gebruiken van de patiënt respecteert.

Mensen met een licht verstandelijke beperking lopen meer risico op het krijgen van een verplichte zorg.

Bron: Bron: J.G. Nieuwenhuis, E.O. Noorthoorn, H.L.I. Nijman, P. Naarding, C.L. Mulder. (2017). A Blind Spot? Screening for Mild Intellectual Disability and Borderline Intellectual Functioning in Admitted Psychiatric Patients: Prevalence and Associations with Coercive Measures. PLOS ONE | DOI:10.1371/journal.pone.0168847

Ook lopen zij risico om de gegeven informatie ten tijde van een Wvggz maatregel minder goed te begrijpen. Dit vergt tijdige herkenning en aanpassen van de communicatie waar nodig.

Daarnaast houdt de professional rekening met culturele aspecten en genderidentiteit van patiënten en geeft zich rekenschap van eventuele effecten van verplichte zorg, zoals bijwerken van medicatie op de somatische gezondheid en de (behoefte aan) intimiteit. [Motiverende gespreksvoering](#)

Bron: Bron: W.R. Miller Stephen Rollnick (2014, derde editie). Motiverende gespreksvoering. Ekklesia.

is hierbij een patiëntgerichte werkwijze die uitgaat van een gelijkwaardige gespreksrelatie zonder oordeel en advies waarbij wordt ingezet op de intrinsieke motivatie van de patiënt tot verandering. Deze gespreksvoering kan ondersteunend zijn bij het maken van keuzes door de patiënt gericht op het voorkómen van verplichte zorg.

In veel situaties heeft een patiënt ondersteuning nodig van een onafhankelijk vertrouwenspersoon om te zorgen dat hij of zij ergens met zijn of haar vragen terecht kan. Bijvoorbeeld een ervaringsdeskundige, een naaste of een [patiëntvertrouwenspersoon](#) (PVP). Patiënten geven aan dat zij hier niet automatisch aan denken of hier weet van hebben. En dat zij ondersteuning vanuit professionals kunnen gebruiken om stil te staan bij de vraag wie er als onafhankelijk vertrouwenspersoon kan optreden. Het is daarbij van belang het verschil tussen een vertrouwenspersoon met en zonder wettelijke positie toe te lichten.

De ervaring leert dat rapportages en verhalen van patiënten en naasten over eerdere situaties van het voorkómen van dwang of verplichte zorg veel informatie bevatten over wat er vanuit patiëntperspectief goed en minder goed is verlopen. Ze kunnen helpen om gezamenlijk te besluiten wat de volgende interventie zou moeten zijn. Ook de informatie uit het [signaleringsplan](#), het WRAP ([Wellness Recovery Action Plan](#)) de [crisiskaart](#) of de [zorgkaart](#) is van grote ondersteunende waarde voor het maken van deze keuzes.

4.3.2 Start van een Wvggz-maatregel (indicatie)

Indien er vast is gesteld dat er sprake is van een psychische aandoening die risico op ernstig nadeel veroorzaakt en indien de professional inschat dat is voldaan aan de criteria van subsidiariteit (er is geen minder ingrijpend middel), proportionaliteit (het middel staat in verhouding tot het doel) doelmatigheid (het middel is effectief) en veiligheid (het middel neemt het risico op ernstig nadeel weg en veroorzaakt geen onveiligheid) en de andere eisen zoals beschreven in [art. 2.1 van de Wvggz](#), kan de volgende stap gezet worden.

Het kan de behandeling ondersteunen en ook de-escalerend werken, wanneer de professional de keuze voor de inzet van verplichte zorg zorgvuldig (en passend bij het toestandsbeeld van de patiënt) bespreekt met de patiënt en duidelijke uitleg geeft over het proces en dit vormgeeft in het zorgplan. Inzetten op het goed [informereren, in begrijpelijke termen, van de patiënt](#) – mits de situatie dit toelaat – en op het ondersteunen van de patiënt, is het uitgangspunt.

Wanneer is besloten verplichte zorg in te zetten en de patiënt hierover is geïnformeerd, is het van belang dat er ook aandacht is voor de gevolgen die dit heeft voor het dagelijkse leven van de patiënt. Spreek indien mogelijk een goede taakverdeling af met de naaste om er zeker van te zijn de zorg voor kinderen, ouders en huisdieren en het informeren van andere naasten goed is geregeld. En denk ook aan bijvoorbeeld hoe bij een verplichte opname de woning wordt achtergelaten (ramen dicht, koelkast leeg etc.) en of er nog rekeningen moeten worden betaald. Maak ook bespreekbaar wat de verplichte zorg voor gevolgen heeft voor de naaste. De betrokken professional dient de gemeente in te schakelen wanneer er twijfels zijn over de mogelijkheden tot een normale terugkeer in het maatschappelijke leven (beschikbaarheid van woning en/of uitkering) (wederkerigheidsprincipe in de Wvggz).

Wanneer verplichte zorg wordt geboden binnen een accommodatie gelden er minimumnormen ([Toetsingskader terugdringen separeren en afzonderen, IGZ, 2016](#)). Het 'beleid bij binnenkomst' voldoet aan de norm, indien het aantoonbaar wordt uitgevoerd en minimaal de volgende elementen bevat:

Bij opname van een patiënt vindt een nieuwe afweging en beoordeling van de situatie plaats (door de dienstdoende psychiater). Ook al wordt patiënt geboeid en, onder politiebegeleiding, binnengebracht. En/of ook al acht de verwijzer separatie/afzondering noodzakelijk.

Aandacht voor een zo gastvrij mogelijke ontvangst van de patiënt die opgenomen wordt. Bijvoorbeeld door middel van het aanbieden van een rustige omgeving, eten, drinken, contact met de buitenwereld, praktische zorg voor bijvoorbeeld dieren en, uitleg over de afdeling en situatie.

Aandacht voor het opbouwen van een vertrouwensrelatie met de patiënt.

Aanvullend hierop is het aan te bevelen, indien mogelijk, de naaste ruimte te bieden om tijdens de verplichte opname procedure en de eerste uren van de opname te blijven als onderdeel van de gastvrije ontvangst. Overweeg de mogelijkheid van Rooming-in.

Bron: Bron: Tom van Mierlo, Frits Bovenberg, Yolande Voskes, Niels Mulder (2013). Werkboek HIC.

High en intensive care in de psychiatrie. Tijdstroom, Uitgeverij De

4.3.3 Uitvoering van verplichte zorg

Patiënten (en naasten) ervaren, over het algemeen, in grote mate ondersteuning wanneer hen uitleg wordt gegeven over de wetten ([brochure zorgmachtiging](#) en [brochure crisismaatregel](#)) en regels die te maken hebben met vrijheidsbeperkende maatregelen of toepassing van verplichte zorg. Bijvoorbeeld bij een verplichte opname of de inzet van noodmedicatie. Maar ook bij beperkingen met betrekking tot het ontvangen van bezoek of het tijdelijk niet gebruik mogen maken van een telefoon of computer. Dit geldt ook voor het bespreken van de afdelingsregels.

Vanuit patiëntenperspectief wordt benadrukt dat tijdens de uitvoering van verplichte zorg er aandacht moet blijven voor de individuele patiënt en wat hij/zij eventueel heeft omschreven in de zorgkaart of crisisplan. Interventies worden door iedere patiënt verschillend ervaren. Zo kan voor de ene patiënt een interventie thuis of op de eigen kamer in de kliniek veilig voelen, terwijl de andere patiënt dit juist als zeer onveilig ervaart. En kan het zijn dat de ene patiënt het fijn vindt om even alleen op zijn kamer te zijn, terwijl de andere hierdoor juist heel erg angstig wordt. Duidelijkheid over de regels versus ruimte voor individuele afspraken gaan hier hand in hand.

Uitgangspunt voor de uitvoering van verplichte zorg is dat dit plaatsvindt in een veilige omgeving. Professionals, patiënten, en naasten hebben de verantwoordelijkheid om met elkaar te zorgen voor maximale veiligheid voor de patiënt zelf en zijn of haar directe omgeving. Aandacht voor agressie naar (en van) anderen is daar onderdeel van.

Specifieke aandacht wordt (vanuit patiëntenperspectief) gevraagd voor mogelijke **suïcidale gedachten en/of suïcidaal gedrag** bij de uitvoering van verplichte zorg. Informatie hierover is onder andere te vinden in de paragraaf [behandeling, begeleiding en terugvalpreventie](#) van de Generieke module Diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag en in de bijbehorende [werkkaart](#).

4.3.4 Rapportage en evaluatie

Het is van belang om de inzet van verplichte zorg – maar ook de inzet van maatregelen ter voorkoming van verplichte zorg – achteraf met patiënt, naasten en overige betrokkenen te evalueren.

- Met welk doel is de interventie toegepast?
- Is het interventiedoel bereikt?
- Wat waren de ervaringen van de patiënt, de naasten en overige betrokkenen?

- Hoe kunnen dergelijke situaties in de toekomst voorkómen worden?

Op basis van deze evaluatie worden indien van toepassing het zorgplan en de crisisafspraken en crisis-signaleringsplannen aangepast. Deze evaluatie kan het beste worden ondersteund door middel van toetsbare rapportage en registratie van het gehele proces: het voorkómen van verplichte zorg, de indicatie en uitvoering. Naast de evaluatie van de interventies en het proces, is het vanuit patiëntenperspectief gewenst om samen met de professional te evalueren of de gemaakte afspraken en toezeggingen zijn nageleefd.

4.4 Het perspectief van de naasten

4.4.1 Inleiding

"Het uitgangspunt is dat naasten worden betrokken bij alle fases van de behandeling en daarmee ook in de fases van assertieve en verplichte zorg. "

Naasten zijn mensen uit de directe omgeving van personen met psychische aandoeningen en klachten. Het gaat om partners, ouders, vrienden, (volwassen) kinderen, broers en zussen, buren of collega's en overige naasten. Zij spelen vaak een belangrijke rol bij de signalering van psychische aandoeningen, bij de behandeling en bij het leven met een psychische aandoening. In sommige situaties kunnen naasten ook een rol spelen of hebben gespeeld bij het in standhouden of verergeren van psychische problematiek.

Zoals in de [Generieke module Naasten](#) staat beschreven, raakt een psychisch probleem niet alleen de patiënt zelf, maar ook diens naaste omgeving. De samenwerking met familie en naasten staat in dienst van het herstelproces van de patiënt. De wensen van de patiënt staan centraal, evenals het behoud van zijn netwerken en de veerkracht van zijn naasten. Ook vanuit draaglast/draagkracht of het kwetsbaarheid-stress-model zijn familie en naasten cruciale spelers in alle fasen. Mocht het contact zijn verbroken, tussen de patiënt en zijn directe naasten, is het van belang om met de patiënt te bespreken of en op welke wijze hij/zij het contact weer zou willen herstellen.

De [Generieke Module Naasten](#) beschrijft de volgende vier rollen voor naasten.

- De rol van informatiebron voor diagnostiek en monitoring.
- De rol van co-begeleider die daadwerkelijk in het (dwang)behandelplan van de patiënt participeert. In principe is dat geen rol voor een naaste als het om het beperken van bewegingsvrijheid gaat. In uitzonderlijk gevallen wel, maar alleen als het in het zorgplan is opgenomen en de naaste en patiënt het er mee eens zijn.
- De rol van mantelzorger voor persoonlijke zorg, praktische hulp of emotionele ondersteuning.
- De rol van zorgvrager, bijvoorbeeld vanwege overbelasting.

Deze rollen zijn binnen de gehele ggz van toepassing, ook binnen het kader van assertieve en verplichte zorg. Een naaste kan meer van deze rollen tegelijkertijd

vervullen. Naasten kunnen bijvoorbeeld ook om assertieve zorg vanuit de ggz vragen wanneer zij zien dat het slecht gaat met de patiënt (bijvoorbeeld meer depressie, psychose of verslaving) en diegene (nog) geen hulp wil accepteren.

Het is van belang om samen met de naasten hun rol te definiëren en deze in samenspraak concreet in te vullen. De [triadekaart](#) kan hierbij dienen als middel ter ondersteuning. Vervolgens worden er daadwerkelijke afspraken gemaakt met de naasten – in samenspraak met de patiënt – over deze invulling en worden deze afspraken gedocumenteerd en geëvalueerd. De rol van de naasten kan verschillend zijn vanuit een verschillende culturele context.

Naast de concrete invulling van de rol is het aan te raden dat naasten en professionals – in samenspraak met de patiënt – ook de tijd nemen om de huidige belasting versus de daadwerkelijke belastbaarheid te bespreken.

De patiënt bepaalt (buiten de gevallen waarin sprake is van een door de rechter benoemd vertegenwoordiger of een familielid in de zin familievertegenwoordiger) wie zijn naasten zijn en in hoeverre zij door de patiënt zijn gemachtigd. Tenzij de keuze van de patiënt schadelijk is voor zijn herstel en de patiënt door zijn psychische toestand niet in staat is om hier op adequate wijze over te oordelen en/of het gesprek hierover aan te gaan. Op het moment dat de keuze van de patiënt gezien wordt als schadelijk ligt de beslissing hierover bij de professional. Deze beslissing is gerelateerd aan de ernst van de situatie en vraagt naarmate de ernst toeneemt om meer verantwoordelijkheid van de professional. De patiënt heeft de mogelijkheid om tegen dit besluit in [beroep](#) te gaan. Op het moment dat het toestandsbeeld van de patiënt verandert, is het van belang om het gesprek over de naasten opnieuw te voeren. Naast het uitgangspunt dat de patiënt bepaalt wie zijn naasten zijn, bepaalt hij ook of en wanneer hij hier verandering in wil. Bij (langer durende) wilsonbekwaamheid zal er een vertegenwoordiger worden aangewezen.

Het uitgangspunt is dat naasten worden betrokken bij alle fases van de behandeling en daarmee ook in de fases van assertieve en verplichte zorg.

De Wvvggz geeft meer duidelijkheid over de rol van de naasten bij de toepassing van verplichte zorg binnen de ggz. Voor de concrete uitwerking hiervan en voor de rol die de familievertouwenspersoon hierin kan spelen is veel informatie te vinden op de website van de [Landelijke Stichting Familie vertrouwenspersonen](#) en op de website van [Ypsilon](#).

4.4.2 Wensen en ervaringen van naasten

Naasten voelen zich in de praktijk niet altijd voldoende betrokken en gehoord. Wanneer er sprake is van een eerste crisissituatie, waarbij naasten nog geen of nauwelijks kennis van en ervaring hebben met psychische ziektebeelden, komen zij in een nieuwe en onbekende wereld terecht. Zij kennen de weg niet en zien vaak door de bomen het bos niet meer.

Door ontbrekende kennis en ervaring van naasten is zoeken naar de [juiste wegen in de ggz](#) een haast onmogelijke opgave. Zeker wanneer er een Wvvggz-maatregel dreigt of

van toepassing is. Naasten geven aan in deze fase veel ondersteuning te ervaren door het ontvangen van psycho-educatie, begeleiding en training van vaardigheden.

In de achterbanraadpleging van [MIND](#) (n=531) hebben naasten gereageerd op een aantal vraagstukken. Daaruit komt de volgende informatie naar voren.

- Naasten denken dat verplichte zorg een matig tot redelijk positief effect heeft op herstel van de patiënt.
- Naasten denken dat de patiënt geen duidelijke voorkeur heeft voor verplichte zorg thuis of in een ggz-instelling, zolang de omgeving veilig en vertrouwd is.
- Naasten waarderen assertieve zorg wisselend. Het verleiden tot zorg waarderen ze relatief goed.
- Naasten geven aan dat verplichte zorg thuis alleen mag als patiënt én naaste(n) in een eerder stadium van de behandeling akkoord zijn gegaan.
- Naasten geven aan dat de patiënt zelf bepaalt wie zijn naaste(n) zijn.
- Naasten vinden dat zij altijd recht van spreken hebben, terwijl de patiënt zegt dat dit alleen mag als hij er weet van heeft.

4.5 Kwaliteitscriteria vanuit naastenperspectief

4.5.1 Inleiding

"Naasten en professionals kunnen elkaar van belangrijke informatie voorzien ten behoeve van het leveren van goede zorg voor de patiënt."

Naasten zien het als grote meerwaarde dat de professional, behalve over kennis en kunde over de te behandelen problematiek, ook beschikt over kennis van de context en het systeem van de patiënt. Daarmee staat de patiënt nooit los van zijn naasten.

4.5.2 Deskundigheid en communicatie

In veel gevallen zal de kennis over de problematiek, de mogelijke behandelinterventies en het mogelijke traject/perspectief bij de naasten onvoldoende zijn. Omgekeerd zal een naaste meestal veel meer weten over de voorgeschiedenis en het karakter van de patiënt dan de professional. Hierdoor is het risico op miscommunicatie en het verschil in verwachting bij beide partijen reëel aanwezig. De deskundigheid van de professional zal er daarom op gericht zijn goed naar het verhaal van de naasten te luisteren, de naasten gedegen te informeren, deze informatie aan te laten sluiten bij de kennis van de naasten en de tijd te nemen om de nieuwe inzichten bij de naasten te laten landen. In dat traject ontstaan bij de naasten bewustwording, herkenning en erkenning en wordt er voor hen een reële verwachting van herstel gecreëerd. Tegelijkertijd neemt bij de professional het inzicht in de situatie van de patiënt en diens naasten toe.

Andersom kan de deskundigheid van de professional erop gericht zijn de informatie die hij/zij van een naaste krijgt te integreren in de behandeling en begeleiding van de patiënt. Het is van belang om hierin onderscheid te maken tussen een situatie van

eerste contact met de hulpverlening en een situatie waarin dit al eerder heeft plaatsgevonden. Naast informatie over de situatie zelf zijn de ervaringen van de naasten over eerdere interventies van essentieel belang om mee te nemen in de keuze voor vervolgstappen. Ook is het belangrijk om signalen van naasten over een aanstaande crisis te horen. Naasten ervaren vaak een gebrek aan toegang tot de hulpverlening buiten kantoortijden om eventuele crisissignalen kenbaar te kunnen maken en overleg te voeren over een mogelijke crisissituatie. Het helpt naasten wanneer zij tijdig middelen (telefoonnummer van een crisiscentrum bijvoorbeeld) aangereikt krijgen om ook buiten kantoortijden contact te kunnen hebben met een professional.

De Wvvggz biedt nieuwe kansen en mogelijkheden voor het betrekken van naasten. Deze betrokkenheid van naasten is in overeenstemming met de rechtspraak van het EHRM, terwijl het Nederlandse (gezondheids)recht gewoonlijk meer waarde hecht aan de geheimhoudingsplicht van professionals en de expliciete toestemming van de patiënt. Het is van belang dit Europese perspectief voor ogen te houden. Het is daarbij verstandig om duidelijk te benoemen wat de rollen, taken, rechten en plichten zijn van naasten die betrokken (willen/mogen) blijven. Naasten kunnen een bijdrage leveren aan voorkóming van verplichte zorg omdat hun betrokkenheid escalatie kan voorkómen.

Als de patiënt zijn naasten niet bij de zorg wil betrekken en de naasten wel vragen hebben, kan de professional de volgende informatie geven zonder daarmee het beroepsgeheim te schenden:

- Algemene niet-patiëntgebonden informatie over ziekte en zorgprocessen.
- Wat de zorg betekent voor naasten in het algemeen en waar zij ondersteuning kunnen vinden.
- Informatie over de familievertrouwenspersoon en eventueel aanwezige familieraad.

In sommige situaties kan de professional ervoor kiezen om de volgende houding aan te nemen; 'Wij kunnen naar u luisteren, maar misschien niet op alles antwoorden'. Bij dit alles moet, ook gelet op het Europees perspectief, voor ogen worden gehouden dat het niet doenlijk is naasten bij de zorg van een patiënt te betrekken, zonder dat de naasten beschikken over bepaalde informatie. Hier lijkt sprake te zijn van een principiële tegenover een praktische benaderingswijze, waarbij (ook) de Nederlandse wetgever ervoor heeft gekozen dat naasten zo nodig over essentiële informatie moeten beschikken.

Bij overwegingen en toepassingen van vrijwillige, assertieve dan wel verplichte zorg dient de wettelijk vertegenwoordiger (bijvoorbeeld ouder) of de curator/mentor betrokken te worden. De bewindvoerder gaat slechts over de financiële zaken, waardoor die niet of op andere wijze geïnformeerd/betrokken kan worden.

4.5.3 Verantwoordelijkheid

In sommige gevallen is het mogelijk dat bepaalde toezichtstaken – altijd onder verantwoordelijkheid van de zorgverantwoordelijke en in overleg met de patiënt – gedeeltelijk worden overgelaten aan een naaste. Het is van belang dat er in deze

situatie goede afspraken zijn gemaakt over de uitvoering van deze taken en dat de bereikbaarheid van de hulpverlening (en eventuele vervangers) voldoende dekkend is voor de naaste om indien nodig terug te kunnen vallen op deskundigheid van anderen.

Stel dat verplichte medicatie in de thuissituatie wordt toegediend. Afhankelijk van de te verwachten bijwerkingen, kan het van belang zijn dat er iemand in de buurt blijft. Dat kan een professional zijn, maar ook een naaste, die in geval van bijwerkingen snel contact kan opnemen met de zorgverantwoordelijke. Uiteraard kan dit lang niet altijd zo worden vormgegeven, omdat familieleden niet altijd in staat zijn deze rol op zich te nemen of dat simpelweg niet willen. Bijvoorbeeld omdat zij zich niet voldoende bekwaam voelen, hun verstandhouding met de betrokkene verstoord is, of omdat ze een goede verstandhouding niet op het spel willen zetten.

De zorgverantwoordelijke blijft verantwoordelijk voor het leveren van de zorg. Verantwoord in dergelijke situaties is dat de zorgverantwoordelijke zich ervan vergewist dat de persoon aan wie het toezicht wordt overgelaten, in staat is die taak uit te oefenen en de consequenties van zijn handelen goed kan overzien. De zorgverantwoordelijke zorgt voor voldoende instructies en is op afroep beschikbaar op het moment dat de naaste(n) aangeven daar behoefte aan te hebben. Indien aan deze voorwaarden is voldaan kan de zorgverantwoordelijke, samen met naasten, op een verantwoorde wijze invulling geven aan het toezicht gedurende de periode van het toepassen van verplichte zorg. Een belangrijk aspect is dat er geen wettelijke plicht rust op naasten om zorg te dragen voor dergelijk toezicht. In artikel 2.2 van het [besluit verplichte ggz](#) is opgenomen dat de zorgverantwoordelijke naast de wens van de patiënt ook de belangen van de voor de continuïteit van zorg relevante naasten meeweegt in de keuze voor verplichte zorg buiten een accommodatie.

4.6 Het maatschappelijk perspectief

Vanuit de maatschappij bestaat het risico dat er vooroordelen zijn ten aanzien van personen met onbegrepen of gevaarlijk gedrag (stigma) en dat dit leidt tot een druk op het toepassen van de Wvvgg als oplossing voor maatschappelijke problemen.

Van belang is om hierbij niet uit het oog te verliezen dat er vaak angst en onwetendheid ten grondslag ligt aan deze ogenschijnlijke onverdraagzaamheid. Het is dan ook belangrijk om te blijven investeren in het verbeteren van de beeldvorming over de ggz en de beeldvorming over personen met verward gedrag (ook daar waar verward gedrag geen directe relatie heeft met de ggz). Meer kennis en een open en heldere communicatie zorgen voor minder onwetendheid.

Goede contacten en overleg met burens en omwonenden van patiënten, alsmede contact met wijkagenten en buurtregisseurs kunnen zorgen voor meer verdraagzaamheid en openheid. Alle betrokkenen hebben hierin, ieder vanuit zijn/haar eigen rol, een verantwoordelijkheid. Door het sneller inzetten van vrijwillige en assertieve zorg of andere preventieve maatregelen kan verplichte zorg zoveel mogelijk worden voorkómen bijvoorbeeld wanneer professionals uit de ggz en het sociale domein tijdig reageren op signalen uit de buurt.

Daarnaast kunnen GGZ-instellingen in samenwerking met de gemeente informatie avonden organiseren voor omwonenden en geïnteresseerden en kunnen ervaringsdeskundigen informatie geven over hun ervaringen over de bejegening door de omgeving.

De inzet van assertieve en verplichte zorg kan er ook op gericht zijn het risico op ernstig nadeel voor anderen (naasten, burens, omwonenden of meer in het algemeen de maatschappelijke veiligheid) weg te nemen. Bij de inzet van verplichte zorg blijven ook hier natuurlijk de principes van de Wvvgg geldig (een psychische aandoening veroorzaakt het risico op ernstig nadeel en de de principes van subsidiariteit, proportionaliteit, doelmatigheid en veiligheid). Verplichte zorg kan dus alleen worden toegepast wanneer lichter maatregelen (vrijwillige en assertieve zorg en drang) zijn geprobeerd of tenminste overwogen.

5. Verplichte zorg voorkómen

Autorisatiedatum 25-10-2021 Beoordelingsdatum 25-10-2021

5.1 Inleiding

5.1.1 Algemeen

"Mensen die lijden aan ernstige psychiatrische aandoeningen, zoals een zeer ernstige depressie, psychose of verslaving, hebben soms geen hulpvraag bij de ggz. Zij voelen zich bijvoorbeeld totaal waardeloos, of bedreigd door de veiligheidsdienst en hebben niet het idee dat de ggz hier iets aan kan doen (motivatieparadox)."

Om verplichte zorg te voorkómen zijn matched care (het afstemmen van de behandeling op de specifieke kenmerken van de patiënt) en assertieve interventies van belang. Assertief betekent in dit geval: op initiatief van de professional, inzetten op motiveren en contact maken, met een zekere vasthoudendheid. Dit betekent dat de zorg zoveel mogelijk ambulant plaatsvindt en er pas verplicht wordt opgenomen in een ziekenhuis wanneer daar noodzaak toe is. Dat impliceert dat een aanzienlijk deel van de zorg wordt verleend daar waar de patiënt zich bevindt, hetgeen vaak in de thuissituatie zal zijn.

Om verplichte zorg te voorkómen, is het noodzakelijk dat de professionals die zorg bieden binnen het vrijwillige kader voldoende ruimte hebben om 'verplichte zorg voorkópende interventies' uit te voeren. Eventueel wordt gebruik gemaakt van assertieve (door professionals geïnitieerde) interventies die beogen contact te maken. Volgens de beginselen van 'matched care' wordt de zorg afgestemd op de individuele patiënt en ligt de focus op de intensiviteit van (assertieve) zorg die past bij de zorgbehoeften. Deze zorgbehoeften kunnen vanuit de patiënt zelf of zijn naasten zijn geformuleerd. Bijvoorbeeld hulp bij praktische zaken zoals het saneren van schulden of het verminderen van psychiatrische symptomen. Of vanuit de omgeving die het zelf niet lukt contact te maken met iemand met psychotische symptomen die zichzelf ernstig verwaarloost.

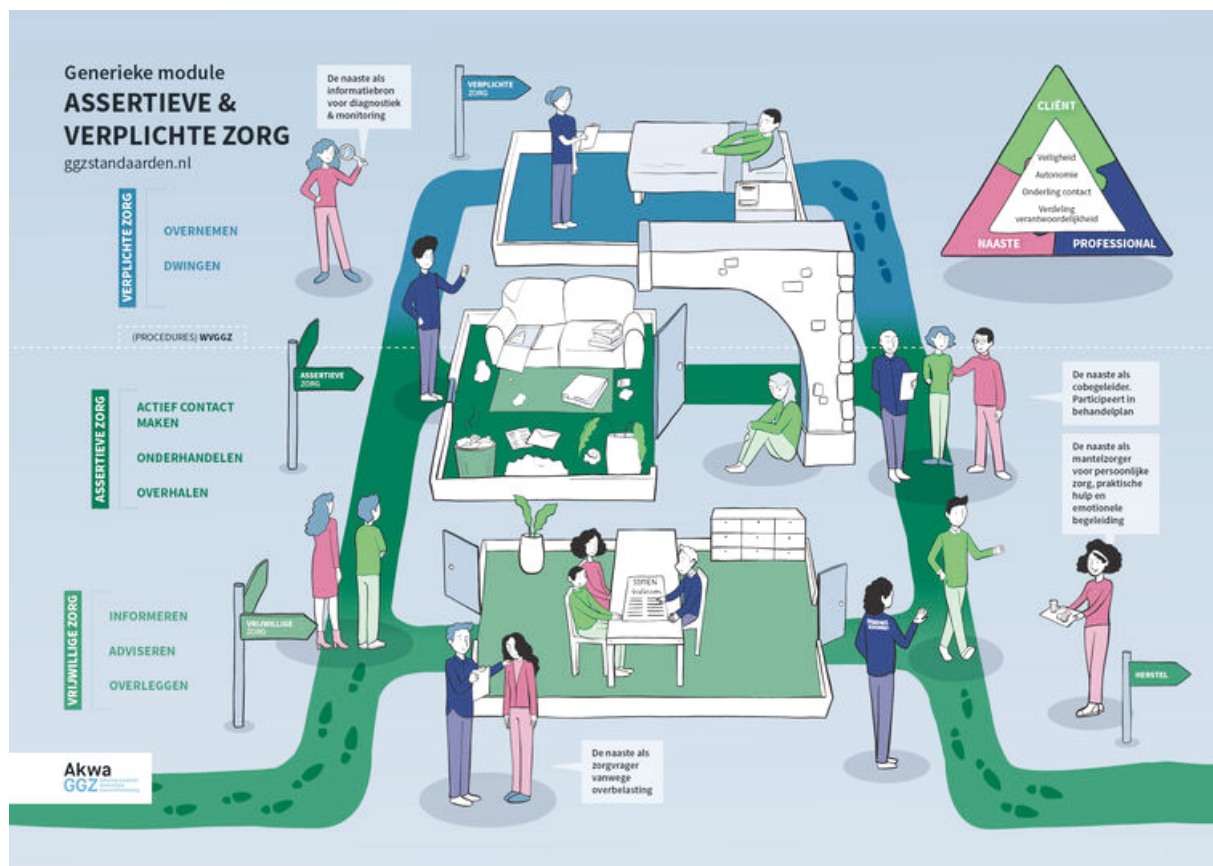
5.1.2 De motivatieparadox

Mensen die lijden aan ernstige psychiatrische aandoeningen, zoals een zeer ernstige depressie, psychose of verslaving, hebben soms geen hulpvraag bij de ggz. Zij voelen zich bijvoorbeeld totaal waardeloos, of bedreigd door de veiligheidsdienst en hebben niet het idee dat de ggz hier iets aan kan doen. Uit onderzoek blijkt dan ook dat er een omgekeerd verband bestaat tussen de ernst van de symptomen en de mate waarin iemand gemotiveerd is om hulp hiervoor te zoeken.

Bron: Mulder CL, Jochems E, Kortrijk HE. The motivation paradox: higher psychosocial problems in severely mentally ill patients are associated with less motivation for treatment. Social Psychiatry Psychiatric Epidemiology 2014; 49: 541-548

Dit omgekeerde verband, ook wel 'motivatieparadox' genoemd, heeft voor de praktijk een betekenis. Wanneer professionals deze paradox herkennen, is het goed om te kiezen voor een actieve opstelling naar de patiënt, met als doel contact proberen te maken en deze negatieve vicieuze cirkel te doorbreken. Dit kan bijvoorbeeld door [motiverende gespreksvoering](#) of met behulp van kennis over de Roos van Leary en door te proberen een vorm van behandeling te starten.

Wanneer professionals en naasten niet kiezen voor een actieve opstelling, bestaat er een grotere kans dat de symptomen verergeren waarbij er risico kan ontstaan op ernstig nadeel voor de persoon zelf of diens omgeving. Dan kan het toepassen van verplichte zorg het enig overgebleven middel zijn. Herkennen van de motivatieparadox is dus belangrijk voor de praktijk. Dit is ook een van de redenen waarom het gewenst is dat professionals met ggz-deskundigheid actief contact zoeken en behandeling aanbieden. Zij kunnen zo het gebrek aan motivatie voor behandeling, veroorzaakt door de aandoening zelf, proberen op te heffen.



5.2 Het voorkómen van verplichte zorg

5.2.1 Inleiding

"Het voorkómen van verplichte zorg richt zich in de allereerste plaats op het contact maken en motiveren van de patiënt om samen verbeteringen of herstel van de kwaliteit van leven te bewerkstelligen. Het perspectief van de patiënt staat centraal."

Onder het voorkómen van verplichte zorg vallen handelingen, ondersteuning, behandelen en bejegeningswijzen, maatregelen en beleid, die zowel gericht zijn op het voorkómen van een Wvggz-maatregel zelf als op het voorkomen van verdergaande verplichte zorg tijdens een Wvggz-maatregel. Een voorbeeld betreft het toepassen van verplichte zorg thuis (bijvoorbeeld medicatie onder verzet toedienen). In veel gevallen is assertieve zorg, motiveren, actief contact maken, onderhandelen of onder druk zetten nodig om verplichte zorg te proberen te voorkomen.

5.2.2 Aansluiting zoeken

Bij het overhalen of verleiden tot zorg van mensen die afwijzend staan tegenover hulp voor hun psychische aandoening, probeert de professional bijvoorbeeld om een patiënt (praktische) hulp te bieden bij datgene wat hij of zij wél wil. Het doel hiervan is ingang te krijgen en proberen het gesprek over behandeling te openen. Soms resulteert dit in acceptatie van zorg, waar iemand dit eerder afhield. Het tegelijk aanbieden van ondersteuning (bijvoorbeeld vanuit het sociaal domein) en het aanbieden van behandeling vanuit de ggz is belangrijk omdat die combinatie kan leiden tot snellere acceptatie van zorg, en vermindering van de kans op het moeten toepassen van de Wvggz, dan wanneer het één of het ander wordt gedaan.

5.2.3 Ongevraagd zorg leveren

Bij assertieve zorg wordt er ongevraagd hulp geboden. Dit gebeurt als het geen optie is om af te wachten tot een patiënt zelf om hulp vraagt. Er is bijvoorbeeld sprake van dreigend gevaar, vermoeden van [huiselijk geweld](#) of dreiging van ernstige verwaarlozing. Geen hulp zoeken of het weigeren van hulp is niet altijd een keuze maar kan een gevolg zijn van onmacht, onvermogen, wilsonbekwaamheid en/of de psychiatrische symptomen zelf (zie boven bij 'motivatieparadox'). Bij assertieve zorg bepaalt de professional of er sprake is van onmacht en onvermogen om hulp te vragen.

De verantwoordelijkheid voor het contact zoeken en aanbieden van hulp ligt bij assertieve zorg primair bij de professional. De hulp wordt assertief aangeboden. Dat wil zeggen dat de hulpverlener zelf actief contact zoekt, initiatief neemt om in contact te komen en vertrouwen op te bouwen. Hij houdt vol, zo nodig langdurig, zo lang als verantwoord, en zet veel creativiteit in om een werkrelatie op te bouwen. Hij combineert praktische ondersteuning met begeleiding en behandeling om zodoende de patiënt te helpen bij het oplossen van problemen (bijvoorbeeld door wekelijks samen de post open

te maken en door te nemen). Hij zal handelingen overnemen als de patiënt niet in staat is te handelen.

5.2.4 Voor wie is deze assertieve zorg bedoeld?

Het gaat hier om mensen met, een vermoeden van, een of meer psychische aandoeningen (inclusief verslaving) al dan niet in combinatie met een [lichte verstandelijke beperking](#). Het gaat om mensen die op allerlei leefgebieden in (ernstige) problemen zijn geraakt (of risico lopen op terugval) en hiervoor zelf geen hulp vragen of zoeken. Een zorgwekkende situatie kenmerkt zich onder meer door de aanwezigheid van ernstige psychiatrische symptomen, agressief, bizar of [suïcidaal gedrag](#), slechte zelfzorg, ernstige vervuiling van de woning of directe omgeving, gezondheidsproblemen en, gevaar voor eigen leven. Maar ook: verwaarlozing van huisdieren, financiële en administratieve problematiek met dreigende uithuiszetting en vergelijkbare situaties.

5.2.5 Interventies ter voorkoming van verplichte zorg

Interventies ter voorkoming van verplichte zorg zijn divers en in te delen naar intensiteit. Van minimaal invasieve interventies (actief contact maken, motiveren en onderhandelen) naar stevige drangmaatregelen. Actief contact maken kan overgaan in onderhandelen en dit kan overgaan in onder druk zetten. Of de professional de assertieve zorg en eventueel drang minimaal, matig, stevig of maximaal inzet, hangt af van de aard, ernst en de te verwachten ontwikkeling van de problemen en ook van de urgentiegraad en de motivatie van de patiënt om hulp en ondersteuning te accepteren.

De eerste stappen richten zich op het contact maken met en het motiveren van de patiënt om samen verbeteringen of herstel van de kwaliteit van leven te bewerkstelligen. Het gaat er dan om de mogelijkheden tot het verhogen van de intrinsieke motivatie van de patiënt voor behandeling en zorg te ontdekken en te benutten.

In de assertieve zorg zal de professional de mate van inzet laten aansluiten bij de motivatie van de patiënt. Door naast de patiënt te staan, te onderzoeken waar iemand last van heeft en, op zoek te gaan naar delen van een gemeenschappelijk verklaringsmodel, parallel aan het bieden van ondersteuning op levensgebieden waar de patiënt misschien wel iets wil. Als dit te langzaam gaat vanwege de urgentie, de aard en de ernst van de problemen, zal de professional de drang versterken en dus acties ondernemen om de extrinsieke motivatie aan te spreken.

5.2.6 Gradaties van assertieve zorg

Er zijn verschillende gradaties van assertieve zorg te onderscheiden

Minimale assertieve zorg

Kenmerken zijn: actief contact maken, adviseren, motiverende gespreksvoering, onderhandelen, psycho-educatie, praktische ondersteuning, aandringen en eventueel

gevaar benoemen. Er is sprake van een minimale vorm van assertieve zorg als er enige urgentie en ernst bestaat en de patiënt geen of een lage autonomie of motivatie heeft.

Deze vorm van assertieve zorg wordt niet alleen door professionals toegepast. Meestal doen een partner, kinderen, een vriend en/of andere naaste(n) die betrokken zijn bij de patiënt dit ook. Al dan niet in samenwerking met een professional. De naaste probeert de patiënt te motiveren om hulp te vragen of te aanvaarden, ingegeven door het streven om autonomie te behouden en te vergroten. De handelingen en gesprekken zijn erop gericht om een verslechtering van de situatie met een toenemend risico op verplichte zorg te voorkomen en om een verbetering teweeg te brengen. Deze interventie wordt ingezet om de patiënt te motiveren hulp te zoeken of te aanvaarden. Er is steeds sprake van een vrijwillig kader. Omdat op naasten, anders dan bij professionals, geen beroepsgeheim rust, mogen professionals naasten vragen om informatie, waarbij het gesprek met naasten bij voorkeur plaatsvindt in (digitale) aanwezigheid van de patiënt.

Assertieve zorg met inzet van beloning

Kenmerken zijn als bij minimale assertieve zorg (zie boven), waarbij er ook een zekere drang toegepast kan worden. Er is urgentie en ernst op een bepaald leefgebied, de patiënt heeft geen of een lage eigen motivatie. Deze assertieve zorg met inzet van drang vindt plaats binnen een vrijwillig kader. De patiënt kan wel of niet hierop ingaan.

Bij deze vorm van drang heeft de professional een concreet voorstel voor de patiënt met de bedoeling de patiënt snel te helpen en in een behoefte te voorzien. Daarin is onderhandelen met de patiënt een belangrijk onderdeel, want deze heeft een keuze: wel of niet op het voorstel ingaan. Uiteindelijk is de professional gericht op het motiveren van de patiënt om hulp te aanvaarden voor de langere termijn, ook hulp op andere leefgebieden.

Het aanbod, eventueel in de vorm van een beloning, maar ook de gesprekken zijn erop gericht een actueel probleem op te lossen of een behoefte te vervullen. Er zijn talloze varianten waarbij de professional de patiënt een beloning kan aanbieden om een actueel probleem op te lossen en op langere termijn de motivatie voor begeleiding te realiseren. Een warme plek aanbieden bijvoorbeeld, een kopje koffie, een maaltijd of kleding in ruil voor begeleiding op langere termijn, et cetera.

Voorbeelden van interventies zijn: Winterkouderegeling, [Housing first](#), Money for medication

Bron: Noordraven E, Wierdsma AI, Blanken P, Bloemendaal T, Mulder CL. Money for medication: the effects of an RCT. *Lancet Psychiatry* 2017; Mar;4(3):199-207. doi: 10.1016/S2215-0366(17)30045-7.

en andere vormen van [contingency management](#) .

Assertieve zorg met drang ter voorkóming van verplichte zorg

Wanneer verplichte zorg dreigt kan drang geïntensiveerd worden; in deze vorm van drang staat herhaaldelijk en vasthoudend contact voorop, met daarbij motiveren (de gespreksvoering) en eerder genoemde methodieken. Er is sprake van een matige drang: er zijn ernstige problemen op meerdere leefgebieden, maar niet persé grote urgentie. De patiënt heeft geen of een lage eigen motivatie. Er is sprake van een vrijwillig kader.

Er zijn patiënten die worden aangemeld voor assertieve zorg als er sprake is van ernstige psychiatrische symptomen, complexe problemen op meerdere leefgebieden en geen motivatie voor hulp. Er is sprake van enige urgentie en er zijn forse zorgen. De professional zal in dit geval steeds weer aan de patiënt duidelijk proberen te maken welke eisen de omgeving stelt en soms waarschuwingen laten horen. Indien het contact moeizaam tot stand komt, de patiënt niet gemotiveerd is of raakt en/of beperkt is in daadkracht, kan de assertieve zorg langdurend van aard zijn.

Inzet kan onderdeel zijn van: [\(F\)ACT](#) of poliklinische inzet, ambulante woonbegeleiding en andere zorgaanbieders, ook uit het sociaal domein voor het oplossen van de sociale problemen.

Voorkómen van verplichte zorg met de "dreiging" van extra maatregelen

Bij deze vorm van drang is er meestal sprake van een specifiek risico, bepaald gedrag of een omschreven situatie waarin een ernstig urgent probleem speelt. Er is sprake van een sterke drang door "dreiging" met een Wvggz maatregel of een officiële waarschuwing. De patiënt heeft geen of een lage eigen motivatie of het contact komt niet echt tot stand. Er is sprake van een beperkt vrijwillig kader.

Drang met de inzet van extra maatregelen is een benadering als alle voorgaande vormen van assertieve zorg en contact zoeken niet het gewenste resultaat hebben. Of als er sprake is van een hoge urgentie. Bij deze vorm van drang legt de professional de patiënt een keuze voor: óf de begeleiding wordt aanvaard óf er wordt een procedure voor een Wvggz maatregel gestart. Zie in paragraaf 4.2 hoe hier vanuit patiëntenperspectief naar wordt gekeken.

Inzet kan onderdeel zijn van bijvoorbeeld: [\(F\)ACT](#), poliklinieken, Intensive Home Treatment [\(IHT\)](#).

Voorkómen van verplichte zorg tijdens een Wvggz-maatregel

Bij deze vorm van drang heeft de patiënt al een Wvggz-maatregel. Er is echter een keuzemogelijkheid om de uitvoering van een bepaalde vorm van verplichte zorg te voorkómen door mee te werken aan de verplichte zorgmaatregelen die zijn vastgesteld. Bijvoorbeeld het meewerken aan de zorg aangeboden door het FACT-team (zoals het accepteren van huisbezoeken en/of medicatie) en eventueel meewerken aan de zorg vanuit een sociaal wijkteam (zoals het meewerken aan schuldsanering). De patiënt heeft een lage of middelmatige eigen motivatie, wellicht extern ingezet door de Wvggz maatregel. Er is sprake van een onvrijwillig kader en het gaat om een sterke vorm van

drang. Door het meewerken aan deze vormen van behandeling en ondersteuning vanwege de drang die uitgaat van een Wvggz maatregel, kunnen verplichte zorg en ook intensievere vormen van verplichte zorg (zoals een verplichte opname opname) worden voorkomen.

Wvggz maatregelen (verplichte zorg) in het kader van de Wvggz kunnen door de zorgverantwoordelijke worden toegepast, zonder dat de patiënt daarmee in hoeft te stemmen. De verplichte zorg maatregelen zijn individueel opgesteld, en begeleiding en/of behandeling is vrijwel altijd een belangrijk onderdeel van deze maatregelen.

Er is sprake van een Wvggz kader en de begeleiding/behandeling vindt plaats onder stevige drang. Desalniettemin gaat er ook bij deze vorm van drang een positieve prikkel uit van de maatregel. Als de patiënt zich houdt aan de zorg, bijvoorbeeld door begeleiding en medicatie te accepteren en zich in te zetten om problemen op te lossen of risicovol gedrag te verminderen, dan zal de maatregel mogelijk na enige tijd kunnen worden ontbonden of tenietgedaan.

Inzet vanuit bijvoorbeeld: [\(F\)ACT](#) in de ggz, Forensisch FACT, samen met het sociaal domein (wederkerigheidsprincipe).

Voorkómen van verplichte opname met zeer intensieve zorg thuis

Hierbij gaat het om drang en soms om verplichte zorg in de thuissituatie binnen een juridisch kader. Bijvoorbeeld een zorgmachtiging. De vormen van verplichte zorg die gegeven kunnen worden staan vermeld in de beschikking van de rechter die ten grondslag ligt aan de zorgmachtiging. Te denken valt aan verplichte medicatie. Er is beperkte keuzemogelijkheid voor de patiënt. De behandelaar heeft ervoor gekozen om thuis intensieve behandeling te geven vanwege een ernstige situatie, bijvoorbeeld een risico op een recidief psychose. Dit in een uiterste poging om een verplichte opname te voorkómen. De patiënt heeft geen of zeer beperkte eigen motivatie en er is sprake van een onvrijwillig kader. De aard, ernst en urgentie van de problematiek zijn zeer groot.

Verplichte zorg thuis is alleen gewenst wanneer deze veilig en doelmatig kan worden toegepast. Ook hierbij geldt dat de wensen en voorkeuren van de patiënt zoveel mogelijk worden gehonoreerd.

"De afweging of dwangzorg in een thuissituatie mogelijk is, is sterk afhankelijk van de zorgbehoeften van betrokkene (zoals bijvoorbeeld verwoord in de zorgkaart), zijn leefsituatie en van de (mantel)zorgkring die hem omringt. En is daarmee situatie- en persoonsafhankelijk." ([Besluit verplichte ggz](#)).

De professionals (uit de ggz en eventueel aangevuld met professionals uit het sociaal domein) die deze intensieve thuisbehandeling aanbieden, bieden hulp aan de patiënt en de direct betrokken naasten op alle noodzakelijke levensgebieden. Dit heeft mede als doel dat een verplichte opname kan worden voorkomen. Er wordt een goede risico-inschatting gemaakt en een behandelplan opgesteld. Naasten en patiënt zijn nauw betrokken bij de plannen en de stappen die de teamleden zetten om de situatie te stabiliseren en (verergering van) de crisis te overkomen. Bij deze vorm van drang

passen de professionals alle methodieken van assertieve zorg toe: actief contact maken, presentiebenadering, motiveren, onderhandelen en adviseren.

Inzet vanuit: [\(F\)ACT](#), poliklinieken, [IHT](#), soms ook vanuit het sociaal domein.

5.2.7 Perspectief van de patiënt bij het voorkómen van verplichte zorg

Het voorkómen van verplichte zorg richt zich in de allereerste plaats op het contact maken en motiveren van de patiënt om samen verbeteringen of herstel van de kwaliteit van leven te bewerkstelligen. Dit gebeurt door naast de patiënt te staan en te onderzoeken wat zijn of haar wensen zijn en waar hij of zijn last van heeft en op zoek te gaan naar delen van een gemeenschappelijk verklaringsmodel. Door te onderzoeken waar de wensen van de patiënt liggen en langs welke weg de professional en patiënt samen stappen kunnen nemen, zoeken zij naar intrinsieke motivatie. Daarnaast wordt met de patiënt gewerkt aan het behandelplan en eventuele crisisafspraken en kan er, bijgestaan door de zorgverantwoordelijke, een naaste of een patiëntvertrouwenspersoon, een [zorgkaart](#) worden opgesteld. Ervaringsdeskundigen kunnen zich vaak goed inleven in een patiënt, waardoor deze zich sneller en beter begrepen kan voelen. Om het patiëntenperspectief goed naar voren te laten komen, kan de inzet van ervaringsdeskundigen helpend zijn.

Bejegening

Een respectvolle en herstelgerichte bejegening is een onmisbare pijler bij het voorkómen van dwang. De professional dient oog te hebben voor de beleving en de behoeften van de patiënt. Zowel wat betreft contact (tijd, aandacht, geduld en begrip) als wat betreft praktische zaken (eten, drinken, een schoon bed). Een gelijkwaardige bejegening, draagt bij aan motivatie, betrokkenheid en therapietrouw.

Eerste contact als basis voor vertrouwen

Bijzondere aandacht verdient het eerste contact tussen de patiënt en professional. Tijdens dit contact wordt de basis gelegd voor het vertrouwen tussen professional en patiënt. Een voorbeeld van een model dat aansluit bij een vertrouwenwekkende bejegening in de kliniek, is het 'Model van de eerste vijf minuten bij opname'.

Bron: Stringer B, Welleman R, Berkheij E, Keppel P, Kleve J. De eerste vijf minuten: het halve werk. Deventer: GGZ Ingeest; 2009

Dit model laat zien hoe de patiënt vriendelijk en gastvrij wordt ontvangen op de opnameafdeling. De professional probeert contact te maken met de patiënt en informeert naar de eerste behoeften. De beoordeling van eerder betrokken professionals wordt niet zonder meer overgenomen. De professional maakt een eigen inschatting van de situatie en beoordeelt zelf hoe daarmee om te gaan. In geval van een klinische

opname blijken de eerste vijf minuten van een nieuwe dienst ook cruciaal. Verpleegkundigen dragen niet meer eerst informatie over in het kantoor, ze stellen zich eerst voor aan de patiënten die ze gaan begeleiden. De vroege dienst introduceert de late bij de patiënt. Het rapporteren gebeurt met een laptop op de afdeling, samen met de patiënt.

Tenslotte dient een patiënt te weten tot wie hij zich kan wenden, zowel tijdens als buiten kantooruren. In een klinische setting dient er altijd een professional aanwezig en beschikbaar te zijn voor contact met patiënten, ook tijdens overdrachtsmomenten.

Continuïteit van contact als basis voor vertrouwen

Bij het opbouwen van het contact, bijvoorbeeld als onderdeel van assertieve zorg, probeert de professional het vertrouwen te winnen van de patiënt. Wanneer dit na korte of langere tijd is gelukt, is het belangrijk dat deze professional ook in staat is om het opgebouwde vertrouwen verder uit te bouwen door samen met de patiënt en diens naasten de behandeling en begeleiding verder vorm te geven. De professional is zich ervan bewust dat het overdragen van deze patiënten aan anderen kan leiden tot een vertrouwensbreuk waardoor schade optreedt in het vertrouwen in de hulpverlening. Dit kan de continuïteit van de behandeling en begeleiding verstoren. Indien een overdracht onvermijdelijk is dient dit door middel van een 'warme overdracht' plaats te vinden.

5.2.8 Het perspectief van de professional bij het voorkómen van verplichte zorg

Professionals die proberen om verplichte zorg te voorkómen kunnen te maken krijgen met complexe en soms ook onvoorspelbare en zelfs onveilige situaties. Het werken binnen deze zorg is lastiger te plannen en vergt vaak meer van de flexibiliteit van de professional. De benodigde competenties worden in het hoofdstuk over de organisatie van zorg verder uitgewerkt. Naast de benodigde competenties is het van belang dat de organisatie veilig handelen ondersteunt en:

- Oog heeft voor de veiligheidsrisico's, ook bij huisbezoeken.
- De mogelijkheid biedt om outreachend te werken.
- Ervoor zorgdraagt dat fysieke ruimtes veilig en schoon zijn.
- Momenten van reflectie mogelijk maakt (intervisie, (beknopt)moreel beraad).
- Een model implementeert dat gericht is op de evaluatie van incidenten.

Bovenal is het belangrijk dat professionals zich realiseren dat het normaal is dat deze vorm van zorgverlening persoonlijke impact kan hebben en dat het normaal is om zelf bij anderen om hulp te vragen. Er kunnen situaties ontstaan waarin iemand zich onveilig voelt en het goed is om hierover met collega's in gesprek te gaan. Tot slot is het belangrijk om stil te staan bij het feit dat een professional soms moet handelen tegen de wil van de patiënt in, om goed te doen en geen schade te berokkenen. Er zijn situaties waarin een professional moet ingrijpen om erger te voorkomen. Bijvoorbeeld om de veiligheid van zichzelf en/of anderen op de afdeling te waarborgen.

Voorkómen van verplichte zorg tijdens (verplichte)opname

Tijdens een opname kan een patiënt niet mee willen werken aan behandeling of kunnen er onveilige situaties ontstaan waardoor toepassingen van verplichte zorg noodzakelijk worden (bijvoorbeeld nood/verplichte medicatie of insluiting). De toepassing hiervan wordt besproken onder hoofdstuk 5.3 (Inhoud van verplichte zorg) en het vereist vaardigheden van zorgverleners (zie onder 6.4 Competenties) om escalaties te voorkomen, mogelijkheden tot het bieden van 1 op 1 begeleiding, evenals goede ruimtelijke voorzieningen zoals de aanwezigheid van een Intensive Care Unit of een Comfort Room.

Betrekken van naasten bij het voorkómen van verplichte zorg

Het betrekken van een naaste bij huisbezoeken en andere besprekingen is wenselijk en kan rust en duidelijkheid geven. Als naasten een actieve rol spelen, kan bovendien het onnodig inroepen van professionele hulp worden teruggedrongen. Dit kan bijvoorbeeld in Peer supported Open Dialogue ([PoD](#)) of in [resourcegroepen](#), waarbij naasten vanaf het begin van de behandeling worden betrokken.

Bron: Leeman E, Bahler M, Bovenberg F, Dorleijn M, Goor L van, Kreuger T, Kroon H, Mulder N. Praktijkboek Resourcegroepen ISBN 978 90 5898 045 8; Utrecht, De Tijdstroom 2020

Soms is er sprake van een moeilijke interactie of verstoorde relatie tussen patiënt en naasten. Dan is het van belang om te proberen de relatie te herstellen. Naasten spelen immers een belangrijke rol in het leven van de patiënt en kunnen ondersteunend zijn bij de behandeling en het herstel.

Overbelasting van naasten en angst voor de patiënt en diens gedrag voortkomend uit de psychische aandoening kunnen een rol spelen bij crisis. Dan kunnen psycho-educatie (inclusief coaching en training) en/of systeeminterventies worden toegepast. Deze interventies worden aangepast aan de behoeften van de naasten, de verschillende fases van het ziekte- en herstelproces, en afhankelijk van de relatie die de naaste heeft met de betrokkene. Psycho-educatie kan gericht zijn op de stoornis zelf of specifiek op een acute situatie. Indien de patiënt een gezin heeft, kunnen naasten worden betrokken bij gezinsbehandeling, om zo een verplichte opname te voorkomen. Zie Generieke module Samenwerking en ondersteuning naasten van mensen met psychische problematiek. Naasten kunnen ter ondersteuning van zichzelf ook gebruik maken van een familievertrouwenspersoon.

De aanwezigheid van naasten kan voor de patiënt een vertrouwd gevoel geven en de crisissituatie beter doen laten verlopen. Zeker als het gaat om ouders van kinderen of jongeren of een partner. Ten tijde van een crisis of voorafgaand aan verplichte zorg kan er in een klinische setting daarom gekozen worden voor rooming-in. Dit houdt in dat een familielid of partner bij de patiënt op de afdeling blijft slapen. Ook voor hén kan het prettig zijn om hun dierbare niet alleen te laten.

5.2.9 Het maatschappelijk perspectief bij het voorkómen van verplichte zorg

Vanuit maatschappelijk perspectief is het wenselijk dat burgers indien nodig de verantwoordelijkheid nemen om hulp in te schakelen voor kwetsbare medeburgers met een psychische aandoening, bijvoorbeeld bij dreiging van gevaar voor een medeburger zelf of de omgeving. Zij kunnen dan een melding doen bij het gemeentebestuur waar de betrokkene woonachtig is.

Wanneer er in een gemeente een melding wordt gedaan over een dergelijk persoon (in de volksmond "persoon met verward gedrag" genoemd), stelt de gemeente een onderzoek in. Het is hierbij van belang om (onterechte) reputatieschade van de patiënt zoveel mogelijk te voorkómen dan wel binnen de perken te houden. Ook dient er oog te zijn voor het principe van rechtsgelijkheid. Burgers hebben de behoefte aan een veilige woon- en leefomgeving. Het komt voor dat zij te maken krijgen met overlast waardoor zij boosheid, bezorgdheid of irritatie kunnen gaan voelen. Wanneer er sprake is van overlast in een woning door een burger met een psychische aandoening is directe ondersteuning vanuit de ggz, en in samenwerking met professionals vanuit het sociaal domein, altijd een belangrijke voorwaarde. Geprobeerd wordt om dakloosheid met mogelijk zeer ernstige persoonlijke gevolgen voor de patiënt te voorkomen. Wanneer het in deze situaties om een psychische aandoening gaat als directe oorzaak voor overlast of voor een crisissituatie (waarbij de inzet van verplichte zorg wenselijk of noodzakelijk is), is de gespecialiseerde ggz, vanwege zijn specialistische kennis en eventuele assertieve benadering een onmisbare schakel in de hulpverlening rondom deze patiënt.

Daarnaast is een intensieve samenwerking tussen de ggz en andere professionals in de keten nodig. Bijvoorbeeld met een woningbouwvereniging, een wijkteam, een wijkagent of buurtregisseur, maar ook met de door de patiënt bepaalde naasten.

Vanuit het oogpunt van privacy dient tevens zeer terughoudend te worden omgegaan met het delen van persoonlijke informatie over de patiënt aan derden. Door zoveel mogelijk samen te werken op het niveau van de patiënt en in het bijzijn van de patiënt en diens naasten ("niets over ons, zonder ons") kunnen privacy problemen zoveel mogelijk worden voorkomen. Voor professionals is het van belang naasten en buurtgenoten goed te informeren, maar privacygevoelige informatie niet te delen, om te voorkomen dat naasten en buurtgenoten de acties die worden gedaan of nagelaten niet begrijpen en het gevoel 'ze doen niets' te vermijden.

Iedere betrokken partij (bijvoorbeeld de patiënt, naasten, omwonenden, ggz, woningbouwvereniging, politie, gemeente) heeft haar eigen belangen en deze belangen kunnen in strijd zijn met elkaar. Dit kan voor veel emoties, misverstanden en conflicten zorgen.

Het is en blijft een ethisch vraagstuk: 'welk belang weegt het zwaarst? Het recht van de patiënt op veilig wonen of het recht van de directe omgeving op veilig wonen? In de ideale situatie worden beiden partijen gelijk en rechtvaardig gediend. Dit is echter niet altijd realiseerbaar. Het is voor de professional van belang zorgvuldige afwegingen te maken en te blijven kijken naar het perspectief van de patiënt gezien de reeds

aanwezige kwetsbaarheid, de rechtsbeleving van de patiënt en mogelijke in de buurt levende ervaringen en vooroordelen.

Een heldere en zo open mogelijke communicatie met alle betrokkenen helpt voor het creëren van duidelijkheid en zo veel mogelijk efficiëntie. Het moet voor alle betrokken partijen duidelijk zijn welk en wiens belang op dat moment voorop staat en waarom.

5.2.10 Risicotaxatie als onderdeel van het voorkómen van verplichte zorg

Het taxeren van het risico op gevaarlijke situaties kan in bepaalde gevallen een belangrijk middel zijn om verplichte zorg te voorkómen. Professionals op acute opnameafdelingen bijvoorbeeld dienen structureel de risico's op suïcidaal en zelfbeschadigend gedrag en agressie te taxeren. Deze risico-inventarisaties moeten in teamverband besproken worden. Uit onderzoek is gebleken dat door het bespreken van de risico's het aantal agressie-incidenten en de duur van separatie afneemt.

Bron: Sande R van de, Nijman H, Noorthoorn, Wierdsma AI, Hellendoorn E, Staak C van der, Mulder CL. Reduction of aggressive incidents and seclusion by means of short term risk assessment on acute psychiatric wards, a cluster randomized trial. British Journal of Psychiatry 2011; 199: 473-478.

Door tijdig te signaleren of er een verhoogde kans is op een van deze gedragingen, kan er adequaat worden ingespeeld op de situatie van individuele patiënten. Eventuele toepassingen van verplichte zorg zoals separatie kunnen daarmee voorkomen worden. Nadere uitwerking over het gebruik van risicotaxatie-instrumenten volgt in het hoofdstuk over kwaliteitsindicatoren.

Ook ambulant is het belangrijk om risico's waaronder [suïcidaliteit](#), homicidaliteit, risico op [huiselijk geweld](#), verwaarlozing van kinderen, zelfverwaarlozing en maatschappelijke teloorgang steeds goed te monitoren. Dat is mogelijk door regelmatig expliciet naar dit soort risico's te vragen en huisbezoeken te doen. Bij verdenking op ernstige schulden kan bijvoorbeeld samen met de patiënt de post worden bekeken, onder andere ter voorkoming van huisuitzetting. Het monitoren van de toestand van eventuele kinderen hoort hier ook bij. In geval van twijfel over deze toestand is overleg met jeugdzorg aangewezen.

Ambulant is er geen evidentie dat het gebruik van gestructureerde risicotaxatie buiten het forensisch kader toegevoegde waarde heeft.

5.3 Inhoud van verplichte zorg

5.3.1 Inleiding

"Bij de toepassing van verplichte zorg is er altijd sprake van een meer dan

complex probleem. De ingewikkeldheid zit hem niet alleen in de meervoudige symptomen en oorzaken, het gaat vooral om hoe de problemen op verschillende domeinen elkaar beïnvloeden."

Als de toestand van de patiënt zorgwekkend is en het niet gelukt is – of er geen tijd is – om hier iets op een andere manier aan te doen, bijvoorbeeld door middel van assertieve zorg, dan kan toepassing van verplichte zorg geïndiceerd zijn. Uiteraard moet hiervoor wel aan criteria, zoals eerder genoemd, worden voldaan.

5.3.2 Het verzetscriterium

Een verschil in indicatie voor verplichte zorg tussen de oude Wet Bopz en de Wvggz betreft het verzetscriterium. Verplichte zorg is de zorg die ondanks verzet wordt toegepast. Dit betekent, in combinatie met de toepassing van de criteria voor verplichte zorg een wijziging ten opzichte van de Wet Bopz, die ten aanzien van de psychiatrische patiënt het bereidheidscriterium hanteerde (artikel 2 Wet Bopz; hierbij moest de patiënt actief te kennen geven mee te willen werken aan de behandeling; bij de Wvggz hoeft er geen expliciete bereidheid te zijn, maar is actief en consistent verzet vereist). De Wvggz sluit aan bij de invulling van verzet, zoals deze in de praktijk handen en voeten heeft gekregen. Dit komt erop neer dat er enige eisen van consistentie en persistentie aan verzet kunnen worden gesteld («reëel» verzet). [Integrale artikelsgewijze toelichting Wet verplichte ggz](#).

5.3.3 Uitoefenen van macht

Het uitoefenen van macht over een ander (dwingen) is per definitie een moreel dilemma, omdat het een keuze is tussen twee kwaden: het beste doen voor de betrokkene ter voorkoming van ernstig nadeel bij deze persoon of derden versus het bedreigen van diens autonomie. Bij een medisch-ethische afweging worden vier aspecten gewogen.

- Ten eerste het 'niet schaden', zoals geformuleerd in de eed van Hippocrates (artseneed).
- De afweging moet recht doen aan (het gebrek aan) 'autonomie' van de betrokkene.
- De afweging moet bijdragen aan het welzijn ('weldoen') van de betrokkene.
- En ten slotte het aspect 'rechtvaardigheid'.

Belangrijk bij de afwegingen rondom "weldoen" is het besef of het goede handelen wordt geleid door de verwachting op een goede uitkomst, of door een algemeen geldende regel. De politie kijkt bijvoorbeeld anders aan tegen het opsluiten van patiënten in een cel dan professionals. 'Zieke mensen horen niet in een cel' tegenover 'De beste oplossing op dit moment in verband met veiligheid'. In de samenwerking met andere disciplines is het essentieel om kennis en begrip te hebben over deze verschillende uitgangspunten.

Bron: Beauchamp T L, Childress J F. Oxford University Press, 2001, ISBN 0-19-514332-9.

Bij de toepassing van verplichte zorg is er altijd sprake van een meer dan complex probleem. De ingewikkeldheid zit hem niet alleen in de meervoudige symptomen en oorzaken. Het gaat er vooral om hoe de problemen op verschillende domeinen elkaar beïnvloeden. Het gaat hierbij om de psychiatrische symptomen, sociale en somatische problemen, de relatie van betrokkene met zichzelf, de relatie van betrokkene met anderen en de relatie tussen anderen. Daarnaast speelt de context (de behandelcontext en omgeving van betrokkene) een rol. De professional probeert de diverse partijen te horen, hun belangen af te wegen, en in een multidisciplinaire context tot een 'goede' beslissing te komen met betrekking tot het wel/niet aanvragen dan wel toepassen van verplichte zorg.

Uitgangspunt bij de indicatie voor en uitvoering van verplichte zorg tijdens een [crisismaatregel](#) (CM) of [zorgmachtiging](#) (ZM) is dat de wensen en voorkeuren van de patiënt waar mogelijk worden gevolgd. Tenzij deze niet effectief zijn om het risico op ernstig nadeel af te wenden. Als de voorkeur van de patiënt niet bekend is (en er geen zorgkaart is) en deze in redelijkheid niet in staat is deze alsnog te bepalen (en raadpleging bij de naasten geen voorkeuren oplevert) moet de professional doen wat in de gegeven situatie het best toepasbaar en meest effectief geacht wordt. En daarbij de daarbij beschreven uitgangspunten in acht nemen.

Onderdeel van de [procedure van de zorgmachtiging](#) kan het [melden van een zorgelijke situatie bij de gemeente](#) zijn. Iedereen die zich ernstige zorgen maakt over iemand die noodzakelijke geestelijke gezondheidszorg weigert of vanwege zijn doen of laten in het algemeen kan dat melden. Vervolgens is een onderzoek nodig, waarbij door ter zake deskundige professionals wordt onderzocht wat er in deze situatie aan de hand, gewenst en nodig is, bijvoorbeeld (assertieve) zorg vanuit de ggz en/of het sociaal domein, eventueel verplichte zorg (bij het ontbreken van alternatieven) of geen zorg.

5.3.4 Indicatie voor verplichte zorg

Bij verplichte zorg in het kader van de Wvggz wordt onderscheid gemaakt tussen een [crisismaatregel](#) (CM) en een [zorgmachtiging](#) (ZM). Soms is er sprake van risico op ernstig nadeel dat onmiddellijk dreigend is, waardoor een procedure voor de aanvraag van een zorgmachtiging bij de rechter niet kan worden afgewacht. Dan kan de burgemeester op basis van een medische verklaring van een onafhankelijke psychiater iemand per direct tegen zijn wil verplichte zorg opleggen met een **crisismaatregel**.

Indien er sprake is van verplichte zorg met een CM toetst de rechter na enkele dagen of er nog wordt voldaan aan de criteria van de CM (behalve wanneer de procedure eerder is beëindigd). Als de rechter vervolgens beslist dat is voldaan aan de criteria om de CM voort te zetten, duurt een CM nog maximaal drie weken. In het geval dat er sprake is

van risico op ernstig nadeel dat niet als onmiddellijk dreigend kan worden gekwalificeerd, kan de rechter besluiten de CM niet te verlengen. Wel kan dan worden overgegaan tot een (verlenging van) verplichte zorg onder een ZM (hiervoor dient de volledige aanvraagprocedure te worden gevolgd). Eis is dan wel dat er reeds een ZM is dan wel dat een verzoek om een ZM tijdens dezelfde zitting wordt behandeld. Ook kan een ZM volgend op een voortgezette crisismaatregel worden verzocht.

Een ZM kan ook worden aangevraagd zonder dat daaraan vooraf een CM is afgegeven. Dit gebeurt wanneer op voorhand het risico op ernstig nadeel niet als onmiddellijk dreigend kan worden gekwalificeerd. Een eerste ZM kan door de rechter voor de duur van zes maanden worden afgegeven. Opvolgende machtigingen worden door de rechter in de regel verleend tot maximaal een jaar, en na vijf aaneengesloten jaren tot en met twee jaar.

Verplichte zorg in het kader van de crisismaatregel of zorgmachtiging

De in [art. 8:9](#) voorziene procedure ziet op het toepassen van verplichte zorg ondanks verzet. De zorgverantwoordelijke moet voldoen aan een drietal voorwaarden om de verplichte zorg uit de crisismaatregel of de zorgmachtiging te leveren. Het is niet toegestaan om buiten noodsituaties verplichte zorg te leveren die niet in de crisismaatregel of de zorgmachtiging is opgenomen. Het gaat om de volgende voorwaarden.

- De zorgverantwoordelijke heeft zich op de hoogte gesteld van de actuele gezondheidstoestand van betrokkene.
- Hij of zij heeft overleg gevoerd met betrokkene over de voorgenomen verplichte zorg.
- Hij of zij heeft overeenstemming bereikt met de geneesheer-directeur wanneer hij geen psychiater is.

Het beoordelen van de wilsbekwaamheid van betrokkene is een onderdeel van het bepalen van de actuele gezondheidstoestand, [Wvggz artikel 2.1, lid 6](#).

Ten slotte moet de beslissing tot het verlenen van verplichte zorg op schrift worden gesteld met een motivering. Daarbij moeten onder andere de [zorgvuldigheidsbeginselen](#) ten aanzien van proportionaliteit, subsidiariteit, effectiviteit en veiligheid worden afgewogen. Ook het oordeel over de wilsbekwaamheid moet worden gerapporteerd, en met wie er is overlegd als wettelijke vertegenwoordiger. Een beslissing tot het verlenen van verplichte zorg is klachtwaardig.

Een procedurele eis is dat de psychiater of de regiebehandelaar altijd de patiënt vooraf, met bijbehorende motivatie, informeert over het voornemen verplichte zorg toe te passen. Daarna heeft de geneesheer-directeur de verantwoordelijkheid de patiënt schriftelijk en in begrijpelijke taal te informeren over het soort ernstig nadeel dat moet worden afgewend, de argumentatie en de mogelijkheden van beroep tegen het besluit (inschakelen patiënt vertrouwenspersoon, klacht indienen). De patiënt krijgt in die procedure tot het formele besluit verplichte zorg steeds de ruimte om vrijwillige zorg alsnog te accepteren.

De patiënt heeft de mogelijkheid om tegen het besluit in bezwaar te gaan bij de klachtencommissie en vervolgens in beroep te gaan bij de rechter. Bij toepassing van verplichte zorg dient te worden vastgesteld of de patiënt wilsbekwaam is. Als dat niet het geval is, dienen de indicatie en uitvoering te worden besproken met de (wettelijk) [vertegenwoordiger](#).

De invoering van de [Wvggz](#), het bijbehorende [Besluit verplichte geestelijke gezondheidszorg](#) (Bvggz) en de [regeling verplichte geestelijke gezondheidszorg](#) maken het mogelijk om verplichte zorg ook toe te passen in een [ambulante setting](#). Dit vormt een bij wet voorziene inperking van het recht op privéleven, zoals beschermd door [art. 8 EVRM](#). Het gaat hierbij om de volgende vormen van verplichte zorg, die overigens zowel ambulant als klinisch kunnen worden toegepast. En zowel in het kader van een crisismachtiging als bij een zorgmachtiging.

- Toedienen van vocht, voeding en medicatie. Alsmede het verrichten van medische controles of andere medische handelingen en therapeutische maatregelen, ter behandeling van een psychische stoornis. Dan wel, vanwege die stoornis, behandeling van een somatische aandoening.
- Beperken van de bewegingsvrijheid.
- Insluiten.
- Uitoefenen van toezicht op betrokkene.
- Onderzoek aan kleding of lichaam.
- Onderzoek van de woon- of verblijfsruimte op gedragsbeïnvloedende middelen en gevaarlijke voorwerpen.
- Controleren van de persoon op de aanwezigheid van gedragsbeïnvloedende middelen.
- Beperkingen aanbrengen in de vrijheid om het eigen leven in te richten, die tot gevolg hebben dat betrokkene iets moet doen of nalaten, waaronder begrepen het gebruik van communicatiemiddelen.

5.3.5 Onvoorziene (verplichte) zorg in geval van een noodsituatie

De zorgverantwoordelijke kan besluiten tot het tijdelijk leveren van verplichte zorg waarin een (voortgezette) crisismaatregel of de zorgmachtiging niet voorziet, indien verplichte zorg noodzakelijk is om een (dreigende) noodsituatie af te wenden. De gronden voor tijdelijke verplichte zorg zijn:

- Afwending van ernstig nadeel
- Veiligheid binnen de accommodatie of andere locatie waar verplichte zorg wordt verleend.
- Bescherming van de rechten en vrijheden van anderen en voorkoming van strafbare feiten.

Ook dienen de [uitgangspunten van verplichte zorg](#) te worden afgewogen. De duur van de tijdelijke verplichte zorg in noodsituaties is maximaal drie dagen. Een beslissing tot het tijdelijk verlenen van verplichte zorg in noodsituaties is klachtwaardig.

De zorgverantwoordelijke mag het verlenen van tijdelijke verplichte zorg in noodsituaties

na drie dagen voortzetten indien de geneesheer-directeur een verzoekschrift tot wijziging van de zorgmachtiging heeft ingediend bij de officier van justitie. De tijdelijke verplichte zorg in noodsituaties mag worden verleend tot het moment dat de officier van justitie besluit geen verzoekschrift bij de rechter in te dienen of de rechter na drie werkdagen na de ontvangst van het verzoekschrift geen uitspraak heeft gedaan over de wijziging van de zorgmachtiging.

5.4 Terugvalpreventie

Om te voorkomen dat na beëindiging van een Wvvgz maatregel de verplichte zorg opnieuw toegepast moet worden, is het essentieel om de maatregel met de patiënt en zo mogelijk met zijn naaste(n) en met professionals onderling te evalueren. Aan de hand van rapportages, evaluaties en reflectie op het eigen handelen kunnen behandelplannen, crisisafspraken (crisis-signaleringsplannen) en/of een [zorgkaart](#) worden opgesteld of aangepast om verplichte zorg in de toekomst zoveel mogelijk te voorkomen. Zie paragraaf 3.5 voor meer informatie over evaluatie.

5.5 Monitoring

5.5.1 Inleiding

Bij [verplichte zorg](#) is het aanbevolen te omschrijven voor welke verwachte duur de verplichte zorg noodzakelijk is. Het is aanbevolen dit vergezeld te laten gaan van een motivatie voor de duur en de toetsing. Bij iedere patiënt wordt vervolgens, indien mogelijk, bij aanvang van iedere toepassing van verplichte zorg (bijvoorbeeld bij een separatie) een begeleidingsplan opgesteld met voorwaarden voor afschalen van de verplichte zorg. Bijvoorbeeld door het voortzetten van de verplichte medicamenteuze behandeling te toetsen indien zich gedurende een afgesproken periode geen gevaarlijke situatie meer voordoet. Dit wordt gerapporteerd in het dossier. Het EHRM gaat ervan uit dat vergaande inperkingen op de vrijheid, in het bijzonder separatie en fixatie, geen strafmaatregelen zijn en dat de duur daarvan niet langer mag zijn dat strikt noodzakelijk om gevaar af te kunnen wenden.

5.5.2 Consultatie

Indien de subsidiariteit, proportionaliteit, effectiviteit of veiligheid van de beoogde of uitgevoerde verplichte zorg vragen oproepen binnen het behandelteam, dan is een second opinion door een onafhankelijk, niet bij de behandeling betrokken, expert aangewezen. Het gaat hier om het principe van de mogelijkheid (en het nemen van de verantwoordelijkheid) om wanneer dat vragen oproept een extra toetsing te organiseren door een niet bij de behandeling betrokken expert. Deze toetsing kan zowel intern als extern worden georganiseerd. Het moment en de wijze van consultatie zal mede afhangen van de setting waarbinnen iemand wordt behandeld, en de mate waarin zorgverleners zijn gespecialiseerd in het hanteren van complex gedrag (b.v. een acute opname-afdeling in de algemene psychiatrie versus een Kliniek Intensieve Behandeling

(KIB)). Indien gewenst kan een beroep worden gedaan op een aan de organisatie verbonden consultatieteam of het [Centrum voor Consultatie en Expertise \(CCE\)](#). Dit kan professionals helpen om verplichte zorg te voorkomen of zo kort mogelijk te laten duren en deze consultatie wordt gezien als een 'best practice'.

Bron: Voskes, Y., Theunissen, J. & Widdershoven, G.A.M. (2011). Best Practices rondom dwangreductie in de Geestelijke Gezondheidszorg. Amersfoort: GGZ Nederland

Consultatie vindt zijn oorsprong bij intercollegiale toetsing waarbij binnen het team de klinisch psycholoog, een verpleegkundig specialist of een ervaringsdeskundige een belangrijke rol kunnen spelen.

5.5.3 Evaluatie

Op basis van de [multidisciplinaire richtlijn](#) (MDR) Dwang en drang worden in deze paragraaf landelijke normen voor evaluatie bij verplichte zorg beschreven (Ggz normenkader patiëntveiligheid bij toepassing van dwang,

Bron: Hoeven-Molenaar, C., van der, & Verhoef, G.J. (2011). Normenkader patiëntveiligheid bij toepassing van dwang vanuit cliënten- en familieperspectief. Utrecht, LPGGz

Toetsingskader terugdringen separeren en afzonderen,

Bron: IGZ (2016). Toetsingskader terugdringen separeren en afzonderen 2016. Utrecht: Inspectie voor de Gezondheidszorg, 2016.

en 'best practices' van evaluatiemethoden). Veel instellingen evalueren de toegepaste verplichte zorg zowel met het team als met de patiënt en indien mogelijk ook met de naasten. Als algemeen uitgangspunt zou kunnen worden gehanteerd dat hoe ingrijpender de vorm van verplichte zorg is hoe belangrijker het wordt deze te evalueren. De volgende wijzen van evaluatie worden onderscheiden.

Bron: Voskes, Y., Theunissen, J. & Widdershoven, G.A.M. (2011). Best Practices rondom dwangreductie in de Geestelijke Gezondheidszorg. Amersfoort: GGZ Nederland

Evaluatie op patiëntniveau

Evaluatie met de patiënt na toepassing van verplichte zorg, of na een periode met assertieve zorg. Dit kan bijvoorbeeld aan de hand van een interview met de patiënt, bij wie de verplichte zorg is toegepast. In het interview gaat het om de ervaringen van de patiënt, doel is het verbeteren van de kwaliteit van zorg en het voorkómen van een terugval. Dit kan ook het moment zijn voor het aanpassen van een crisis- of signaleringsplan of een WRAP. Professionals nemen zelf het initiatief voor dit gesprek en tonen zich bereid om de situatie die zich heeft voorgedaan open te bespreken. Zo'n gesprek kan bijdragen aan het herstellen van de, door de verplichte zorg, mogelijk beschadigde relatie. Indien mogelijk vindt deze evaluatie plaats samen met de naasten.

Evaluatie met patiënt en team

Een aanvullende manier om verplichte zorg te evalueren is door het voeren van spiegelgesprekken. In deze bijeenkomsten gaan patiënten en naasten met elkaar in gesprek over de verplichte zorg die wordt geleverd op de afdeling of in het ambulante team. Een gespreksleider leidt het gesprek, de professionals hebben de rol van toehoorder. De spiegelgesprekken kunnen handvatten bieden voor het verbeteren van de zorg.

Evaluatie op teamniveau

- Structurele evaluatie met het team. Deze vinden plaats op een vast tijdstip, bijvoorbeeld in de vorm van intervisie en zijn onder andere gericht op de onderlinge samenwerking binnen het team.
- Structurele bespreking van (aard, aantallen, en duur) van (ambulante en klinische) toepassingen van verplichte zorg en andere incidenten. De bespreking is multidisciplinair en vindt met regelmaat op een vast tijdstip plaats. Ook betrokkenen buiten het team (in de kliniek (bijvoorbeeld dienstdoende artsen) of het ambulante team) worden uitgenodigd. Deze bespreking draagt bij aan de bewustwording van de gevolgen van verplichte zorg. Bovendien leert men van elkaar en worden protocollen en interventies geëvalueerd en waar nodig aangepast. Ook kan hiervoor moreel beraad worden ingezet.

5.6 Herstel, participatie en re-integratie

"Het hebben van een huis of minder schulden zal de kans op terugval in psychiatrische symptomen en het risico op ernstig nadeel waarschijnlijk ook verkleinen. "

Het werken volgens de principes van [‘herstelondersteunende zorg’](#) vindt plaats in zowel de ambulante als in de klinische setting. Klinische behandeling wordt in beginsel beschouwd als een onderbreking van of een aanvulling op een ambulante behandeling.

Bron: Mierlo, T., van, Bovenberg, F., Voskes, Y., & Mulder, N. (2014). Werkboek HIC: High en

intensive care in de psychiatrie. Utrecht: De Tijdstroom.

Om herstel te bevorderen is samenwerking tussen de klinische en ambulante zorg essentieel. Toepassingen van verplichte zorg voorkómen begint tijdens de ambulante behandeling. Door proactief te reageren op risicosignalen en tijdig zo licht mogelijk en doelmatig in te grijpen, bijvoorbeeld d.m.v. assertieve zorg.

Preventie van verplichte zorg geniet de voorkeur boven toepassen ervan. Bovendien dient de mogelijkheid te bestaan dat interventies die klinisch zijn gestart (medicatie, psychotherapie, rehabilitatiemethodieken en psychosociale zorg) ambulant kunnen worden voortgezet en vice versa.

Bron: Dröes, J., & Plooy, A. (2010). Herstelondersteunende zorg in Nederland: Vergelijking

met Engelstalige literatuur. Tijdschrift voor Rehabilitatie, 19, 6-16.

Het behandelplan en eventuele daarbij horende crisisafspraken zijn daarin leidend. Contact, samenwerking met ervaringsdeskundigen en naasten zijn belangrijke elementen van een herstelgericht behandelklimaat.

Wederkerigheid

In de Wvggz bestaat ook het principe van de wederkerigheid. Wanneer mensen die te maken krijgen met verplichte zorg bijvoorbeeld geen huis hebben of schulden, dan gaat de gemeente met hen in gesprek om hier een oplossing voor te vinden. **Het hebben van een huis of minder schulden zal de kans op terugval in psychiatrische symptomen en het risico op ernstig nadeel waarschijnlijk ook verkleinen.** Ook in het traject ter voorkoming van een Wvggz-maatregel (bijvoorbeeld tijdens de periode van assertieve zorg) is het belangrijk om sociale problemen aan te pakken. Dit verkleint zeer waarschijnlijk de kans op een Wvggz-maatregel.

6. Organisatie van zorg rondom assertieve en verplichte zorg

Autorisatiedatum 25-10-2021 Beoordelingsdatum 25-10-2021

6.1 Inleiding

Dit hoofdstuk beschrijft hoe de organisatie van zorg rondom assertieve en verplichte zorg vorm dient te krijgen om de beschreven goede zorg te waarborgen, met respect voor de rechten van de patiënt. Deze module baseert zich, daar waar het de Wvvgz raakt, op de informatie die het [ministerie van VWS](#) heeft opgesteld.

Overige belangrijke bronnen zijn:

- Landelijke Stichting Familie vertrouwenspersonen.
- Stichting Patiëntvertrouwenspersoon.
- Vereniging Nederlandse Gemeenten.
- De Nederlandse GGZ.
- Hoofdproces Wvvgz.
- Was wordt tabel wvvgz.

6.2 Betrokken professionals

6.2.1 Inleiding

Bij toepassen van verplichte zorg zijn veel professionals betrokken. We bespreken achtereenvolgens enkele functionarissen; de geneesheer directeur, de zorgverantwoordelijke, de gemeentelijke functionarissen waaronder de burgemeester en de rechterlijke macht (rechter, officier van justitie en overige rechtstreeks betrokkenen). Daarna volgen een aantal beroepen; de psychiater, de klinisch psycholoog, de GZ psycholoog, de verpleegkundige, de verpleegkundig specialist ggz, de vaktherapeut, de ervaringsdeskundige en de familie ervaringsdeskundige. Tot slot bespreken we de patiëntvertrouwenspersoon en de familievertrouwenspersoon.

6.2.2 Functionarissen

Geneesheer-directeur

De geneesheer-directeur is een arts als bedoeld in de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg. Hij of zij is aangewezen door en in dienst van de zorgaanbieder en verantwoordelijk voor de algemene gang van zaken op het terrein van zorg en de verlening van verplichte zorg. De wetgever maakt de geneesheer-directeur hiermee onder andere verantwoordelijk voor de procedures rond verplichte zorg in de

instelling. In de ggz is de geneesheerdirecteur doorgaans een psychiater.

Tot de taken van de geneesheer directeur behoren (zie ook Standaard Geneesheer Directeur (NvVP)): het bieden van voldoende mogelijkheden voor zorg op basis van vrijwilligheid, om daarmee verplichte zorg zoveel mogelijk te voorkomen (2:1), het accorderen van de [zelfbindingsverklaring](#) (ZBV) (4:2), beslissen over het plan van aanpak (PvA) (5:5), zorgdragen medische verklaring (MV) (5:6), toezicht houden op ambulante zorg (5:14), het beoordelen van het zorgplan (5:15), voorstel voor de ZM maken (5:17), intrekken ZM bij ontslag (6:6), verlenen van crisiszorg (7:3), intrekken CM bij ontslag (7:5), intrekken VM bij ontslag (7:10), accorderen dwangzorg (8:0), inroepen experts/politie (8:10), een aanvraag wijzigen ZM (8:12), beoordelen noodzorg (8:13), besluit nemen tot overplaatsen (8:16), verlenen verlof (8:17), verlenen ontslag (8:18) en het opstellen van voorwaarden voor ontslag (8:20).

De zorgverantwoordelijke

Binnen de Wvggz wordt de term zorgverantwoordelijke gehanteerd. De term [regiebehandelaar](#) staat voor de regievoering binnen het zorgproces daar waar de term [zorgverantwoordelijke](#) alleen van toepassing is tijdens de uitvoering van de Wvggz.

De volgende professionals kunnen als zorgverantwoordelijke optreden:

- psychiater
- klinisch (neuro)psycholoog
- GZ-psycholoog
- verpleegkundig specialist ggz
- specialist ouderengeneeskunde
- klinisch geriater
- verslavingsarts

Volgens de Wvggz wordt er door de geneesheer-directeur een zorgverantwoordelijke aangewezen. Een zorgverantwoordelijke is iemand die een geregistreerd beroep uitoefent zoals bedoeld in [artikel 3 van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg \(BIG\)](#). De Wvggz legt een fors aantal verantwoordelijkheden bij de zorgverantwoordelijke neer. Zoals het vaststellen van de wilsbekwaamheid, het opstellen van een [zelfbindingsverklaring](#), een [zorgkaart](#) en een [zorgplan](#). En ook het verlenen van crisiszorg, het bijhouden van het dossier, en de inzet van verplichte zorg, waaronder eventueel onderzoek aan het lichaam van de patiënt en de ruimtes waar deze verblijft, en het evalueren van een voornemen voor ontslag.

Het is van belang dat professionals overleggen met de zorgverantwoordelijke wanneer er besluitvorming over verplichte zorg plaatsvindt.

Indien meerdere zorgprofessionals betrokken zijn bij de zorgverlening is het van belang dat een van hen het zorgproces coördineert en het centrale aanspreekpunt is voor de patiënt zijn naasten en/of wettelijk vertegenwoordiger.

Gemeentelijk functionarissen

Een crisismaatregel is een beslissing van de burgemeester op grond waarvan verplichte zorg kan worden toegepast in een crisissituatie waarin snel ingegrepen moet worden vanwege onmiddellijk dreigend ernstig nadeel. Het gaat altijd om de burgemeester van de gemeente waar de patiënt op dat moment is: In sommige delen van het land kiest men ervoor om te overleggen met de burgemeester van de plaats waar de patiënt wordt opgenomen. De reden hiervoor is onder andere dat de plaats waar iemand wordt beoordeeld voor een CM niet hetzelfde hoeft te zijn als de plaats waar iemand wordt opgenomen. De burgemeester kan de bevoegdheid tot het afgeven van een CM mandateren aan een wethouder.

De burgemeester baseert zich op een medische verklaring van een psychiater. Daarnaast zal hij de patiënt zo mogelijk (laten) horen. Als het niet lukt om de patiënt te spreken, of als de patiënt daar geen prijs op stelt, vermeldt de burgemeester in de crisismaatregel waarom het horen niet heeft plaatsgevonden.

De burgemeester kan alle vormen van verplichte zorg opleggen die de Wvvgz kent. Bij een verzoek van de Officier van justitie om verlenging van de crisismaatregel zal de rechter de noodzaak van deze maatregelen vervolgens toetsen – en zo nodig maatregelen afwijzen of toevoegen.

Politie en ambulancepersoneel

Voorafgaand aan een crisismaatregel is tijdelijke verplichte zorg mogelijk, gedurende maximaal 18 uur. Het gaat om 18 uur en om maximaal 12 uur nadat de psychiater het onderzoek van betrokkene is gestart.

In die periode kunnen ambulancepersoneel, de politie (geen medische zorg) en/of zorgverleners zo nodig tijdelijke verplichte zorg geven. Degene die deze zorg geeft, moet de toepassing van tijdelijke verplichte zorg melden aan de zorgaanbieder.

Na afgifte van de [crisismaatregel](#) moet de burgemeester binnen 24 uur over gaan tot 'tenuitvoerlegging' van de crisismaatregel. De burgemeester kan hiervoor de hulp inroepen van ervaren zorgverleners, bijvoorbeeld [ambulancepersoneel](#) die de patiënt vervoeren naar een locatie (de verplichte zorg kan ook ambulante worden uitgevoerd) waar de zorg kan worden verleend. Ook kan hij assistentie van de politie vragen. Dat laatste kan de burgemeester ook mandateren aan de hulpofficier van justitie.

- De politie en zorgverleners kunnen elke plaats betreden waar de patiënt zich bevindt.
- De politie kan zo nodig tegen de wil van de patiënt zijn woning binnen komen.
- De hulpverleners en de politie kunnen gevaarlijke voorwerpen van de patiënt afnemen. Deze voorwerpen moeten worden bewaard tenzij dat in strijd is met de wet, zoals bij wapens en drugs.
- De hulpverleners en politie mogen onderzoeken of de patiënt gevaarlijke voorwerpen in of onder zijn kleding heeft. Onderzoek in het lichaam (visiteren) is niet toegestaan.

Bovenstaande stappen zijn ingrijpend en geen standaard werkwijze. De wet geeft de mogelijkheid maar benadrukt dat vrijwillige zorg het uitgangspunt is. Als dat niet kan, moet altijd gekozen worden voor de minst ingrijpende verplichte [zorgmaatregel](#).

De officier van justitie en de rechter

De volgende professionals kunnen een zorgelijke situatie melden bij de officier van justitie en hem verzoeken een zorgmachtiging voor te bereiden:

- Het college van burgemeester en wethouders;
- Een geneesheer-directeur;
- Een zorgverlener die beroepsmatig zorg verleent aan betrokkene;
- Een zorgaanbieder van forensische zorg;
- De politie.

De officier van justitie beslist naar verwachting voldaan wordt aan de criteria voor een zorgmachtiging en als dit het geval is wijst de OvJ een geneesheer-directeur aan, geeft deze informatie en persoonsgegevens over de patiënt. Hij draagt er zorg voor dat er een advocaat wordt toegewezen. Na aanwijzing start de geneesheer-directeur de inhoudelijke procedure voor de voorbereiding van de zorgmachtiging op. De geneesheer-directeur dient de vereiste stukken samen met een voorstel voor de zorgmachtiging aan de OvJ aan te leveren, waarna de OvJ beoordeelt of er een verzoekschrift voor een ZM bij de rechter ingediend dient te worden.

De rechter moet in de zitting de patiënt, de vertegenwoordiger en de advocaat horen als zij dat willen. Hij kan ook anderen horen en getuigen en deskundigen oproepen. In de regel spreekt de rechter ook met één of meer professionals. De rechter moet rekening houden met de voorkeuren die de patiënt heeft opgeschreven in de [zorgkaart](#) of de [zelfbindingsverklaring](#).

De rechter bepaalt of een crisismaatregel wordt verlengd of een zorgmachtiging wordt verleend op basis van de aangeleverde stukken (medische verklaring, zorgplan, zorgkaart, bevindingen geneesheer-directeur, verzoekschrift OvJ) met in achtneming van de proportionaliteit, subsidiariteit, doelmatigheid en veiligheid.

6.2.3 Beroepsgroepen

Professionals in de huisartsenpraktijk

Binnen de huisartsenpraktijk kunnen professionals te maken krijgen met de toepassing van assertieve en verplichte zorg. Al dan niet in het kader van de Wvggz. In alle gevallen zal de huisarts hierin samenwerken met professionals binnen de specialistische ggz (SGGZ). In acute situaties is er een korte lijn met de crisisdienst en wordt er vanuit de huisartsenpraktijk opgeschaald naar de acute psychiatrie.

[Zie Generieke module Acute psychiatrie](#) waarin de rollen van de huisarts, de huisartsenpost (HAP) en de praktijkondersteuner huisartsenzorg (POH-GGZ) worden omschreven. Soms wordt er in verband met de veiligheid direct opgeschaald naar de politie.

Onderdeel van de [procedure van de zorgmachtiging](#) kan het [melden van een zorgelijke situatie](#) bij de gemeente zijn. Iedereen die zich ernstige zorgen maakt over iemand die

noodzakelijke geestelijke gezondheidszorg weigert of vanwege zijn doen of laten in het algemeen kan dat melden.

Het kan voorkomen dat een patiënt, naast assertieve zorg of verplichte zorg vanuit de ggz, huisartsenzorg nodig heeft en er samenwerking tussen de huisartsenpraktijk en bijvoorbeeld een [FACT-team](#) plaatsvindt. Van belang is dat professionals binnen de huisartsenpraktijk op hoofdlijnen op de hoogte zijn van de verschillende vormen van assertieve zorg (paragraaf 3.2) en verplichte zorg zoals de [zorgmachtiging](#) en de [crisismaatregel](#). Daartegenover staat dat specialistische ggz-teams, daar waar zij de samenwerking met de huisartsenpraktijk aangaan, hun expertise inzetten om de professionals binnen de huisartsenpraktijk optimaal te ondersteunen.

Met goede afspraken kan er in sommige gevallen worden overeengekomen dat de professionals vanuit de huisartsenzorg een deel van de in het zorgplan omschreven taken uitvoeren (zoals bijvoorbeeld het verstrekken van depotmedicatie). Van belang hierbij is dat in deze situaties gezamenlijk afspraken worden gemaakt. Dat de professional vanuit de huisartsenzorg ter zake bekwaam is, dat duidelijk is wie waar verantwoordelijk voor is en dat de patiënt hiervoor toestemming heeft gegeven.

Professionals in de huisartsenpraktijk hebben vaak contact met de naasten van patiënten en zien deze soms onafhankelijk van de patiënt. Daarmee zijn zij vaak op de hoogte van (wijzigingen) van de situatie.

Wanneer huisartsen verbonden zijn aan een ggz instelling, kunnen zij te maken krijgen met situaties waarin assertieve en verplichte zorg wordt toegepast. De huisarts zal dan niet de rol als zorgverantwoordelijke (zoals bedoelt binnen de Wvggz) toegewezen krijgen.

Wanneer een patiënt geen huisarts heeft wordt aanbevolen om zo snel mogelijk een contact tussen een patiënt en een huisarts tot stand te brengen.

Voor meer informatie zie ook het dossier over onvrijwillige zorg op de website van de [Landelijke Huisartsen Vereniging](#) (LHV).

De psychiater

De psychiater vervult bij de uitvoering van de Wvggz twee primaire rollen (zorgverantwoordelijke en onafhankelijke psychiater).

De eerste rol is dat de psychiater bij eventuele toepassing van assertieve en verplichte zorg verantwoordelijkheid is voor de psychiatrische diagnostiek en de besluitvorming over de toepassing van assertieve behandeling en zorg, inclusief de verplichte zorg en middelen en maatregelen en de psychiatrische/medicamenteuze behandeling. Bij assertieve zorg kan de psychiater taken delegeren naar anderen van het multidisciplinaire team. In de praktijk is dit veelal een [\(F\)ACT team](#), maar dit kan ook een andere setting zijn. de psychiater kan de zorgverantwoordelijke zijn.

Een aantal specifieke verantwoordelijkheden voor de Wvggz wordt daarbij door de wet (en jurisprudentie) in de handen van de psychiater gelegd. Waaronder bepaalde taken

rond de zelfbindingsverklaring, en het opstellen van de geneeskundige verklaring. Taken zoals het besluiten tot het uitvoeren van verplichte zorg in het kader van een Wvvgz maatregel en bepaalde informatievoorziening aan de patiënt zullen in de praktijk vaak bij de psychiater horen, maar in de Wvvgz kunnen ook andere zorgverantwoordelijken deze taken uitvoeren. Naast deze wettelijke verantwoordelijkheden, heeft de psychiater de professionele verantwoordelijkheden van een behandelend arts. Ook het (toezien op) overleg met naasten behoort tot de taken van de psychiater.

De tweede rol van de psychiater is die van onafhankelijk psychiater die beoordelingen doet in het kader van een crisismaatregel of een zorgmachtiging en hierover een geneeskundige verklaring schrijft.

Tot slot is de geneesheer-directeur in de regel een psychiater.

De klinisch (neuro)psycholoog

De klinisch (neuro)psycholoog kan wettelijk gezien optreden als zorgverantwoordelijke. De klinisch psycholoog is verantwoordelijk voor het uitvoeren van de psychologische diagnostiek, het opstellen van het behandelingsplan en uitvoeren van de (psychologische of psychotherapeutische) behandeling. Daarnaast speelt de klinisch psycholoog een belangrijke rol in preventieve interventies en het voorkomen van verplichte zorg door vroegtijdige signalering van een zich aandienende crisis.

De klinisch (neuro)psycholoog heeft een rol in het initiëren van een verzoek tot verplichte zorg en is als regiebehandelaar betrokken bij de uitvoering van verplichte zorg.

Ook de communicatie met de patiënt en diens naasten en het overleg met andere betrokken professionals is een taak van de klinisch (neuro)psycholoog.

De GZ-psycholoog

De GZ-psycholoog kan wettelijk gezien optreden als zorgverantwoordelijke. Daarnaast kan de GZ-psycholoog onder MDO-constructie als regiebehandelaar betrokken zijn bij de uitvoering van de verplichte zorg. Dit houdt in dat de GZ-psycholoog de regie voert over de behandeling en op de juiste (vastgelegde) momenten de specialist (Klinisch psycholoog of psychiater) raadpleegt en betreft. Ook kan de GZ-psycholoog onder regievoering van de Klinisch psycholoog of psychiater een rol spelen in de uitvoering van de psychologische diagnostiek, het opstellen van het behandelingsplan en uitvoeren van de (psychologische of psychotherapeutische) behandeling. Daarbij kan ook de GZ-psycholoog een belangrijke rol spelen in preventieve interventies en het voorkomen van verplichte zorg door vroegtijdige signalering van een zich aandienende crisis. Communicatie met de patiënt en diens naasten en het overleg met andere professionals kan eveneens een taak zijn van de GZ-psycholoog.

De verpleegkundig specialist ggz

De kern van het vakgebied bestaat uit het bieden van een evidence-based verpleegkundig specialistische behandeling op basis van klinisch redeneren in complexe

zorgsituaties. De behandeling omvat zowel geprotocolleerde geneeskundige als verpleegkundige interventies. De verpleegkundig specialist werkt vanuit een holistisch perspectief, waarbij de mens in zijn context centraal staat. Daarnaast richt hij of zij zich op de gevolgen van ziekte en op preventie.

De verpleegkundig specialist ggz speelt een rol bij het (vroeg) signaleren van een zich aandienende crisis. Bij het initiëren van de besluitvorming over toepassing van verplichte zorg en middelen en maatregelen. En bij het inhoudelijk aansturen van de verpleging bij complexe verpleegproblemen zoals het voorkomen van en omgaan met verplichte zorg.

Daarnaast kan de verpleegkundig specialist een belangrijke schakel vormen in de communicatie tussen patiënten en diens naasten.

De verpleegkundige

De verpleegkundige speelt een belangrijke rol in de uitvoering van de verplichte zorg maar ook in de fase voorafgaand hieraan. In het geval van een verplichte opname is de verpleegkundige vaak degene met wie de patiënt het eerst en het meest in aanraking komt. De verpleegkundige redeneert vanuit de vragen en wensen van de patiënt, en neemt het patiëntenperspectief en/of dat van familie en naasten als uitgangspunt. Hij of zij is daarnaast in staat om de groepsdynamiek van de afdeling te hanteren.

De verpleegkundige speelt ook een belangrijke rol in de risicotaxatie en bij het signaleringsplan. Het voorkómen van agressie en escalatie heeft sterk de aandacht. Op een andere manier kijken naar agressiehantering en (afschalen van) verplichte vormen van zorg, vraagt van verpleegkundigen onder meer om een grote mate van alertheid en het vermogen om samen te werken. Daarnaast is het kunnen ondersteunen van gedragsverandering, herstelondersteunend werken en een sterk reflecterend vermogen van belang.

De verpleegkundige die een patiënt ambulant begeleidt, heeft specifieke kennis van ambulante begeleiding. Vaak is dit een sociaalpsychiatrisch verpleegkundige (SPV). De SPV is breed georiënteerd op het gebied van complexe patiëntenzorg en systemen met ernstige psychiatrische en/of psychische problematiek, en werkt samen met de patiënt binnen de maatschappelijke en sociaal-culturele context. De SPV werkt in het ambulante veld samen met de ambulant werkende verpleegkundige, waarbij de SPV ten opzichte van de verpleegkundige veelal een coachende functie heeft en zich tevens onderscheidt door de uitvoering van een aantal taken. Dit betreffen taken op het gebied van zorgcoördinatie, crisisinterventie, systeemtherapie en consultatie. De deskundigheid van de SPV is er ook op gericht te voorkomen dat bepaalde groepen patiënten in de samenleving worden gemarginaliseerd en uitgestoten.

De activiteitenbegeleider

Het is belangrijk om een zinvolle daginvulling aan te bieden, onder andere tijdens een verplichte opname. Dit heeft zowel therapeutische redenen als dat het bijdraagt aan een veilige omgeving. Bij het ontnemen van de vrijheid van een patiënt heeft de overheid

c.q. de opnemende instelling de verplichting te zorgen voor een verblijf met mogelijkheden voor zinvolle activiteiten. De activiteiten kunnen van creatieve, muzikale of psychomotorische aard zijn. Omdat beweging (sport, spel, wandelen) belangrijk is om met spanning om te gaan, is met name het bieden van fysieke activiteiten essentieel. Om de patiënten zo veel mogelijk aansluiting te laten houden met het leven van alledag, is het van belang hen zo snel mogelijk weer deel te laten nemen aan de huishoudelijke taken op de afdeling. Activiteitenbegeleiders spelen daarom een belangrijke rol in het vinden van een zinvolle dagbesteding van patiënten en tevens in het toewerken naar dagbesteding na de opname.

De vaktherapeut

Vaktherapeuten op het gebied van beeldende- dans- drama- muziek- en psychomotorische therapie, zetten tijdens hun therapie actie- en ervaringsgerichte interventies in bij hulpvragen die klacht- of persoonsgericht zijn. Klachtgerichte hulpvragen zijn gericht op een ondersteuningsvraag of het voorkomen van terugval. Gedacht kan worden aan: ondersteuning bij het opheffen, verminderen en accepteren van lichamelijke, verstandelijke, psychische, psychosomatische, psychosociale of psychiatrische klachten.

Persoonsgerichte hulpvragen richten zich op het bevorderen van het welbevinden, op de kwaliteit van leven en/of de persoonlijke ontwikkeling van de patiënt. Daarnaast kan therapie ook dienen als ontspanning voor de patiënt (zie [Generieke module Vaktherapie](#)).

De ervaringsdeskundige

Ervaringsdeskundigen spelen een belangrijke rol als het gaat om:

- Het contact met de patiënt, de bijdrage aan herstel en het bieden van hoop en mogelijkheden (buddy). Dit kan bij uitstek nodig zijn in de fase van assertieve zorg, waarbij geprobeerd wordt om verplichte zorg te voorkómen.
- Het bevorderen van het contact en het wederzijds begrip tussen patiënten, naasten en professionals door het verwoorden van het patiëntenperspectief (mediator/ brugfunctie).
- Het geven van feedback op de kwaliteit van zorg en het, samen met de patiënt, reflecteren op de houding van professionals.

De verwachting is dat door de toevoeging van een ervaringsdeskundige aan een team de samenwerking tussen professionals en patiënten kan verbeteren. Daardoor kan er een zorgvuldigere besluitvorming (ook rondom verplichte zorg) plaatsvinden. Zie hiervoor ook de generieke module [Ervaringsdeskundigheid](#).

Van een ervaringsdeskundige wordt verwacht dat deze is geschoold in de inzet van ervaringsdeskundigheid en als lid van het team professioneel handelt. Ervaringsdeskundigen kunnen in een kwetsbare positie terechtkomen, bijvoorbeeld als er geen heldere taakomschrijving voor hen aanwezig is. Of als de verschillende rollen die zij in het team spelen tot spanningen leiden. Het is daarom van belang om met het gehele team een open leerproces aan te gaan (bijvoorbeeld door het doen van

interviews), waarin alle betrokkenen zich bewust worden van elkaars waarden, behoeften, krachten, kwetsbaarheden en onderlinge afhankelijkheden, zodat ze beter op elkaar ingespeeld raken.

Bron: Voskes, Y. (2014). No effect without ethics. Reduction of seclusion in psychiatry from a care ethics perspective (proefschrift). Amsterdam: VUmc; p. 126-139.

Het is tevens van belang dat de patiënt en de naasten goed worden geïnformeerd over de rol en de functie van de ervaringsdeskundige (zie [Generieke module Herstelondersteuning](#)). Soms kan men ook kiezen voor 2 ervaringsdeskundigen in een team. Dit kan helpen om de kwetsbaarheid van deze positie te verminderen.

De familie-ervaringsdeskundige

Binnen enkele instellingen maken [familie-ervaringsdeskundigen \(FED\)](#) deel uit van ambulante of klinische teams. Een familie-ervaringsdeskundige heeft ervaringskennis opgebouwd op grond van eigen ervaringen met een familielid of naaste met psychische problematiek. De FED kan familie en naasten ondersteunen en handvatten bieden bij het eigen herstelproces en dat van de patiënt. Ook kan de FED een belangrijke rol spelen bij vroegsignalering en zorgvuldige besluitvorming omtrent verplichte zorg. De patiënt, familie en/of de naasten worden geïnformeerd over de rol en functie van de FED. (zie ook de Generieke module [Samenwerking en ondersteuning naasten van mensen met psychische problematiek](#)).

6.2.4 Overige betrokkenen

De patiëntenvertrouwenspersoon

De [patiëntenvertrouwenspersoon \(PVP\)](#) is een onafhankelijke persoon die, indien de patiënt hier om vraagt, de belangen behartigt van individuele patiënten. De PVP is in dienst bij de stichting PVP en niet bij de instelling zelf. Bij iedere Wvggz maatregel wordt de betrokkene geattendeerd op de mogelijkheid om gebruik te maken van een PVP. De PVP heeft kennis van de rechten van de patiënt en kan hierover advies verlenen aan de patiënt. Indien er klachten zijn over het verblijf, de behandeling of het behandelend team of de arts kan de PVP adviseren.

Vaak zal de PVP klachten oplossen door het gesprek met de betreffende professional(s) aan te gaan. Maar de PVP adviseert de patiënt ook indien een klacht wordt ingediend bij de klachtencommissie van de zorgaanbieder. Als de patiënt een advocaat nodig heeft, kan de PVP daarbij behulpzaam zijn. De PVP werkt kosteloos voor de patiënt en heeft altijd toegang tot de patiënt. Daarnaast moet de patiënt altijd in contact kunnen komen met de PVP.

De familievertrouwenspersoon

De familievertrouwenspersoon (FVP) heeft een rol vergelijkbaar met die van de PVP, maar dan ten behoeve van de naasten van de patiënt. De FVP informeert en adviseert de naasten van de patiënt op hun verzoek en ondersteunt hen in het contact met professionals, behandelaren en zorgaanbieders.

Naasten voelen zich soms niet voldoende gehoord en gezien en dit kan van invloed zijn op de mate waarin zij willen participeren in het verlenen van zorg aan de patiënt. In dat geval kan de FVP bemiddelen. Bijvoorbeeld als er een verschil van inzicht is of als een contact stroef verloopt. Ook bij klachten en bij klachtenprocedures biedt de FVP ondersteuning.

De FVP is in dienst van de [Landelijke Stichting Familievertrouwenspersoon](#) (LSFVP) en werkt kosteloos voor de naasten.

De professionals uit het sociale domein (wisselende disciplines)

Deze professionals (agogen, maatschappelijk werkers, verpleegkundigen) zijn in dienst van de gemeente of andere instellingen en hebben tot taak het verlenen van ondersteuning bij diverse levensgebieden van patiënten (bijvoorbeeld wonen, financiën, werk, scholing en dagbesteding) of zijn betrokken bij aspecten met jeugdigen en kinderen.

Deze professionals hebben een taak bij het verstrekken van de assertieve zorg (samen met de professionals uit de ggz), onder andere gericht op het voorkómen van verplichte zorg, en het uitvoeren van het wederkerigheidsprincipe tijdens een Wvggz maatregel. Dit kan bijvoorbeeld inhouden het op een assertieve wijze organiseren van een schuldsanering of woonbegeleiding. Of bijvoorbeeld het verzorgen van een woonplek bij patiënten met een ernstige psychische aandoening die een Wvggz maatregel opgelegd krijgen in verband met "risico op ernstige zelfverwaarlozing" vanwege dakloosheid.

6.3 Samenwerking binnen netwerken

6.3.1 Inleiding

"Samenwerken is een bijdrage leveren waardoor een ander beter zijn/haar werk kan doen."

Uit diverse onderzoeken naar ernstige incidenten is gebleken dat de kwaliteit van de zorg direct gerelateerd is aan de kwaliteit van samenwerken. Het is niet alleen de aard van de interventie die bepalend is voor het resultaat, maar de samenhang van interventies en de afstemming tussen betrokkenen.

6.3.2 Complexiteit

Voorafgaand aan het toepassen van verplichte zorg is er zo mogelijk geprobeerd om door middel van assertieve zorg een zorgwekkende situatie om te buigen naar een betere situatie. In deze fase van assertieve zorg zijn er vaak complexe problemen in de

zin van problemen op meerdere levensgebieden. Juist in deze fase is het van belang dat professionals uit de ggz intensief samenwerken met naasten en medewerkers uit het sociale domein.

Bron: Bron: Niels Mulder, Jaap van Weeghel, Philippe Delespaul, Frits Bovenberg, Bram Berkvens, Eva Leeman, Hans Kroon, Tom van Mierlo, Gerdie Kienhorst. Netwerkpsychiatrie.

Samenwerken aan herstel en gezondheid (2020). Boom uitgevers Amsterdam

Bij voorkeur op het niveau van de patiënt: **'Niets over ons, zonder ons'** .

Bij assertieve en verplichte zorg is er per definitie sprake van een ernstige en van een complexe situatie. Er is meestal een omslagpunt in een toestand, een decompensatie, aan voorafgegaan. De oorzaken die hebben geleid tot de verandering, bieden onvoldoende houvast om een weg terug te vinden. Een manische decompensatie als gevolg van een gebrek aan slaap bijvoorbeeld, is niet meteen opgelost door ervoor te zorgen dat iemand een paar nachten goed slaapt.

Bij complexe problemen spelen meerdere factoren een rol. Zoals de aandoening, de persoonlijkheid, lichamelijk toestand, veiligheid, gebruik van macht en verzet. Er zijn verschillende disciplines betrokken en het probleem overschrijdt verschillende domeinen (zorg, samenleving, veiligheid, rechterlijke macht, naasten), maar ook organisatiestructuur, infrastructuur van de zorg en financiering zijn bepalende factoren. Al deze zaken hebben bovendien een onderlinge samenhang. Ook zijn er factoren die elkaar versterken. Het gebruik van verplichte zorg roept bijvoorbeeld vaak verzet op, dat gebruik van nog meer verplichte zorg kan vragen. Tevens ontstaan er soms verschijnselen van tegenoverdracht vanuit de hulpverleners naar de patiënt en diens naasten of tussen hulpverleners (soms uit verschillende domeinen). Respect voor elkaars standpunten en deskundigheden is van belang.

Ten slotte maken alle betrokken partijen onderdeel uit van het systeem waarbinnen verplichte zorg wordt uitgevoerd. De afstemming tussen hulpverleners, politie, sociaal domein en naasten is een ingewikkelde dynamiek, waarbij de patiënt en diens naasten steeds betrokken horen te worden.

6.3.3 Afspraken

Voor een goede samenwerking is het noodzakelijk dat de betrokken mensen en partijen duidelijke afspraken maken over wie wat doet. Het is belangrijk dat professionals weten welke informatie iemand nodig heeft om zijn werk te kunnen doen en wat de verantwoordelijkheden van eenieder zijn. Het is gewenst expliciete afspraken te maken over rollen, taken, verantwoordelijkheden, mandaat (waarover mag ik van de anderen beslissen) en informatiedeling. Deze expliciete afspraken gelden binnen een domein

(zorg, veiligheid, gemeentelijke organisatie, naasten), maar net zo goed tussen verschillende domeinen.

Een algemeen principe hierbij is: **‘Niets over ons, zonder ons’**, hetgeen betekent dat professionals uit diverse domeinen (ggz, gemeente, politie), zoveel mogelijk afspraken maken en zorgplannen bedenken samen met en in het bijzijn van de betrokkene en diens naasten. Hierbij kan gebruik gemaakt worden van een aantal principes van de resourcegroepen [\(RACT\)](#) waarbij er sprake is van een gelijkwaardig gesprek met alle betrokkenen.

6.3.4 Voorwaarden

"Bij toepassing van assertieve en verplichte zorg is het van belang dat alle betrokkenen en betrokken partijen het zoveel mogelijk eens zijn over de juiste aanpak."

6.3.5 Coördinatie en regie

Wanneer assertieve of verplichte zorg noodzakelijk is, dan wordt soms macht gebruikt. Een veel voorkomend misverstand is dat er in dergelijke situaties, zeker als er sprake is van handelingsverlegenheid, centrale regie noodzakelijk is. Bij een complexiteitsprobleem is een simpele, enkelvoudige, oplossing niet toereikend en dus zijn onderlinge afspraken veel belangrijker. Omdat de afstemming tussen partijen en binnen betrokken teams essentieel is, is het noodzakelijk om een duidelijke coördinatie te hebben. Er hoeft geen centrale coördinatie te zijn, vaak is dat zelfs niet eens wenselijk, maar duidelijkheid over wie verantwoordelijk is voor de afstemming en informatiedeling binnen een team en tussen partijen is zeer belangrijk. Het gaat vooral om een [netwerkbenadering](#).

Bron: Bron: Niels Mulder, Jaap van Weeghel, Philippe Delespaul, Frits Bovenberg, Bram Berkvens, Eva Leeman, Hans Kroon, Tom van Mierlo, Gerdie Kienhorst. Netwerkpsychiatrie.

Samenwerken aan herstel en gezondheid (2020). Boom uitgevers Amsterdam

6.3.6 Verantwoordelijkheidsverdeling

De burgemeester, officier van justitie, rechter, geneesheer-directeur en inspectie hebben een procedurele verantwoordelijkheid. Zij hebben de verantwoordelijkheid om te beslissen over en toetsen van verplichte zorg en het teruggeven van vrijheden en moeten erop toezien dat regels worden nageleefd. Andere betrokkenen hebben een operationele (uitvoeringsgerichte) verantwoordelijkheid. Deze operationele verantwoordelijkheid kan ook nog eens getrapt uitgevoerd worden. Zo mag de

psychiater besluiten tot het verlenen van verplichte zorg cq besluiten tot het toepassen van verplichte zorg in een concrete situatie en de uitvoering hiervan aan de verpleging delegeren. De psychiater is in dit geval verantwoordelijk voor de indicatie van de verplichte zorg en de verpleegkundige voor de uitvoering. Daarbij heeft de psychiater wel de verantwoordelijkheid om te weten of de uitvoering goed en volgens de wet verloopt.

Een veel voorkomende valkuil bij handelingsverlegenheid is dat er zonder duidelijke analyse en plan wordt opgeschaald naar de persoon met een procedurele verantwoordelijkheid. Bij toepassing van de Wvggz kan in het geval van handelingsverlegenheid, uitvoeringsmacht van de burgemeester, officier van justitie of rechter gevraagd worden in het geval van een gemeentelijk vooronderzoek, of artikel 2.3-aanvraag. Gebruik van doorzettingsmacht, zonder duidelijk achterliggend plan, ligt dan op de loer en is onwenselijk.

Omdat toepassing van verplichte zorg een uiterste (nood)maatregel is, is het van groot belang om hierover zorgvuldig verantwoording af te leggen. Voor het afleggen van verantwoording is het nodig de verantwoordelijkheidsverdeling te kennen.

Bij de toepassing van verplichte zorg is er nooit één partij of actor 100% verantwoordelijk. Er is altijd een gedeelde en getrapte verantwoordelijkheid bij alle betrokkenen. Ook de term eindverantwoordelijkheid, die impliceert dat er iemand is die de uiteindelijke resultaatverantwoordelijkheid heeft en dus het afbreukrisico draagt, is misleidend en ongeschikt om de rolverdeling bij samenwerking te definiëren.

6.3.7 Eén narratief: een gedeeld verhaal

Bij toepassing van assertieve en verplichte zorg is het van belang dat alle betrokkenen en betrokken partijen het zoveel mogelijk eens zijn over de juiste aanpak. Is dit niet het geval, dan zullen partijen bij handelingsverlegenheid naar elkaar gaan wijzen om gewenste acties uit te voeren (Bijvoorbeeld opstarten van een Wvggz maatregel door de ggz of vervolging door de politie). De doelen en verwachtingen zijn dan niet onderling afgestemd en samenwerking (voor zover je daar al van kan spreken) is tot mislukken gedoemd. Dit kan spelen binnen een team, of op een afdeling, maar is soms ook aan de orde als er verschillende partijen bij de zorg betrokken zijn.

Voorwaarde voor goede samenwerking en voor het toepassen van assertieve en verplichte zorg is dat er een gedeeld verhaal, een narratief is. Als de complexiteit van het probleem door alle partijen wordt erkend, dan is voor alle betrokkenen ook duidelijk dat een enkelvoudige simpele oplossing niet voorhanden is en dat mensen tot samenwerking veroordeeld zijn, met gedeelde verantwoordelijkheid als afgeleide.

Het komen tot één narratief is soms het moeilijkste in de samenwerking. Dit omdat iedereen een vanuit een eigen professioneel, of persoonlijk perspectief een visie heeft op het probleem. Een typisch voorbeeld is dat familie aangeeft dat thuis wonen geen optie meer is, de politie meent dat iemand ziek is en zorg nodig heeft, en dat vanuit het zorgdomein de veiligheid voorop staat. Dit geeft aan hoe belangrijk het is dat

professionals uit verschillende domeinen elkaar (digitaal) treffen, zo mogelijk in het bijzijn van de patiënt en diens naasten, zodat ieder dezelfde situatie kan beoordelen vanuit zijn eigen professionele perspectief en hierover met elkaar van gedachten kan wisselen.

Een duidelijk narratief zou de verschillende problemen moeten omvatten en de afweging in zich moeten hebben tussen de verschillende ethische perspectieven. Zoals het belang van het individu versus het belang van de samenleving, de afweging tussen autonomie en verplichte zorg, rechtvaardig handelen, niet schaden en weldoen. En het meest doelmatige ten opzichte van het meest ideologische perspectief. Het goede om te doen in een geval van een complexiteitsprobleem met de keuze uit verschillende kwaden, is essentieel om voor iedereen richting te geven aan het proces van samenwerken.

6.3.8 Methodisch werken

Het werken volgens een bepaalde methodiek, zoals [F\(ACT\)](#), [IHT](#), [HIC](#), [POD](#), maar ook samenwerken in een [veiligheidshuis](#), of een regio-overleg kan een goede samenwerking waarborgen. Vaak zijn door de methode, in een organisatie, of tussen organisaties heldere afspraken gemaakt over rollen, taken, verantwoordelijkheden en informatiedeling. Ook een professioneel statuut van een ggz-instelling kan hierin richtinggevend zijn.

Tegelijkertijd zorgen vastgestelde afspraken en samenwerkingsvormen er soms voor dat er niet wordt stilgestaan bij de noodzakelijk voorwaarden voor een goede samenwerking. Zoals het beschrijven van de complexiteit, het gedeelde narratief en de afspraken over de coördinatie. In die gevallen vormt methodisch werken juist een risico voor goede samenwerking. Elk behandelteam hoort zichzelf daarom de gewetensvraag te stellen: "Wanneer vinden wij dat we ons werk goed georganiseerd hebben?" En per casus: "Wat is er in dit geval nodig om het werk goed te regelen en met wie werken we samen, in het bijzijn van de patiënt en diens naasten?"

Samenwerking in het netwerk, ook op het niveau van de patiënt, is een noodzakelijke competentie voor hulpverleners en allen die betrokken zijn bij het hulpverleningsproces. Bij elke situatie waar sprake is van toepassing van verplichte zorg dient besproken te worden welke inzet van wie noodzakelijk is op het gebied van behandeling en vooral ook van kennisdeling. Het delen van kennis over een goede samenwerking is belangrijk gereedschap voor hulpverleners en mag niet vergeten worden.

6.4 Competenties

6.4.1 Inleiding

"Een zorgverlener bezit naast zijn moed en daadkracht om te handelen, tegelijkertijd een goed reflectief vermogen om zijn eigen handelen te allen tijde ter discussie te stellen."

Zorgverleners die in hun werk te maken hebben met verplichte zorg, hebben specifieke

competenties nodig om goede zorg te kunnen leveren. Onder competenties wordt het geheel aan kennis, inzicht, vaardigheden, houding en persoonlijke eigenschappen verstaan. Gebaseerd op het werkboek [HIC](#) worden in deze paragraaf de belangrijkste competenties voor zorgverleners beschreven.

6.4.2 Kennis

Kennis is een belangrijke basis als het gaat om professionaliteit. Het handelen van een professional is niet alleen gebaseerd op evidence- based kennis maar ook op practice-based kennis. Om goede zorg te kunnen leveren in situaties waarin er sprake kan zijn van verplichte zorg is het daarom essentieel voor zorgverleners om kennis te hebben van psychopathologie, klinische besluitvorming, diagnostiek, behandeling van psychiatrische crisissituaties, psychofarmaca en bijwerkingen, preventie van crisis en verplichte zorg en de bejegening van patiënten in crisis. Daarnaast is kennis over de Wvggz en andere relevante wettelijk kaders van belang, kennis over de feitelijke wettelijke kaders maar ook over de ethische dilemma's die deze kaders met zich meebrengen. Tot slot is kennis van de principes en uitvoering van HOZ ([herstel ondersteunende zorg](#)) een belangrijke voorwaarde gezien het vervolg van het zorgtraject.

6.4.3 Vaardigheden

Het verkrijgen van kennis en vaardigheden om verplichte zorg te voorkomen dan wel te geven verdient specifieke aandacht in de diverse opleidingen voor zorgverleners. Daarnaast bestaat er een aparte aanvullende opleiding voor verpleegkundigen werkzaam op een HIC.

Met betrekking tot contact kan de zorgverlener op een toegankelijke, open en respectvolle wijze contact leggen en onderhouden met patiënten, naasten en andere zorgverleners. Zorgverleners sluiten aan bij eerste behoeften van de patiënt en diens naasten en zijn hartelijk, attent en servicegericht.

Ook kunnen zorgverleners tijdig spanning en verslechterende situaties signaleren om toepassingen van verplichte zorg zoveel mogelijk te voorkomen en is observatie van belang om risico's adequaat in te kunnen schatten. Tevens dienen zorgverleners vaardigheden te bezitten gericht op de-escalatie (b.v. gespreksvaardigheden, gebruik van specifieke methodieken op verplichte zorg te voorkomen (zie 5.2), het tijdig aanbieden van medicatie, toepassen van 1 op 1 begeleiding op een HIC, gebruik van een comfortroom) en zijn ze in staat om fysiek in te grijpen (bijvoorbeeld d.m.v. holding) als dat nodig is.

Zorgverleners hebben inzicht en vaardigheden om verplichte zorg (b.v. verblijf in een Extra Beveiligde Kamer (EBK)) tijdig te kunnen afschalen, o.a. gebruik makend van risicotaxatie (zie 7.2).

Tot slot zijn overzichts- en planningsvaardigheden nodig om goede zorg te kunnen leveren.

6.4.4 Attitude

Naast kennis en vaardigheden is een passende attitude essentieel om goede zorg te waarborgen. Allereerst is een bepaalde creativiteit van zorgverleners noodzakelijk, aangezien er sprake moet zijn van afstemming van zorg op de individuele patiënt. Om creativiteit tot uiting te laten komen zijn niet alleen durf en lef nodig van de individuele zorgverlener, maar ook een betrokken teamleider die moed en daadkracht ondersteunt. Daarnaast is flexibiliteit nodig en dient de zorgverlener betrokken, open, transparant en eerlijk te zijn.

Een hoge mate van transparantie zal het behouden en eventueel herstellen van de behandelrelatie aanzienlijk bevorderen. Een zorgverlener bezit naast zijn moed en daadkracht om te handelen, tegelijkertijd een goed reflectief vermogen om zijn eigen handelen te allen tijde ter discussie te stellen.

6.5 Kwaliteitsbeleid

6.5.1 Inleiding

"Een behandelplan/behandelovereenkomst, verwoord op een dusdanige wijze dat de patiënt en zijn naasten begrijpen wat er is opgeschreven, geeft richting aan de multidisciplinaire behandeling en verschaft duidelijkheid aan de patiënt en zijn naasten. Uitgangspunt is dat er (zoveel mogelijk) overeenstemming is tussen de patiënt en de professional."

Goede zorg vereist zorgvuldig beleid gericht op het registreren, monitoren en evalueren van de kwaliteit van zorg, zonder dat dit teveel bureaucratische last betekent. In deze paragraaf wordt beschreven op welke wijze het kwaliteitsbeleid door professionals en betrokken organisaties kan worden vormgegeven.

6.5.2 Methodisch werken

Om inzicht te krijgen in kwaliteit van zorg is het allereerst van belang dat er zoveel mogelijk methodisch wordt gewerkt.

De kern van methodisch werken is dat er planmatig naar de realisering van doelstellingen wordt toegewerkt vanuit een behandelplan/behandelovereenkomst. De doelstellingen zijn opgesteld aan de hand van de beschikbare informatie over de diagnose, de symptomen en de beïnvloedende factoren en risico's en wensen van de patiënt en naasten.

Aangezien de verplichte zorg een onderdeel is van een vaak veel langer lopende behandeling, worden ook de doelen gericht op herstel (zie [Generieke module Herstel](#)) meegenomen in het behandelplan/behandelovereenkomst. Indien er een toepassing van verplichte zorg dreigt of reeds is ingezet, moet de behandelaar kort beschrijven wat gedaan is om de verdere escalatie van verplichte zorg te voorkomen of te beëindigen.

Een behandelplan/behandelovereenkomst, verwoordt op een dusdanige wijze dat de patiënt en zijn naasten begrijpen wat er is opgeschreven, geeft richting aan de multidisciplinaire behandeling en verschaft duidelijkheid aan de patiënt en zijn naasten. Uitgangspunt is dat er (zoveel mogelijk) overeenstemming is tussen de patiënt en de professional.

Aanvullend op het behandelplan worden **crisisafspraken** gemaakt. Deze crisisafspraken worden vastgelegd in het behandelplan of in een, daarvoor bij de organisatie van zorg passend, ander document. Crisisafspraken worden in principe gemaakt tussen de patiënt en de professional en in samenspraak met naasten. In deze afspraken staat beschreven welke gedragingen en symptomen duiden op een naderende crisis en wat de patiënt, de naasten en de professionals kunnen of moeten doen om te voorkomen dat de patiënt in crisis raakt. Ook worden hierin afspraken vastgelegd over wie de dagelijkse verantwoordelijkheden van de patiënt overneemt indien hij/zij deze niet meer zelf kan uitvoeren (bijvoorbeeld de zorg voor huisdieren). Patiënten kunnen met een eigen plan van aanpak voorkomen dat verplichte zorg via een zorgmachtiging toegepast zal worden. Indien de procedure, voor de zorgmachtiging wordt hervat zal de zorgverantwoordelijke een [zorgplan](#) en [zorgkaart](#) indienen.

Er wordt door alle betrokken disciplines systematisch gerapporteerd in het dossier. Het behandelplan/behandelovereenkomst wordt zo vaak als nodig met de patiënt en naasten geëvalueerd en eventueel bijgesteld. Uitgangspunt hierbij is dat de frequentie van evaluatie wordt herzien op basis van:

- Toenemende mate van de impact van interventies op het dagelijkse leven van de patiënt (en/of diens naasten).
- Afnemende mate van consensus tussen patiënt, professional en naasten.

Daarnaast is een wijziging van inzicht of een wijziging van de gestelde doelen en de uitvoering van de daaruit volgende acties altijd reden om het behandelplan/behandelovereenkomst te evalueren.

Op het moment dat er sprake is van verplichte zorg zonder consensus is te overwegen om de onderbouwing van de patiënt, en eventueel die van de naaste en van de professional op te nemen in het behandelplan/behandelovereenkomst.

6.5.3 Registratie en verplichte zorg

Het is van belang dat de registratie van verplichte zorg te allen tijde een doel heeft en dat dit doel is gericht op de verbetering van de kwaliteit van de te leveren zorg. Te vaak leidt registratie tot het afleggen van verantwoordelijkheid waardoor de motivatie om te registreren extern wordt gedreven en er onvoldoende gebruik wordt gemaakt van de verzamelde informatie. Te weinig richt het zich op het nemen van verantwoordelijkheid waarbij de professional zijn of haar handelen reflecteert op basis van de verzamelde informatie. Deze registratie levert tevens een bijdrage aan landelijke informatieverzameling die kan leiden tot een gezamenlijk leerproces ter verbetering van de zorg.

Sinds de ingang van de Wvvggz is de manier van registreren van verplichte zorg veranderd. In het verleden was er sprake van de Argus registratie en de Bopzis registratie. Het Argusregistratiesysteem was ontwikkeld vanuit zorgaanbieders, de brancheorganisatie en patiënt- en familieorganisaties. Het Bopzis werd ontwikkeld door de voorloper van de huidige Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ). Aanpassing van registratie van verplichte zorg was noodzakelijk omdat de Wvvggz meer mogelijkheden van verplichte zorg kent en geen beperkingen heeft tot klinische toepassing. Daarom is het document [registratie van verplichte zorg](#) opgesteld. Tot nu toe is er nog geen alternatief gerealiseerd voor de Argus registratie, waardoor landelijke cijfers over toepassingen van verplichte zorg ontbreken.

Het document "registratie van verplichte zorg" bevat een overzicht van de vormen van verplichte zorg conform de Wvvggz, inclusief de wijze van registratie van verplichte zorg. Dit document is tot stand gekomen met medewerking van vele professionals met expertise op het gebied van de praktijk van verplichte zorg- en datamanagement. En in overleg met medewerkers van de IGJ en het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS). Ook heeft juridische toetsing plaats gevonden.

In de [Wvvggz](#) staat dat de zorgaanbieder zorgt voor het digitaal beschikbaar zijn van deze gegevens ten behoeve van de uitvoering van deze wet en het toezicht door de inspectie. De zorgaanbieder verstrekt ten minste eens per 6 maanden een digitaal overzicht van onder andere de registraties van verplichte zorg ([regeling Wvvggz](#)).

6.5.4 Evaluatie van kwaliteit van zorg

"Moreel beraad is een methodische wijze om ethische dilemma's uit de dagelijkse praktijk te bespreken aan de hand van waarden en normen."

Door periodiek de cijfers over toepassen van verplichte zorg te bespreken (binnen teams en binnen en tussen de instellingen), ontstaat er bewustzijn op afdelingen over hoe vaak welk voor soort verplichte zorg wordt toepast. Dit helpt bij het bepalen van het beleid en het eventueel verder reduceren van dwangtoepassingen.

Evaluatie draagt tevens bij aan de verandering van de cultuur in organisaties. Dit is een belangrijke voorwaarde voor het terugdringen van verplichte zorg. Evaluatie maakt professionals ervan bewust dat er geleerd kan worden van de ervaringen van de patiënt en van de eigen ervaringen. Dit sluit aan bij een specifiek aspect van evaluatie: reflectie op het eigen handelen.

Een belangrijke voorwaarde voor reflectie is dat er een bepaalde teamcultuur en attitude van professionals aanwezig is, waarin men reflectie en evaluatie belangrijk vindt. Als de betrokken professionals niet open staan voor reflectie, niet willen leren van de consequenties van eerder handelen, of een gebrek aan motivatie hebben om verplichte zorg en drang te voorkomen, dan is het komen tot reflectie een stuk complexer. Best practices op het gebied van reflectie op het eigen handelen zijn intervisie en moreel beraad. Intervisie is van belang om met (een deel van) het team op een gestructureerde manier mee te denken met complexe zorgsituaties. Het is van belang om intervisie

structureel te organiseren. **Moreel beraad is een methodische wijze om ethische dilemma's uit de dagelijkse praktijk te bespreken aan de hand van waarden en normen.** Het ondersteunt professionals om op morele gronden de best mogelijke beslissing te nemen bij dilemma's.

Bij een moreel beraad zijn alle betrokken professionals aanwezig. Deze multidisciplinaire bespreking kan een belangrijke bijdrage leveren aan het ontwikkelen van een gemeenschappelijke zorgvisie. Bovendien geeft het ruimte om over de verschillende perspectieven (patiënt, naasten, verschillende professionals) te reflecteren, de waarden af te wegen en tot kwalitatief goed beargumenteerde beslissingen te komen.

Reflecteren op het eigen handelen kan leiden tot minder routinematig werken. Dit houdt in dat professionals, ondanks bepaalde afspraken op de afdeling, voortdurend aandacht dienen te hebben voor de unieke situatie van de specifieke patiënt (zorg op maat). Werkwijzen kunnen dan ook niet worden gestandaardiseerd, maar dienen voortdurend onderzocht te worden op zinvolheid in het geval van de specifieke patiënt en context.

Reflectie op eigen handelen en evaluatie van de geboden zorg wordt hiermee steeds belangrijker. Echte cultuurverandering vereist dat men in alle lagen van de organisatie doordrongen is van het belang van reflectie. Het management dient hierachter te staan en dit ook te faciliteren. Dit laatste betekent dat structureel tijd vrijgemaakt moet worden en dat personeel moet worden vrij geroosterd voor reflectiebijeenkomsten, zoals moreel beraad.

Evaluatie en reflectie moeten niet alleen worden beschouwd als bron van inspiratie en motivatie. Ze zijn medebepalend voor de kwaliteit, doeltreffendheid en doelmatigheid van goede zorg en het terugdringen van verplichte zorg.

6.6 Kosteneffectiviteit en doelmatige zorg

Zorg zou vanzelfsprekend alleen moeten worden ingezet en/of geïntensiveerd als dit noodzakelijk is voor de specifieke situatie van de patiënt.

Doelmatige inzet van (assertieve) zorg bij het voorkómen van verplichte zorg kent twee uitgangspunten. Ten eerste kunnen er afspraken worden gemaakt op welke wijze er wordt ingezet om het afschalen van zorg zo goed mogelijk te organiseren. Het plannen van een ontslagdatum bij opname is hier een voorbeeld van. Ook het verhogen van de frequentie van evaluatie en daarmee het vaker stellen van de vraag of de interventies die zijn ingezet kunnen worden afgeschaald kan ondersteunend zijn.

Ten tweede is laagdrempelige beschikbaarheid van de verschillende interventies een sleutel tot doelmatigheid. Het zo snel mogelijk bieden van passende zorg (zowel vanuit de ggz als vanuit het sociaal domein) leidt tot een zo snel mogelijke oplossing van een (dreigende) crisissituatie. In veel gevallen voorkomt dit erger en verlaagt dit de inzet van overbruggingszorg.

Samenwerking tussen de verschillende netwerkpartners is hierbij essentieel. Zowel om goede zorg te waarborgen, als om ervoor te zorgen dat zorg tijdig opgeschaald en

afgebouwd kan worden. Zie voor meer informatie over samenwerking paragraaf 4.2. Daarbij gaat het vooral om netwerksamenwerking op het niveau van de patiënt en diens naasten (bijvoorbeeld in de vorm van resourcegroepen), zodat de zorg daadwerkelijk geboden en afgestemd wordt in het bijzijn van de patiënt.

Bij doelmatigheid gaat het in het kader van de Wvvggz om het feit dat de verplichte zorg effectief dient te zijn in het afwenden van ernstig nadeel. In de praktijk is het doel van het behandelplan breder dan het wegnemen van het risico op ernstig nadeel en het voorkomen dat betrokkene onnodig lang in het ziekenhuis moet verblijven. Het behandelplan heeft tevens tot doel de stoornis zo te behandelen dat de prognose van de patiënt verbetert en dat er gezondheidswinst optreedt.

Het behandelplan is gericht op herstel, inclusief verpleging en lichamelijke verzorging. Deze ‘vermenging’ van doelstellingen is onontkoombaar en volgt inherent uit de plicht tot goed hulpverlenerschap. Daarbij zullen professionals goed in het dossier moeten vastleggen welke interventies bedoeld zijn om het ernstig nadeel af te wenden en welke interventies een ander doel hebben. Het gebruiken van een [zorgkaart](#) of persoonlijk crisissignaleringsplan zijn bedoeld om aan te sluiten bij eerdere ervaringen en wensen van de patiënt en bedoeld om een recidief risico op ernstig nadeel af te wenden.

6.7 Financiering

Goede zorg wordt zoveel mogelijk ingericht volgens de wensen en voorkeuren van de patiënt maar ook op geleide van de inschatting door professionals op het zich voordoen van het risico op ernstig nadeel. Zorg wordt geïntensiveerd als de patiënt dit nodig heeft, bijvoorbeeld langs de weg van assertieve zorg, naar verplichte zorg en weer terug. Patiënten kunnen daarbij dus zowel ambulant als klinisch behandeld worden. Dit betekent dat er binnen de zorg voor één patiënt verschillende financieringssystemen relevant kunnen zijn. Hieronder worden deze kort toegelicht.

[Generalistische basis ggz](#)

De generalistische basis ggz heeft vier typen integrale zorgvraagzwaarteproducten per patiënt: kort, middel, intensief en chronisch, zoals beschreven [prestaties van de Nederlandse Zorgautoriteit \(NZa\)](#). Zorgaanbieders kunnen verschillende deskundigheden inzetten en de zorg kan uit verschillende behandelcomponenten bestaan. Voorbeelden hiervan zijn zorg gerelateerde preventie, consultatie en/of gedeeltelijke behandeling door de gespecialiseerde ggz.

[Gespecialiseerde ggz](#)

De gespecialiseerde ggz wordt gefinancierd op basis van de [Zorgverzekeringswet](#) volgens de [DBC-financiering](#) (diagnose-behandelcombinatie) en de wet langdurige zorg. Als er sprake is van assertieve- en verplichte zorg valt dit onder deze financieringsvorm. Patiënten die zijn opgenomen krijgen een DBC die passend is bij de diagnose die is gesteld. Voor patiënten die langer dan 3 jaar opgenomen zijn, wordt de zorg gefinancierd vanuit de [Wet langdurige zorg \(Wlz\)](#) Per [2021 zal een deel van de GGZ](#)

[worden overgeheveld naar de Wlz.](#)

Sociale wijkteams en intensief begeleid wonen

Ondersteuning vanuit de [sociale wijkteams](#) alsmede intensief begeleid wonen worden gefinancierd vanuit de [Wet maatschappelijke ondersteuning \(Wmo\)](#). Het gaat hier meestal om ondersteuning die geregeld wordt via de gemeente en is zowel van toepassing op algemene voorzieningen als op maatwerkvoorzieningen. Op het moment dat er verplichte zorg plaatsvindt in een Regionale Instelling voor Beschermd en Begeleid Wonen (RIBW) is er samenwerking met de gespecialiseerde ggz.

Financiering van zorg bij verplichte zorg

Op basis van bovenstaande vindt de verplichte zorg over het algemeen plaats binnen de specialistische ggz. Crisisdiensten werken daarbij vanuit de specialistische ggz met een beschikbaarheidsfinanciering.

Indien er sprake is van een strafrechtelijke maatregel is de [Wet forensische zorg](#) van toepassing en wordt de zorg vanuit het ministerie van Justitie en Veiligheid gefinancierd. Het voorkómen van verplichte zorg kan in principe overal plaatsvinden en is daarmee niet gerelateerd aan een zorgaanbieder en/of een specifieke financieringsstroom. In het algemeen kan worden gesteld dat assertieve zorg en verplichte zorg een netwerksamenwerking met professionals uit meerdere domeinen (ggz, sociaal domein, politie) op het niveau van de patiënt en diens naasten vereist, waarbij in de praktijk de financiering van meerdere kanten zal komen.

Per 2022 zal het [Zorgprestatiemodel](#) de huidige prestaties voor basis-GGZ, DBC's en ZZP's vervangen.

7. Kwaliteitsindicatoren

Autorisatiedatum 25-10-2021 Beoordelingsdatum 25-10-2021

7.1 Inleiding

Kwaliteitsindicatoren zijn essentieel om het zorgproces te verbeteren. Binnen instellingen dient er gewerkt te worden aan het voorkómen van verplichte zorg en het verlenen van goede zorg in situaties van assertieve en verplichte zorg. Er zijn kwaliteitsindicatoren voor assertieve en verplichte zorg die iets zeggen over de kwaliteit van de structuur en het proces en indicatoren over de uitkomst. Cruciaal zijn adequate implementatie van assertieve en verplichte zorg in de vorm van ambulante en klinische zorgmodellen (o.a. [F\(ACT\)](#), [IHT](#) en [HIC](#) vanuit de ggz en sociale wijkteams vanuit het sociaal domein) en registratie en evaluatie van toepassingen van verplichte zorg.

7.2 Structuur - en proces-indicatoren bij assertieve en verplichte zorg

7.2.1 Ambulant

Uit een aantal onderzoeken is gebleken dat het werken met crisis-signaleringsplannen, gebruik van integrale zorgvormen (zoals [F\(ACT\)](#))

Bron: de Jong, M.H., Kamperman, A.M., Oorschot, M. Priebe, S. (2016). Interventions to Reduce Compulsory Psychiatric Admissions: A Systematic Review and Meta-analysis. FRC Psych.

en een proactieve houding van professionals naar patiënten die dreigen uit de zorg te vallen

Bron: de Jong, M.H., Oorschot, M., Kamperman, A.M., Brussaard, P.E., Knijf, E.M., van de Sande, R., van Gool, A.R., Mulder, C.L., (2017) Crucial factors preceding compulsory psychiatric admission: a qualitative patient-record study.

verplichte opnames kan voorkómen (outreachinge zorg). Ook zijn er aanwijzingen dat gebruik van Intensieve Behandeling Thuis, verplichte opnames kan voorkómen. Modelgetrouwheid aan deze zorgmodellen is hierbij een kwaliteitsindicator. Het werken met [modelgetrouwheidsschalen](#) bij FACT, IHT en HIC en het toepassen van

interprofessionele audits kan de kwaliteit van zorg in deze teams verbeteren en daarmee mogelijk bijdragen aan minder verplichte zorg. Er zijn geen kwaliteitsindicatoren voor OGGZ/bemoeizorgteams en of sociale wijkteams.

7.2.2 Klinisch

Op het moment dat zorg moet worden geïntensiveerd en een verplichte zorg op een gesloten psychiatrische afdeling noodzakelijk is, kan een patiënt worden geplaatst op een HIC-afdeling. Om kwaliteit van zorg te waarborgen en inzicht te geven in welke mate afdelingen het HIC-model hebben geïmplementeerd, is de [HIC-monitor](#) ontwikkeld. De HIC-monitor wordt hiermee een normenkader voor HIC-afdelingen in Nederland.

Binnen de monitor wordt getoetst op teamstructuur, teamproces, diagnostiek en behandeling, zorgorganisatie, monitoring, professionalisering, Wvggz, ruimtelijke vormgeving (principes van healing environment), veiligheid en evaluatie en terugkoppeling preventie van verplichte zorg, en samenwerking met de triade. Uit onderzoek is gebleken dat een hogere HIC modelgetrouwheid geassocieerd is met minder agressie en separaties.

Bron: van Melle, A.L., Voskes, Y., de Vet, H.C.W., van der Meijs, J., Mulder, C.L., Widdershoven, G.A.M., (2019) High and Intensive Care in psychiatry: Validating the HIC monitor as a tool for assessing the quality of psychiatric intensive care units.

Risicotaxatie als onderdeel van ambulante en klinische behandeling

7.2.3 Ambulante behandeling

Het taxeren van het risico op gevaarlijke situaties kan een middel zijn om verplichte zorg te voorkomen. Er wordt aanbevolen dat risicotaxatie, gericht op zelfverwaarlozing, maatschappelijke teloorgang, [suïcidaal- en zelfbeschadigend gedrag](#) en op agressie, structureel door professionals wordt uitgevoerd (door hier volgens de betreffende richtlijnen tijdens contacten met patiënten en naasten gericht naar te vragen en huisbezoeken te doen) en in teamverband wordt besproken. Dit geldt zowel in de ambulante als in de klinische situatie.

Door tijdig te signaleren of er een verhoogde kans is op een van deze gedragingen, kan er worden ingespeeld op de situatie van de individuele patiënt. Daarmee kan eventuele verplichte zorg worden voorkómen. Er bestaan momenteel geen gestandaardiseerde risicotaxatie instrumenten voor het inschatten van bovenstaande risico's op ernstig nadeel, waarvan is aangetoond dat die beter zijn dan het klinisch oordeel in de huidige praktijk van de algemene, ambulante psychiatrie.

7.2.4 Klinische behandeling

Er sterke aanwijzingen dat het gebruik van risicotaxatie instrumenten op acute opname-afdelingen nuttig is voor het verminderen van de kans op agressie-incidenten en de duur van separaties. Deze instrumenten vormen samen de “Crisismonitor”.

De crisismonitor bestaat uit de Brøset Violence Checklist (BVC), de Kennedy-As V, de Brief Psychiatric Rating Scale, de schaal voor gevaar en de Social Dysfunction and Agression Scale (SDAS). Het is onbekend welke van deze instrumenten het meest verantwoordelijk is voor de afname van agressie en duur van de separatie, al lijkt het aannemelijk dat dit vooral de instrumenten zijn die dagelijks worden toegepast: de BVC en de psychopathologie - en de agressie-subschaal van de Kennedy As V. Door middel van de BVC wordt minimaal dagelijks een inschatting gemaakt van het risico op agressie, geweld en controle verlies. Er wordt getoetst op de aanwezigheid van: verwardheid, geïrriteerdheid, luidruchtigheid, fysiek bedreigend zijn, verbaal bedreigend zijn en aanvallen op voorwerpen. Dit helpt bij het identificeren van voorspellers van agressie en controle verlies. De lijst bevat ook mogelijke interventies die kunnen worden uitgevoerd om eventuele agressie te voorkomen of verminderen.

Hiernaast kan ook de Staf Observation Aggression Scale (SOAS-R; bij agressie incidenten) worden afgenomen om de aard en omvang van agressie-incidenten op de afdeling te monitoren.

Meer informatie over de betrouwbaarheid en validiteit van verschillende instrumenten voor risicotaxatie is te vinden in de multidisciplinaire richtlijn (MDR) Dwang en drang, hoofdstuk 5 paragraaf 3 en in de MDR Diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag. Er is aangetoond dat het gebruik van deze crisismonitor leidt tot minder agressie-incidenten en kortere separatieduur.

Bron: van de Sande, R., Nijman, H.L.I., Noorthoorn, E.O. Wierdsma, E., Hellendoorn, E., van der Staak, C., Mulder, C.L., (2011). Aggression and seclusion on acute psychiatric wards: Effect of short-term risk assessment, 199:473-478.

7.3 Kwaliteit van de uitkomst: terugdringen van aantal en duur van toepassingen van verplichte zorg

Met betrekking tot de toepassing van verplichte zorg ligt een eerste stap in het bewustwordingsproces van de hoeveelheid toepassingen van verplichte zorg die op de werkvloer gebruikt worden, zowel ambulant als klinisch. Een tweede stap ligt dan bij de reflectie of de verplichte zorg ook voorkómen had kunnen worden parallel met de vraag of de verplichte zorg uiteindelijk heeft bijgedragen aan het herstelproces van de patiënt. Zoals beschreven in hoofdstuk 4 moeten alle toepassingen van verplichte zorg die worden uitgevoerd in Wvoggz -erkende instellingen ('accommodaties') worden geregistreerd.

Eens per half jaar leveren instellingen cijfers met betrekking tot toepassingen van verplichte zorg aan de IGJ. Parallel aan het aanleveren van deze cijfers wordt aanbevolen om op afdelingsniveau intervisies te organiseren om deze cijfers te bespreken. Ook kunnen afdelingen uit dezelfde of uit verschillende instellingen deze cijfers samen bespreken om van elkaar te leren.

Doelstelling kan zijn om samen te streven naar een reductie van verplichte zorg door te leren van de eigen praktijk en die van anderen. Zo kunnen bijvoorbeeld F(ACT)teams bespreken hoeveel van hun patiënten een zorgmachtiging heeft. Hoeveel zijn opgenomen met een crisismaatregel en op welke wijze en hoe vaak men ambulante verplichte zorg toepast. De teams kunnen bespreken of deze interventies voorkómen hadden kunnen worden en, zo ja, op welke wijze en op welk moment binnen de behandeling. Parallel hieraan speelt de vraag of de verplichte zorg heeft bijgedragen aan het herstel van de patiënt. Door dit te bespreken met andere F(ACT) teams kan gewerkt worden aan een reductie van verplichte zorg. Ditzelfde kan gebeuren op HIC-afdelingen, die eveneens op deze wijze systematisch kunnen werken aan deze reductie.

Tenslotte voorzien we een gezamenlijke reflectie tussen de (gespecialiseerde) ggz en partijen uit het sociaal domein om vandaaruit plannen te bedenken en uit te voeren ter voorkoming van verplichte zorg bij burgers om zo te proberen de trend te keren van alsmáar toenemende verplichte opnames in Nederland.

8. Implementatieplan

Autorisatiedatum 25-10-2021 Beoordelingsdatum 25-10-2021

8.1 Kwaliteitsstandaarden

Volgens de definitie van Zorginstituut Nederland beschrijft een kwaliteitsstandaard in algemene termen wat goede zorg is vanuit het perspectief van de patiënt. Zowel richtlijnen, zorgstandaarden als generieke modules vallen onder de verzamelnaam 'kwaliteitsstandaard'.

'kwaliteitsstandaard'.: Kwaliteitsstandaarden zijn niet statisch maar worden periodiek beoordeeld of aanpassing c.q. uitbreiding nodig is. Vanaf publicatie van een standaard vindt jaarlijks een eenvoudige beoordeling plaats waarbij (kleine) aanpassingen waar nodig worden verwerkt. Eens in de 4 jaar start een volledige revisiebeoordeling van iedere standaard.

Een zorgstandaard biedt voor alle professionals, patiënten en hun naasten een kapstok door te beschrijven hoe integrale zorg bij een bepaalde aandoening er uit ziet vanuit het perspectief van de patiënt (beschrijving optimale zorg). Een zorgstandaard beschrijft het complete zorgcontinuüm (ofwel alle fases waar een patiënt mee te maken krijgt of kan krijgen) voor een bepaalde psychische aandoening. In een zorgstandaard komt niet alleen een groot aantal mogelijke zorgproblemen aan de orde, maar wordt ook expliciet de organisatie van het zorgproces beschreven. Dat alles bezien vanuit het perspectief van de patiënt.

Een richtlijn is een document met aanbevelingen voor de diagnostiek en behandeling van patiënten met psychische aandoeningen, gebruikmakend van wetenschappelijk onderzoek aangevuld met expertise en ervaringen van professionals, patiënten en naasten. Voor specifieke situaties gebruiken professionals de richtlijnen die relevant zijn voor hun specifieke beroepsgroep en specifiekere dan de zorgstandaard ingaan op wat er op dat moment aan zorg geleverd kan worden (beschrijving minimale zorg). Aan één zorgstandaard kunnen dus meerdere richtlijnen ten grondslag liggen (bijvoorbeeld de NHG-richtlijnen van huisartsen, een MDR opgesteld en geautoriseerd door psychiaters en psychologen, richtlijnen voor verpleegkundigen, etc.).

Een generieke module biedt, net als een zorgstandaard, professionals, patiënten en naasten een kapstok door te beschrijven hoe integrale zorg er uit ziet vanuit het perspectief van een patiënt. Het verschil tussen een zorgstandaard en een generieke module is dat een zorgstandaard stoornis specifiek is en een generieke module juist zorgcomponenten of zorgonderwerpen beschrijft die relevant zijn voor meerdere

psychische aandoeningen. De zorg die wordt beschreven in een generieke module kan, afhankelijk van de aandoening, in één of meerdere fases van het zorgproces van toepassing zijn.

Zorgstandaarden, richtlijnen en generieke modules vormen een eenheid. Hiermee kunnen de professional en de patiënt samen de behandeling vormgeven.

8.2 Gebruik van kwaliteitsstandaarden

Zorgstandaarden en generieke modules vormen samen met multidisciplinaire richtlijnen, wet- en regelgeving en beroepsethiek de basis voor de zorgprofessional om tot goede zorg te komen (de professionele standaard).

(de professionele standaard): De professionele standaard in de gezondheidszorg is het geheel van professionele medische normen dat beschrijft wat in een bepaalde situatie 'goed handelen' is. De professionele standaard zorgt ervoor dat zorgverleners goede, veilige en verantwoorde zorg leveren. De professionele standaard is als zodanig geen regel, maar een 'kapstok', die nader is uitgewerkt in wetten, richtlijnen, protocollen, beroepscodes, uitspraken van de tuchtrechter, kwaliteitsstandaarden, gedragsregels en handreikingen. De professionele standaard kan dus gezien worden als de gedeelde waarden en normen binnen een beroepsgroep.

[Meer informatie](#)

De zorgprofessional kan er beargumenteerd van afwijken als - naar zijn oordeel en in samenspraak met de patiënt - de belangen van de patiënt daarmee beter zijn gediend vanwege diens specifieke situatie en voorkeuren.

De toepassing van professionele standaarden komt voort uit het [Burgerlijk wetboek, artikel 453](#). Daarin staat dat de hulpverlener bij zijn werkzaamheden 'de zorg van een goed hulpverlener in acht moet nemen en daarbij handelt in overeenstemming met de op hem rustende verantwoordelijkheid, voortvloeiende uit de voor hulpverleners geldende professionele standaard.'

professionele standaard.: Artikel 1 van de Zorgverzekeringswet geeft de definitie van een professionele standaard: een richtlijn, module, norm, zorgstandaard dan wel organisatiebeschrijving, die betrekking heeft op het gehele zorgproces of een deel van een zorgproces. Een professionele standaard legt vast wat noodzakelijk is om vanuit het perspectief van de patiënt goede zorg te verlenen en is in een openbaar register opgenomen.

[Meer informatie](#)

Een kwaliteitsstandaard beschrijft in algemene termen wat goede zorg is vanuit het perspectief van de patiënt. Kwaliteitsstandaarden zijn echter geen doel op zich. Zij hebben een functie in het proces van kwaliteitsbevordering. Kwaliteitsstandaarden vervullen een onmisbare functie in de kwaliteitscyclus. In die context bevorderen ze de [kwaliteit en doelmatigheid van de zorg](#). Op welke wijze zorgaanbieders en financiers, maar ook patiënten/burgers en zorgverzekeraars kwaliteitsstandaarden gebruiken in de respectievelijk zorginkoopmarkt en zorgverzekeringsmarkt is aan hen om in te vullen.

8.3 Bestaande praktijk en vernieuwingen

Een kwaliteitsstandaard beschrijft grotendeels de bestaande praktijk ten aanzien van de zorg voor mensen met psychische klachten en aandoeningen. In de standaard zijn verwijzingen opgenomen naar onderliggende richtlijnen en veldnormen van de afzonderlijke beroepsgroepen. Zo is de standaard voor een groot deel al ingebed in het dagelijks werk van de zorgprofessional.

Deels bevat de kwaliteitsstandaard nieuwe elementen of komen bestaande elementen prominenter naar voren in de inhoud en organisatie van zorg. De kwaliteitsstandaard is geschreven vanuit het perspectief van de patiënt en diens naaste. Aandacht voor herstel en eigen regie komen daardoor nadrukkelijker aan bod dan in bijvoorbeeld richtlijnen; gezamenlijke besluitvorming over de behandeling door patiënt en professional vormt in alle standaarden een kernelement. Andere elementen zijn bijvoorbeeld de wijze waarop de verschillende zorgonderwerpen met elkaar in verband gebracht worden (multidisciplinair en integraal), het betrekken van naasten en ervaringsdeskundigen en het monitoren van de behandeling. De opstellers van deze kwaliteitsstandaard zijn zich ervan bewust dat de implementatie van deze elementen een transitie betekent die een gemeenschappelijke inspanning vraagt van zorgverleners, zorgaanbieders, patiënten en financiers. Al deze partijen zetten zich gezamenlijk in om deze kwaliteitsstandaard zo goed en zo snel mogelijk te implementeren.

8.4 Bestaande afspraken

Zorgprofessionals en zorgaanbieders in de 'brede ggz' zijn nu aan zet. Zij moeten kennisnemen van de inhoud van deze kwaliteitsstandaard en vervolgens aan de slag gaan met de implementatie ervan. Zorgprofessionals en zorgaanbieders hebben een gezamenlijke verantwoordelijkheid voor implementatie in hun eigen organisatie. Koepel-, branche en beroepsorganisaties helpen hun leden hierbij.

Een aantal algemene thema's speelt bij de implementatie van (vrijwel) alle standaarden een rol. Dit zijn thema's waar in algemene zin aandacht voor moet zijn én aandacht voor moet blijven om de kwaliteit van de zorg steeds verder te verbeteren. Het gaat om de zes thema's bewustwording en kennisdeling, samenwerking, capaciteit, behandelaanbod, financiering en ICT. Dit zijn ook thema's waar in sommige gevallen zorgen over zijn en knelpunten worden gezien bij implementatie van de standaarden. Implementatie-activiteiten voor deze zes thema's moeten geen losstaande actiepunten zijn. In de meeste gevallen zijn deze actiepunten al onderdeel van bestaande afspraken

zoals onder andere verwoord in het [Bestuurlijk akkoord geestelijke gezondheidszorg \(ggz\) 2019 t/m 2022](#) en [Bestuurlijk akkoord huisartsenzorg 2019 t/m 2022](#). Landelijke implementatie van de kwaliteitsstandaarden in het veld is daarmee direct gekoppeld aan de planning en gemaakte afspraken in deze bestuurlijk akkoorden.

8.5 Algemene implementatie thema's

De implementatie van de kwaliteitsstandaard vraagt tijd en energie van alle partijen. Maar dat is niet voor niks: werken volgens kwaliteitsstandaarden biedt ook kansen voor effectievere en doelmatiger behandelingen.

De afspraken in het algemene deel van het plan richten zich daarom vooral op uitvoerbaarheidsissues die een landelijke aanpak vragen om implementatie op lokaal/regionaal niveau mogelijk te maken. Iedere regio en iedere zorgaanbieder is anders. De hoeveelheid informatie die nog geïmplementeerd moet worden en hoe dat het beste gedaan kan worden, verschilt per situatie. Op lokaal niveau moet implementatie verder worden ingevuld, bijvoorbeeld in de vorm van een (lokaal) uitvoeringsplan.

8.5.1 Bewustwording en kennisdeling

Verandering begint bij bewustwording. Ook in de ggz. De zorgstandaarden en generieke modules stellen, meer dan zorgverleners tot nu toe gewend waren van professionele standaarden, expliciet het perspectief van patiënten centraal. Dat kan misschien wel tot een ander gesprek in de behandelkamer leiden, waarin via gezamenlijke besluitvorming mogelijk ook andere keuzes voor behandeling en begeleiding worden gemaakt. Kennisdeling en bewustwording zijn de sleutelwoorden om deze verandering te realiseren.

Kennisdeling draagt bij aan het beter begrijpen van de impact die psychische aandoeningen op een patiënt hebben en van hun wensen en ideeën over behandeling en herstel. Kennis delen gebeurt op verschillende niveaus: in de (basis)opleiding tot zorgprofessionals, tijdens bij- en nascholing van professionals maar kan ook bijvoorbeeld via een landelijke campagne. Het delen van kennis kan hierdoor bijdragen aan:

- het verminderen van stigma over mensen met psychische aandoeningen, in de zorg maar ook daarbuiten;
- het realiseren van een cultuuromslag in eigen organisatie;
- het creëren van een draagvlak voor het gebruik en de inhoud van de standaard;
- oog hebben voor specifieke problematiek;
- oog hebben voor eventuele risico's.

Landelijke afspraken

Iedere professional zorgt ervoor dat hij de kwaliteitsstandaarden kent die voor uitoefening van zijn beroep nodig zijn. Zorgaanbieders faciliteren hun medewerkers, zodat zij deel kunnen nemen aan de benodigde bij- en nascholing.

Het bestuurlijk akkoord bevat een groot aantal actiepunten die kennisdeling over en bewustwording van de kwaliteitsstandaarden stimuleren:

- Partijen benadrukken dat het belangrijk is dat professionals kunnen werken volgens de geldende kwaliteitsstandaarden. Daartoe moeten professionals voldoende in de gelegenheid worden gesteld om bij- en nascholing te volgen. De financiering daarvan is onderdeel van de contracteringsafspraken tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder.
- Partijen hebben met elkaar afgesproken dat beroepsgroepen structureel de doorontwikkeling van opleidingen borgen die betrekking hebben op de ggz en op begeleiding (opleidingseisen en -structuren, onderwijsprogramma's en examinering). De zorgstandaarden worden ingebed in de opleidingen.
- Het akkoord bevat afspraken over bijvoorbeeld het beschikbaar stellen van extra opleidingsplaatsen voor gz-psychologen en het in beeld brengen van de personele capaciteitsbehoefte.

Deze afspraken ten aanzien van opleiding dragen bij aan het verankeren van kennis over en gebruik van kwaliteitsstandaarden in de praktijk. Onderstaande partijen zetten zich in voor de uitvoering van deze afspraken op landelijk niveau.

Lokale oplossingsrichtingen

Professionals in de ggz hebben de 'verantwoordelijkheid' om hun collega's in aanpalende domeinen daar waar nodig kennis bij te brengen over psychische aandoeningen en over de (inhoud van) de daarbij behorende kwaliteitsstandaard. Denk hierbij aan het organiseren van een cursus of voorlichting over psychische aandoeningen aan collega's van de somatische afdelingen in het ziekenhuis of een informatiebijeenkomst over jeugd-ggz aan gemeenten.

8.5.2 Samenwerking

Zorgverleners functioneren in professionele netwerken binnen de gezondheidszorg en het sociale domein. Vaak zijn er meerdere professionals betrokken bij de behandeling en is een duidelijke rolverdeling tussen die professionals (binnen en tussen organisaties) nodig. Voor een goede implementatie van kwaliteitsstandaarden maken professionals (in en buiten de ggz), aanbieders, financiers en andere betrokkenen duidelijke samenwerkingsafspraken zodat de continuïteit en kwaliteit van de zorg niet in het geding komt. Goede en snelle informatie-uitwisseling (met respect voor privacy-wetgeving) en toegankelijkheid van informatie zijn daarbij belangrijke randvoorwaarden om de samenwerking goed te laten verlopen. Het [Landelijk Schakelpunt](#), waarin zorgverleners met toestemming van de patiënt eenvoudig inzicht hebben in het medicatieoverzicht van de patiënt is een voorbeeld van een hulpmiddel voor uitwisseling van en toegang tot informatie. Steeds meer GGZ-instellingen sluiten zich hier al bij aan.

Landelijke afspraken

Het bestuurlijk akkoord bevat een aantal actiepunten die de benodigde samenwerking in het kader van implementatie van de kwaliteitsstandaarden stimuleren: in de

(door)ontwikkeling van opleidingen die betrekking hebben op de ggz en op begeleiding (opleidingseisen en -structuren, onderwijsprogramma's en examinering) wordt meer aandacht besteed aan samenwerking tussen verschillende domeinen en het organiseren van integrale zorg.

Ondertekende partijen schatten in dat de invoering van [het Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ](#) en de afspraken over samenwerking in het bestuurlijk akkoord voldoende helder zijn en dat voor implementatie van de standaard geen aanvullende afspraken nodig zijn.

Lokale oplossingsrichtingen

Zowel zorgprofessionals, zorgaanbieders als samenwerkingspartners besteden nu al veel aandacht aan lokale en regionale samenwerking. Dankzij deze samenwerking kunnen zij onnodige en dure zorg voorkomen. Iedere professional werkt binnen de eigen lokale en regionale context uiteraard samen met collega's, maar ook met partners zoals huisartsen, jeugdzorg, wijkteams, gemeenten, ziekenhuis, school, woningcoöperaties of UWV.

Als leidraad voor deze samenwerkingsafspraken dienen:

- De Landelijke GGZ Samenwerkingsafspraken: deze vormen de basis van afspraken tussen huisartsen, generalistische basis GGZ en gespecialiseerde GGZ.
- Het Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ: hierin staan werkafspraken die de zorgaanbieder maakt over het vormgeven van de afstemming en samenwerking tussen professionals, over op- en afschalen van zorg en over een goede overdracht.
- In het kader van het bestuurlijk akkoord maken gemeenten en zorgverzekeraars stapsgewijs regionale afspraken over beleid en financiering ten aanzien van integrale zorg: maatschappelijke ondersteuning, publieke gezondheid, zorg, jeugdzorg, welzijn en preventie. Zorgaanbieders en gemeenten maken afspraken over de betrokkenheid van ggz-hulpverleners bij het wijknetwerk.
- In het bestuurlijk akkoord is ook vastgelegd dat zorgverzekeraars en zorgaanbieders afspraken maken over de manier waarop de zorgprofessional voldoende ruimte en tijd krijgt voor goede samenwerking en afstemming.

8.5.3 Capaciteit

Een succesvolle uitvoering van de kwaliteitsstandaarden vereist voldoende capaciteit en tijd van professionals. In de huidige praktijk staan beschikbare tijd en capaciteit van professionals onder druk. Waar in sommige gevallen sprake is van een personeelstekort is in andere gevallen sprake van een probleem rondom optimale inzet van bepaalde professionals. Het organiseren en leveren van de zorg zoals beschreven in de kwaliteitsstandaarden kan resulteren in extra druk op bepaalde beroepsgroepen, verschuiving van inzet van de ene naar de andere beroepsgroep, maar mogelijk ook in minder werkdruk doordat de standaard goed wordt uitgevoerd en/of professionals beter samenwerken.

Ook blijken er in de praktijk behoorlijk wat problemen te zijn bij verwijzingen, met name veel te lange wachttijden voor patiënten met ernstige psychische aandoeningen die

verwezen worden naar de SGGZ.

Landelijke afspraken

In het bestuurlijk akkoord is benoemd dat op dit moment sprake is van (ernstige) arbeidsmarkt-problematiek. Voor zorg en welzijn wordt in 2022 een groot personeelstekort verwacht. De bestuurlijke akkoorden (ggz en huisartsenzorg) bevatten hiervoor een aantal actiepunten:

- Bestaande (behandel)capaciteit kan beter worden ingezet via vermindering van administratieve lasten en een betere taakverdeling, beter benutten van de mogelijkheden die functiedifferentiatie en taakherschikking bieden, alsook het opleiden van professionals in de ggz, bijvoorbeeld door het beschikbaar stellen van extra opleidingsplaatsen voor gz-psychologen en het gericht in beeld brengen van de personele capaciteitsbehoefte.
- (Tijdelijk) verruimen van capaciteit van regiebehandelaren en investeren in optimaal gebruik van (behandel)capaciteit door mee te werken aan het actieprogramma 'werken in de zorg'.
- Meer inzet van praktijkondersteuners ggz of consultatie van ggz-expertise in de huisartsenpraktijk.

Met de acties zoals beschreven in de bestuurlijke akkoorden en met inzicht in de juiste capaciteitsbehoefte, wordt een basis gelegd voor de aanpak van de arbeidsmarktknelpunten in de ggz.

8.5.4 Behandel aanbod

Landelijke afspraken

De ggz-sector kent een divers zorgaanbod: grote en kleinere ggz-instellingen met eigen personeel en een groot aantal vrijgevestigde zorgverleners. Zorgaanbieders en zorgverzekeraars maken gezamenlijk afspraken over het benodigde behandel aanbod in de regio. Gemeenten bepalen zelf de omvang van het budget voor zorg maar ook de manier waarop zij de verschillende onderdelen van het sociaal domein willen organiseren. Als blijkt dat zorgaanbieders te maken hebben met capaciteitsproblemen of budgetplafonds, dan moet het voor patiënten helder zijn waar zij terecht kunnen voor zorg. Zorgaanbieders en financiers in de regio hebben gezamenlijk de verantwoordelijkheid om de wachttijden aan te pakken. Als er te weinig behandelaren zijn, dan is het de verantwoordelijkheid van zorgaanbieders om mensen te wijzen op de zorgbemiddeling

zorgbemiddeling: Zie hiervoor ook het document Q&A Wachttijden Geestelijke Gezondheidszorg en Verslavingszorg, november 2018.

[Meer informatie](#)

door hun eigen zorgverzekeraar. Hierover zijn ook afspraken gemaakt in het bestuurlijk akkoord.

Lokale oplossingsrichtingen

Betere samenwerking tussen ggz-instellingen in de regio, bijvoorbeeld als het gaat om het draaien van ANW-diensten. Een voorbeeld: in sommige regio's worden ANW-diensten bijna geheel door een klein clubje psychiaters in vaste dienst gedaan, terwijl ook psychiaters die niet in vaste dienst zijn, bereid zijn mee te draaien in deze diensten. Door hier goede afspraken over te maken, kan er voldoende capaciteit en aanbod geregeld worden in de regio.

8.5.5 Financiering

Landelijke afspraken

In het 'Bestuurlijk akkoord geestelijke gezondheidszorg (GGZ) 2019 t/m 2022' hebben alle betrokken partijen de ambitie uitgesproken om de kwaliteit van zorg in Nederland verder te verbeteren en eraan bij te dragen dat zorg zowel nu als op de lange termijn fysiek, tijdig én financieel toegankelijk blijft voor iedereen die dat nodig heeft. Ook is afgesproken er naar te streven om op termijn de kosten in de zorg niet sneller te laten stijgen dan de economische groei.

Lokale oplossingsrichtingen

Het bestuurlijk akkoord regelt dat gemeenten en zorgverzekeraars samen met zorgaanbieders in de 'brede ggz' stapsgewijs regionaal afspraken maken over beleid en financiering ten aanzien van integrale zorg: maatschappelijke ondersteuning, publieke gezondheid, zorg, jeugdzorg, welzijn en preventie. Het cliënt- en familieperspectief is hierbij vertegenwoordigd. De volgende thema's zullen, afhankelijk van de regionale situatie, in meerdere of mindere mate aan de orde zijn:

- Preventie en vroegsignalering.
- De aanpak van personen met verward gedrag.
- Brede triage en consultatie.
- De opbouw van ambulante zorg en ondersteuning.
- De bekostiging van samenwerking tussen het zorgdomein en het sociaal domein.
- De benodigde aanpak met betrekking tot de (financiering van) EPA / multiproblematiek-doelgroep.
- Overgang 18-/18+.
- De invulling van crisis- en ANW-uren.
- De rol en bekostiging van herstelacademies en zelfregiecentra.

Hoewel afspraken zijn gemaakt om toe te werken naar regionale afspraken over integrale zorg en daaruit volgend een integrale bekostiging zijn we daar nu nog niet. Dat is ook te merken aan de knelpunten ten aanzien van financiering die worden genoemd rondom implementatie van de kwaliteitsstandaarden:

- Hoe is de continuïteit van zorg én bekostiging te borgen, bijvoorbeeld bij de overgang 18-/18+, continueren van dagbesteding als de behandeling stopt of het financieren van contingentie management bij verslaving.
- Hoe kunnen we komen tot integrale bekostiging bij specifieke doelgroepen zoals kwetsbare ouderen, mensen met een ernstige psychische aandoening (EPA) of mensen met zowel somatische als psychiatrische problematiek?
- Hoe kunnen we komen tot een passende bekostiging voor bijvoorbeeld inzet ervaringsdeskundigen, inzet op preventie, zorg voor mensen met een lichte verstandelijke beperking (LVB) of zwakbegaafdheid (ZB), zorg aan patiënten met eetstoornissen in een gespecialiseerd centrum of inzet diëtist bij deze groep patiënten.

In het bestuurlijk akkoord zijn afspraken gemaakt over hoe deze vraagstukken de komende jaren kunnen worden opgelost. Zo hebben partijen zich gecommitteerd aan afspraken uit het actieprogramma 'Zorg voor de Jeugd' voor wat betreft het inzetten van acties gericht op het soepel laten verlopen van de overgang naar volwassenheid (18-/18+). En subsidieert VWS op dit moment preventiecoalities, bedoeld om structurele samenwerking tussen zorgverzekeraars en gemeenten op het gebied van preventieactiviteiten voor risicogroepen te stimuleren en activeren.

8.5.6 ICT

(Goede en snelle) informatie uitwisseling en toegankelijkheid van informatie, waarbij de privacy van de patiënt optimaal wordt geborgd, zijn belangrijke randvoorwaarden voor samenwerking tussen zorgprofessionals binnen hun professionele netwerk. De implementatie van kwaliteitsstandaarden vraagt om verdere optimalisatie van gegevensuitwisseling via ICT.

Landelijke afspraken

In het zorgbrede '[Actieplan \(Ont\)Regel de zorg](#)' is een sectoraal actieplan curatieve ggz vastgesteld. Daar waar stroomlijning van gegevensuitwisseling bij ICT-toepassingen niet mogelijk of wenselijk is treden partijen met elkaar in overleg in het Informatieberaad Zorg en kunnen partijen gezamenlijk tot besluitvorming komen. Ook besteedt het actieplan aandacht aan vermindering van administratieve last als gevolg van het EPD en aan ICT-problematiek.

Daarnaast wordt er door het ministerie van VWS geïnvesteerd in het [Versnellingsprogramma Informatie-uitwisseling Patiënt en Professional \(VIPP\) GGZ](#). Het gaat om een budget voor instellingen die Zvw-zorg leveren om de informatievoorziening in de curatieve geestelijke gezondheidszorg te verbeteren door het implementeren van standaarden voor gegevensuitwisseling tussen patiënt en professional, het beschikbaar stellen van deze informatie aan de patiënt, het veilig verstrekken van (informatie over) medicatie en de inzet van eHealth bij de behandeling.

Lokale oplossingsrichtingen

Welke informatie, voor welke professionals, bij welke doelgroepen en bij welke

aanbieders nodig is, is een keuze die lokaal gemaakt dient te worden. Of informatie over een eerdere suïcidepoging of informatie over medicatiegebruik en mogelijke bijwerkingen bijvoorbeeld standaard beschikbaar moet zijn óf dat alle informatie over een patiënt ook voor vaktherapeuten en huisartsen via het ICT systeem van de instelling te raadplegen moet zijn, zijn keuzes die binnen het professionele netwerk en met betrokken zorgaanbieders worden gemaakt. Dát zorgprofessionals (snel) toegang moeten hebben tot (goede) informatie, gegeven bestaande werkafspraken (zie hiervoor het [Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ](#) waar iedere zorgaanbieder over dient te beschikken) én beschikbare ICT toepassingen om de continuïteit én de kwaliteit van de zorg die men met elkaar nastreeft te waarborgen, is hierbij het uitgangspunt. Dit zou bijvoorbeeld gerealiseerd kunnen worden via een zorginfrastructuur of schakelpunt.

8.6 Specifieke implementatie thema's

8.6.1 Bewustwording en kennisdeling

Verplichte zorg als ultimum remedium

Het toepassen van verplichte zorg wordt binnen deze generieke module gezien als ultimum remedium. Implementatie van deze generieke module begint daarom met het vergroten van de bekendheid van dit uitgangspunt. Beroeps- en brancheverenigingen kunnen hieraan bijdragen door deze uitgangspunten over te brengen aan hun leden via hun eigen communicatiekanalen.

Binnen het veld leeft daarnaast de behoefte om preventie van verplichte zorg opnieuw tot een speerpunt te maken. Een lerend netwerk preventie van verplichte zorg zou diverse initiatieven samen kunnen brengen.

Het betrekken van naasten bij de behandeling

Het betrekken van naasten bij de behandeling en de evaluatie kan een (belangrijke) rol spelen bij het voorkomen van verplichte zorg. Uit de achterbanraadpleging van MIND blijkt echter dat werken in de triade en met name het betrekken van naasten vanuit naastenperspectief meer aandacht nodig heeft.

Mogelijke oplossingsrichtingen:

- Vergroten van kennis en bewustwording over de vier rollen van naasten en wanneer zij deze rollen kunnen vervullen en wat daarvoor nodig is.
- Vergroten van kennis en vaardigheden om een gesprek met naasten te voeren wanneer de patiënt geen toestemming geeft om informatie te delen.

In algemene zin is landelijke aandacht nodig voor de vier rollen van naasten zoals omschreven in de generieke module “Samenwerking en ondersteuning naasten van mensen met psychische problematiek”. Familie- en naastenraden kunnen hierin samen met beroeps- en brancheverenigingen een rol spelen. Ze kunnen met elkaar tot activiteiten komen op het gebied van scholing en communicatie om de kennis en

bewustwording te vergroten.

Vervolgens kan specifieke implementatie in relatie tot assertieve en verplichte zorg worden opgepakt. Te denken valt hier aan het (beter) organiseren van rooming-in, het structureel betrekken van naasten bij een opname (gesprek) of het inzetten van naasten als onderdeel van een signaleringsplan.

Aandacht voor eigen regie van de patiënt

Blijvende aandacht voor eigen regie van de patiënt, binnen de glijdende schaal van vrijwillige zorg, via assertieve zorg naar verplichte zorg, kan verder worden versterkt. Het samen opstellen van een behandelplan, een signaleringsplan of een eigen plan van aanpak kan hieraan bijdragen. Ondersteuning door een ervaringsdeskundige kan hierbij worden ingezet. Ter ondersteuning zouden hiervoor hulpmiddelen kunnen worden ontwikkeld. Beroepsverenigingen en MIND zouden hierin samen op kunnen trekken.

8.6.2 Samenwerking

Samenwerking tussen de GGZ en het sociaal domein

Er is behoefte aan een constructieve samenwerking met het sociaal domein wat betreft de uitvoer van preventie van verplichte zorg en de maatschappelijke re-integratie na een verplichte opname.

Over het algemeen is helder welke vraagstukken bij wie zijn belegd. Er zijn voldoende algemene regels en uitgangspunten op basis waarvan oplossingen kunnen en worden ingezet. De Wvvgz regelt dat gemeenten aan zet zijn om te waarborgen dat iemand na, maar ook tijdens verplichte zorg kan deelnemen aan de samenleving.

Uit de uitvoerbaarheidstoets van de generieke module blijkt de weerbarstige praktijk van samenwerking tussen het sociale domein en de GGZ; zowel ten aanzien van het voorkomen van verplichte zorg als ten aanzien van vraagstukken gericht op herstel en maatschappelijke re-integratie. Het vinden van huisvesting, het oplossen van financiële problematiek, het vinden van dagbesteding en werk en het gezamenlijk dragen van eigenaarschap voor deze vraagstukken blijven moeizaam.

De belangrijkste vraag gaat echter niet over wie wat zou moeten oplossen. Omdat de oplossing bij complexe vraagstukken vooral moet komen uit het geheel der delen is de belangrijkste uitvoeringsvraag op welke wijze de samenwerking verder kan worden gefaciliteerd en ondersteund. Zodat gezamenlijke oplossingen eenvoudiger en natuurlijker tot stand komen en niet worden gevangen in een web van structuren en regels.

Mogelijke oplossingsrichtingen:

1. Het delen van goede voorbeelden binnen de eigen regio kan tot nieuwe inzichten leiden en een stimulans zijn om deze samenwerking te versterken.
2. Het versterken van de kennis van het sociale domein bij de GGZ en vice versa.

Voor beide oplossingsrichtingen is het van belang dat brancheverenigingen samen met de VNG bespreken op welke wijze dit vorm gegeven zou kunnen worden.

Het opzetten van een lerend netwerk preventie van verplichte zorg kan bijdragen aan nieuwe ambities, doelstellingen en een structuur die leidt tot het ondersteunen van leer- en verbeterprocessen. Samenwerkingsvraagstukken kunnen vanuit dit lerend netwerk worden opgepakt.

8.6.3 Capaciteit

Er is op dit moment onvoldoende informatie beschikbaar om een kwantitatieve inschatting te maken of de implementatie van deze generieke module leidt tot capaciteitsvraagstukken. De generieke module assertieve en verplichte zorg bevat géén nieuwe normen die naar onze inschatting leiden tot grote veranderingen in benodigde capaciteit, het zorgaanbod of tot het inzetten van nieuwe interventies.

8.6.4 Behandel aanbod

(Veel) dwang kan worden voorkomen als patiënten met psychotische kenmerken en patiënten met persoonlijkheidsproblematiek een beter zorgaanbod krijgen. Dat betekent dat de implementatie van de zorgstandaarden voor deze patiëntengroepen blijvend om aandacht vraagt – los van implementatie van de module dwang en drang.

8.6.5 Financiering

Patiënten die geen zorg willen maar wel nodig hebben lopen een verhoogd risico om tussen wal en schip te raken als gevolg van verschillende financieringsstromen.

Vrijwillige behandeling en behandeling in het kader van de Wvvggz wordt uitgevoerd door de GGZ en gefinancierd vanuit de zorgverzekeringswet.

Wanneer een patiënt echter zorg nodig heeft om de inzet van verplichte zorg te voorkómen maar deze zorg tegelijkertijd afwijst is het niet mogelijk om vanuit een behandelovereenkomst en daarmee vanuit de zorgverzekeringswet gefinancierde zorg te leveren.

Daar waar OGGZ zorg niet voorhanden is of onvoldoende aansluit bij de noodzaak tot het leveren van specifieke zorg (b.v. omdat er geen psychiatrische behandeling geboden kan worden vanuit de OGGZ) is er een risico dat de patiënt geen of onvoldoende zorg krijgt en onbehandeld blijft. Daarmee wordt het risico verhoogd dat de patiënt uiteindelijk verplichte zorg krijgt.

Er is sprake van een aantal uitvoeringsproblemen:

- De noodzakelijke zorg kan niet altijd gefinancierd geleverd worden.
- De samenwerking tussen OGGZ teams en de GGZ teams kan door de stelselscheiding moeilijk integraal worden vormgegeven. Zo kan bijvoorbeeld gespecialiseerde GGZ zorg niet eenvoudig worden geboden binnen een OGGZ team. De stelselscheiding bemoeilijkt

de mogelijkheid om samen op te trekken en waar nodig te handelen om erger te voorkomen.

- Het risico bestaat dat eerst een OGGZ traject zonder behandeling wordt doorlopen en daarna pas behandeling vanuit de GGZ wordt opgestart wanneer iemand daarvoor gemotiveerd is.

Dit probleem bestaat al langer en is onder de nadrukkelijke aandacht van de financiers van beide stelsels. Implementatie van deze module leidt dan ook niet tot nieuwe financieringsvraagstukken. Wel wordt aan financiers gevraagd blijvend te zoeken naar een oplossing voor dit vraagstuk in bredere zin. Er wordt hierbij gepleit voor het borgen van de assertieve zorg binnen de reguliere GGZ (vooral FACT teams) en het borgen van psychiatrische behandeling binnen de OGGZ teams. Mede ook omdat patiënten met psychotische problematiek de grootste risicogroep vormt voor het krijgen van verplichte zorg.

Meerkosten

Op basis van de beschikbare informatie is de inschatting dat er geen of weinig structureel aanvullende mensen en middelen nodig zijn om deze generieke module te implementeren. Deze module heeft naar verwachting geen grote financiële impact, invoeren zonder meerkosten lijkt mogelijk.

8.6.6 ICT

Er zijn geen specifieke knelpunten gesignaleerd ten aanzien van dit thema voor de implementatie van de kwaliteitsstandaard.

8.6.7 Monitoring en evaluatie

Er is vanuit de sector (bij organisaties, patiënten en professionals) een brede behoefte om te komen tot een structuur die bijdraagt aan informatieverzameling om kwaliteitsdoelstellingen te ondersteunen en te verbeteren en van elkaar te leren op verschillende niveaus (individueel, team, regio en landelijk).

Doel van informatieverzameling

Hoofddoel is het voorkomen van verplichte zorg - het belangrijkste uitgangspunt van deze generieke module.

Informatie van belang voor wie

Informatie over verplichte zorg en over het voorkómen van verplichte zorg is op verschillende niveaus in te zetten:

1. Informatie ten behoeve van de evaluatie van het individuele behandeltraject.
2. Informatie op teamniveau. Verbetering van zorg vanuit de behoefte van een team op basis van informatie op teamniveau is een krachtige basis voor verandering en daarmee voor kwaliteitsverbetering.

3. Voor het versterken van ketens en netwerken in de regio is informatie nodig die inzicht geeft in het gehele regionale proces (over de grenzen van de domeinen heen).
4. Tot slot kan er op basis van informatie op landelijk niveau beleid worden gemaakt. Bijvoorbeeld gericht op het verminderen van het totaal aantal verplichte opnames.

Wat voor informatie?

Per niveau moet worden nagegaan wat betekenisvolle informatie is om van te kunnen leren en daarmee het zorgproces te kunnen verbeteren.

Informatie inzetten voor leren en verbeteren.

Met als doel om te leren en te verbeteren kan op basis van de afgesproken te verzamelen informatie gekeken worden naar passende registratie, verwerking en terugkoppeling van deze informatie. Op basis van de behoefte van teams, organisaties en het veld, met in achtneming van het voorkomen van extra administratieve lasten kan deze structuur worden vormgegeven.

Het opzetten van een lerend netwerk preventie van verplichte zorg zou kunnen bijdragen aan nieuwe ambities, het komen tot doelstellingen en tot een structuur die leidt tot het ondersteunen van leren en verbeteren en het verzamelen van informatie. Het betrekken van patiënten- en naastenvertegenwoordiging is hierbij een randvoorwaarde.

9. Achtergronddocumenten

Autorisatiedatum 25-10-2021 Beoordelingsdatum 25-10-2021

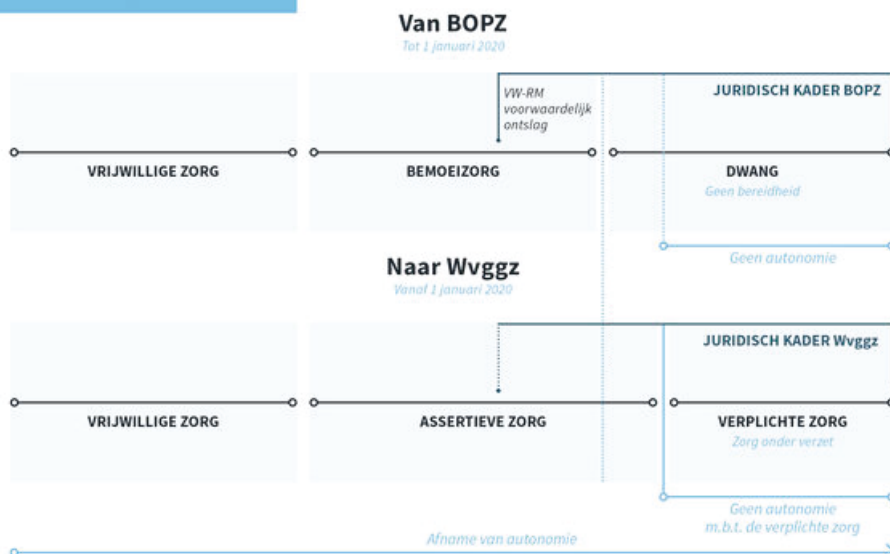
9.1 Samenstelling werkgroep

Werkgroep Generieke Module	
Naam	Vertegenwoordiging vanuit
Russel Cummins	MIND
Simone de Bruijn	MIND
Bert Stavenuiter	MIND Ypsilon
Roelf Scholma	MIND familie- en naastenraden (FNR)
Sasha Beeckman	Nederlandse Vereniging voor Gezondheidszorgpsychologie (NVGzP)
Anne-Aurore den Hertog	Nederlands Instituut van Psychologen (NIP)
Arnoud Jansen	Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP)
Richard Starmans	Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG)
Niels Mulder (voorzitter)	
Rachel Bogers-de Reus	Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie (NVKG)
Roos Huyben	Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland
Kim van Holten	Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland (V&VN)

9.2 Begrippenkader

Begrippenkader

Van BOPZ naar Wvggz



BOPZ
Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen. Een wet die tot 2020 opname en dwang toepassing bij mensen met een psychiatrische stoornis, een neuro-cognitieve stoornis en/of een ernstige beperking mogelijk maakte.

Wvggz
Wet op de verplichte geroefde gezondheidszorg. Een wet die vanaf 2020 de verplichte behandeling (dwang toepassing) onder verzet van mensen met een psychiatrische aandoening mogelijk maakt.

Wijziging zorg
Zorg die gegeven wordt in overeenstemming met een patiënt. Op deze vorm van zorg is de WvGO (wet op de geroefde gezondheidszorg) van toepassing.

Dwang
Zorg die toepassing wordt en die iemand uit eigen beweging niet aan ondergaan en waarbij er dus sprake is van enige vorm van druk van buitenaf.

Dwang
Een term die onder de BOPZ van toepassing was op zorg waarbij er geen sprake was van overeenstemming met de betrokken patiënt.

Assertieve zorg
Zorg waarbij onder andere geroefde wordt contact te maken, en patiënten te (bijeen) brengen om behandeling en zorg te organiseren. Dit kan worden uitgevoerd zowel binnen als buiten het kader van een Wvggz maatregel, bijvoorbeeld een zorgmachtiging.

Verplichte zorg
Zorg toepassing onder verzet, waarop de Wvggz van toepassing is. Bij deze vorm van zorg is er dus op geen enkele manier meer sprake van keuzevrijheid.

Voorwaardelijke rechtelijke machtiging
Een juridische kader onder de BOPZ (art 45a en 40c), waarbij een betrokkene met opgenomen handtekening, maar waarbij hij zich wel aan bepaalde voorwaarden diende te houden.

Juridisch kader
Het wettelijk kader dat van toepassing is op de behandeling.

Zorg onder verzet
Synoniem aan verplichte zorg.

Autonomie
De vrijheid om zelf over voorgenomen vormen van zorg te kunnen beslissen.

9.3 Resultaten achterbanraadpleging MIND



MIND

Landelijk Platform
Psychische Gezondheid

Zorg omdat het moet?

Achterbanraadpleging GM Dwang en Drang

Werkgroeptijdenkomst GM Dwang en Drang | 20-12-2019



MI
ND

Landelijk Platform
Psychische Gezondheid

Inhoudsopgave

1. Hoe is de raadpleging uitgevoerd?
2. Wat vinden cliënten?
3. Wat vinden naasten?
4. Discussiepunten voor de werkgroep



MI
ND

Landelijk Platform
Psychische Gezondheid

Hoe is de achterbanraadpleging uitgevoerd?

Wat is er gevraagd?

- Vragenlijst ontworpen in coproductie met bureau van MIND
- 5 Onderwerpen:
 - Achtergrond
 - Ben je cliënt of naaste en heb je ervaring met gedwongen zorg
 - Als ervaring: heeft het geholpen?
 - Verplichte zorg
 - Waar gedwongen zorg ontvangen?
 - Wat helpt cliënten vrijwillige zorg kiezen (preventie van dwang)?
 - Wanneer is inzet van dreigende middelen geoorloofd?
 - Ambulante verplichte zorg
 - Is dwang thuis alleen toegestaan als cliënt dit zelf heeft aangegeven?
 - Dwang behandeling thuis kan alleen als belangrijke naasten akkoord zijn
 - Rol van de naaste
 - Cliënten geven zelf aan wie de belangrijke naaste is
 - Wat mogen naasten doen rond de zorg van de cliënt
 - Ophalen 'good practice' van naasten

Hoe is respons verkregen?

- Vragenlijst uitgezet bij verschillende kanalen – 3 weken lang
 - GGz panel
 - Twitterkanaal MIND Platform
 - Ypsilon nieuwsbericht
 - Facebookgroep 'Nieuwe GGz'
- Respons: 1155
 - 624 cliënten
 - 531 naasten
- Uitgangspunten
 - Iedereen krijgt dezelfde vragen
 - Achterbanraadpleging is een peiling → Ervaring met dwang en drang geen must!
 - Analyse: alleen frequenties en gemiddelde op rating vragen per subgroep, geen statistische toetsing

MI
NDLandelijk Platform
Psychische Gezondheid

Wat vinden cliënten?

MI
NDLandelijk Platform
Psychische Gezondheid

Achtergrond cliënten – ervaring met verplichte zorg

- Totaal: 624
 - 220 met ervaring
 - 404 zonder ervaring

3. Als je nu terugkijkt naar de ervaring met verplichte zorg, in hoeverre heeft de verplichte zorg dan een positieve bijdrage geleverd aan jouw herstel?

Rating	Aantal keer	% vraag	% totaal
1	54	24.4%	4.7%
2	51	23.1%	4.4%
3	55	24.9%	4.8%
4	42	19%	3.6%
5	19	8.6%	1.6%

Gemiddelde: 2.6 van 5

1 = heel negatief effect; 5 = heel positief effect

Verplichte zorg

Waar wil je verplichte zorg ontvangen?

5. Stel dat de autoriteiten besluiten tot verplichte zorg, op welke van onderstaande plaatsen zou jij die verplichte zorg het liefst willen ontvangen?

Antwoord	Aantal keer	% vraag	% totaal
Thuis	244	39%	21%
In een ggz instelling	282	45%	24%
Ergens anders, namelijk	99	16%	9%

- Geen duidelijk verschil tussen thuis en in een instelling.
- Rode lijn open antwoorden 'Anders, namelijk':
 - Herstelgerichte, rustige omgeving met warme uitstraling
 - In het bijzijn van vertrouwde mensen
 - Cliënt zelf laten kiezen waar

Inzet van dreigende middelen toegestaan (honden, taser, wapenstok)?

7. Is de inzet van dreigende middelen geoorloofd?

Stelling	Nooit bestaan	Soms moet het wel, omdat er geen ander middel voorhanden is	Altijd toegestaan
Inzet van dreigende middelen op straat	165 (26.4)	429 (68.6)	31 (5)
Inzet van dreigende middelen bij de betrokkene thuis	296 (47.4)	307 (49.1)	22 (3.5)
Inzet van dreigende middelen op het terrein van een psychiatrisch ziekenhuis of beschermende woonvorm	238 (38.1)	336 (53.8)	51 (8.2)
Inzet van dreigende middelen op de eigen kamer van betrokkene in het psychiatrisch ziekenhuis of beschermende woonvorm	347 (55.5)	244 (39)	34 (5.4)
Inzet van dreigende middelen in de separaat of extra beveiligde kamer	383 (61.3)	197 (31.5)	45 (7.2)

Preventiestrategie van dwang

- Bemoeizorg wordt redelijk slecht gewaardeerd
- Het overreden via het benoemen van consequenties van gevaarlijk gedrag lijkt relatief goed te werken (62,6%)

6. Wat helpt om cliënten vrijwillig te laten kiezen voor zorg als zij in crisis zijn?

Stelling	Werkt averechts voor mij	Werkt niet zo goed voor mij	Werkt een beetje voor mij	Werkt heel goed voor mij
In stabiele situaties een crisis- of signaleringsplan maken met de cliënt	24 (3.8)	103 (16.5)	216 (34.6)	282 (45.1)
Verleiden tot vrijwillige zorg door de cliënt te overtuigen	56 (9)	94 (15)	269 (43)	206 (33)
Als hulpverlener actief hulp aanbieden aan mensen die daar niet op zitten te wachten (met andere woorden: bemoeizorg)	224 (35.8)	169 (27)	173 (27.7)	59 (9.4)
Als hulpverlener de cliënt wijzen op mogelijke gevolgen van gevaarlijk gedrag voor zichzelf of de omgeving (denk aan uitleggen dat het risico bestaat dat de behandelaar besluit tot gedwongen medicatie als de cliënt niet	114 (18.2)	120 (19.2)	213 (34.1)	178 (28.5)

Ambulante verplichte zorg

Wanneer mag verplichte zorg thuis?

11. Wat vind jij van onderstaande stellingen over verplichte zorg die thuis wordt gegeven?

Stelling	Helemaal oneens	Een beetje mee oneens	Een beetje mee eens	Helemaal eens
De rechter mag alleen dwangbehandeling thuis opleggen als de cliënt de plek thuis expliciet heeft genoemd als voorkeur (bijvoorbeeld in een crisiskaart, eigen plan van aanpak)	70 (11.2)	89 (14.2)	227 (36.3)	239 (38.2)
De rechter mag alleen dwangbehandeling thuis opleggen als belangrijke naasten akkoord zijn	92 (14.7)	74 (11.8)	171 (27.4)	288 (46.1)

Clënten geven zelf aan wie belangrijke naaste is

13. Clënten mogen zelf aangeven wie voor hen een belangrijke naaste is

Rating	Aantal keer	% vraag	% totaal
1	10	1.6%	0.9%
2	5	0.8%	0.4%
3	59	9.4%	5.1%
4	194	31%	16.8%
5	357	57.1%	30.9%
Aantal keer beantwoord:	625		54%
Aantal keer overgestegen:	530		46%

- Gemiddelde: 4.4 van 5

1 = helemaal oneens; 5 = helemaal eens

De rol van naasten

Betrokkenheid van naasten bij zorg

14. In hoeverre kun je je vinden in de volgende stellingen over de betrokkenheid van de omgeving van de cliënt?

Stelling	Altijd	Alleen met medeweten van de betrokken cliënt	Nooit
Een belangrijke naaste moet altijd kunnen meepren bij verplichte zorg	241 (38.6)	374 (59.8)	10 (1.6)
Een belangrijke naaste houdt toezicht op mediatie	126 (20.2)	415 (66.4)	84 (13.4)
Een belangrijke naaste houdt toezicht op alcohol en drugs	197 (31.5)	336 (53.8)	92 (14.7)
Een belangrijke naaste meldt de behandelaar dat het slechter gaat	335 (53.6)	277 (44.3)	13 (2.1)
Een belangrijke naaste meldt de behandelaar dat hij/zij het zelf niet meer trekt	508 (81.3)	113 (18.1)	4 (0.6)

- Clënten vinden dus dat naasten mogen signaleren én voor zichzelf mogen opkomen, maar meepren over zorg en toezicht het liefst met medeweten van cliënt

Voorbeeld wat naasten kunnen doen in voorkomen van verplichte zorg?

- Opvallende voorbeelden:

- Nee, naasten verantwoordelijk maken voor iemand met psychische stoornissen is nooit een goed idee. Zowel voor de patiënt als voor de naaste zelf is dat zeer schadelijk, als wel hun vertrouwensrelatie / vriendschap die daaronder zal lijden. De patiënt zal zich juist meer geïsoleerd en eenzaam gaan voelen daardoor, en de naaste zal zich meer machteloos gaan voelen.
- Ik denk dat naasten in deze tijd waarin er zo'n grote maatschappelijke druk op mensen ligt om maar vooral 24/7 bereikbaar te zijn voor het werk, ze daarnaast ook nog een gezin en leven hebben, het bijdragen aan voorkomen van verplichte zorg zo goed als onmogelijk is.
- Zorgen dat iemand zich veilig en gehoord voelt. Daarom is het ook zo belangrijk dat deze naaste specifiek door de cliënt is benoemd, maar nooit verantwoordelijk mag zijn voor middelgebruik. Deze persoon moet voor de cliënt ook altijd voelen als gelijkwaardig.
- Mijn belangrijke naasten zijn op de hoogte van crisissignaleringsplan en de inhoud daarvan. Mijn staat van welbevinden is een onderwerp dat regelmatig open en transparant onderwerp van gesprek is bij ons thuis. Mijn naasten en ik zijn gewoon om elkaar gevraagd en ongevraagd advies te geven tav de navolging of de urgentie van navolging van de inhoud van het crisissignaleringsplan.



MI
ND

Landelijk Platform
Psychische Gezondheid

Conclusies cliënten

- Dwang heeft bij de helft van de respondenten geen positief effect op herstel
- Geen duidelijke voorkeur of verplichte zorg thuis of in de ggz instelling wordt ontvangen, zolang de omgeving veilig en vertrouwd is
- Zet geen dreigende middelen (taser, honden, wapenstok) in de omgeving die voor cliënten veilig en/of vertrouwd moeten zijn, zoals in de separeer en de eigen kamer
- Bemoeizorg wordt relatief slecht gewaardeerd, overreden met consequenties (drang) relatief goed.
- Dwangbehandeling mag alleen thuis als cliënt én naaste akkoord zijn
- Cliënt kiest zelf wie zijn naaste is
- Naasten mogen altijd signaleren en voor zichzelf opkomen, maar alleen met medeweten van de cliënt meepraten over zorg en toezicht houden op medicatie/middelen



MI
ND

Landelijk Platform
Psychische Gezondheid

Wat vinden naasten?

Achtergrond naasten – ervaring met verplichte zorg

- Totaal: 531
 - 383 met ervaring
 - 148 zonder ervaring

4. Als je nu terugkijkt naar de ervaring met verplichte zorg, in hoeverre heeft de verplichte zorg dan een positieve bijdrage geleverd aan het herstel van je naaste?

Rating	Aantal keer	% vraag	% totaal
1	59	15.2%	5.1%
2	72	18.6%	6.2%
3	104	26.9%	9%
4	98	25.3%	8.5%
5	54	14%	4.7%

Gemiddelde: 3 van 5

1 = heel negatief effect; 5 = heel positief effect

Verplichte zorg

Waar wil je naaste verplichte zorg ontvangen?

8. Stel dat de autoriteiten besluiten tot verplichte zorg, op welke van onderstaande plaatsen zou jouw naaste die verplichte zorg het liefst willen ontvangen?

Antwoord	Aantal keer	% vraag	% totaal
Thuis	199	37%	17%
In een ggz instelling	228	43%	20%
Ergens anders, namelijk	103	19%	9%

- Geen duidelijk verschil tussen thuis en in een instelling.
- Rode lijn open antwoorden:
 - Beschermde woonvorm
 - In vertrouwde, rustige omgeving, zoals respijthuis

Inzet van dreigende middelen toegestaan (honden, taser, wapenstok)?

10. Is de inzet van dreigende middelen geoorloofd?

Stelling	Nood bestaan	Soms moet het wel, omdat er geen ander middel voorhanden is	Altijd toegestaan
Inzet van dreigende middelen op straat	151 (28.4)	353 (66.5)	27 (5.1)
Inzet van dreigende middelen bij de betrokkene thuis	245 (46.1)	262 (49.3)	24 (4.5)
Inzet van dreigende middelen op het terrein van een psychiatrisch ziekenhuis of beschermde woonvorm	216 (40.7)	277 (52.2)	38 (7.2)
Inzet van dreigende middelen op de eigen kamer van betrokkene in het psychiatrisch ziekenhuis of beschermde woonvorm	309 (50.7)	235 (44.3)	27 (5.1)
Inzet van dreigende middelen in de separaat of extra beveiligde kamer	315 (59.3)	193 (36.3)	23 (4.3)

Preventiestrategie van dwang

- Bemoeizorg wordt wisselend gewaardeerd
- Naasten lijken aan te geven dat verleiden tot vrijwillige zorg het beste werkt voor hun naaste (59,8%)

9. Wat helpt om cliënten vrijwillig te laten kiezen voor zorg als zij in crisis zijn?

Stelling	Werkt averechts voor mijn naaste	Werkt niet zo goed voor mijn naaste	Werkt een beetje voor mijn naaste	Werkt heel goed voor mijn naaste
In stabiele situaties een crisis- of signaleringsplan maken met de cliënt	70 (13.2)	123 (23.2)	187 (35.2)	151 (28.4)
Verleiden tot vrijwillige zorg door de cliënt te overtuigen	77 (14.5)	136 (25.6)	219 (41.2)	99 (18.6)
Als hulpverlener actief hulp aanbieden aan mensen die daar niet op zitten te wachten (met andere woorden: bemoeizorg)	146 (27.5)	160 (30.1)	147 (27.7)	78 (14.7)
Als hulpverlener de cliënt wijzen op mogelijke gevolgen van gevaarlijk gedrag voor zichzelf of de omgeving (denk aan uitleggen dat het risico bestaat dat de behandelaar besluit tot gedwongen medicatie als de cliënt niet	105 (19.8)	146 (27.5)	171 (32.2)	109 (20.5)

Ambulante verplichte zorg

Wanneer mag verplichte zorg thuis?

12. Wat vind jij van onderstaande stellingen over verplichte zorg die thuis wordt gegeven?

Stelling	Helemaal oneens	Een beetje mee oneens	Een beetje mee eens	Helemaal eens
De rechter mag alleen dwangbehandeling thuis opleggen als de cliënt de plek thuis expliciet heeft genoemd als voorkeur (bijvoorbeeld in een crisiskaart, eigen plan van aanpak)	97 (18.3)	78 (14.7)	195 (36.7)	161 (30.3)
De rechter mag alleen dwangbehandeling thuis opleggen als belangrijke naasten akkoord zijn	42 (7.9)	31 (5.8)	126 (23.7)	332 (62.6)

Cliënten geven zelf aan wie belangrijke naaste is

16. Cliënten mogen zelf aangeven wie voor hen een belangrijke naaste is

Rating	Aantal keer	% vraag	% totaal
1	27	5.1%	2.3%
2	45	8.5%	3.9%
3	112	21.1%	9.7%
4	166	31.3%	14.4%
5	181	34.1%	15.7%

- Gemiddelde: 3.8 van 5

1 = helemaal oneens; 5 = helemaal eens

De rol van naasten

Betrokkenheid van naasten bij zorg

17. In hoeverre kun je je vinden in de volgende stellingen over de betrokkenheid van de omgeving van de cliënt?			
Stelling	Altijd	Alleen met medeweten van de betrokken cliënt	Nooit
Een belangrijke naaste moet altijd kunnen meepraten bij verplichte zorg	376 (70.8)	150 (28.2)	5 (0.9)
Een belangrijke naaste houdt toezicht op medicatie	165 (31.1)	287 (54)	79 (14.9)
Een belangrijke naaste houdt toezicht op alcohol en drugs	205 (38.6)	216 (40.7)	110 (20.7)
Een belangrijke naaste meldt de behandelaar dat het slechter gaat	419 (78.9)	111 (20.9)	1 (0.2)
Een belangrijke naaste meldt de behandelaar dat hij/zij het zelf niet meer trekt	476 (89.6)	52 (9.8)	3 (0.6)

- Naasten vinden dus dat naasten altijd meepraten bij verplichte zorg, altijd mogen signaleren én altijd voor zichzelf mogen opkomen, maar het liefst toezicht houden met medeweten van cliënt

Voorbeeld wat naasten kunnen doen in voorkomen van verplichte zorg?

- Opvallende voorbeelden:
 - Voor de eerste opname professionele hulp bieden aan naasten. Laat professionals luisteren en informatie en steun bieden aan naasten. Maak naasten sterk en doe als professional wat je belooft. Vertel niet zomaar een standaard verhaal. Neem naasten serieus. Ga naast de naasten en patiënt staan en niet erboven. Dan voelen naasten zich gesteekt. Verplichte zorg is dan minder snel nodig.
 - Neem naasten serieus bij een vraag om hulp. Zij kunnen vaak inschatten of de toestand van de cliënt onveilige situaties veroorzaakt of kan veroorzaken. Laat de belasting van de naasten niet onnodig hoog oplopen tot ze het zelf niet meer trekken. Maar bied in een eerder stadium hulp.
 - De cliënt behalve een crisiskaart ook een handleiding voor zichzelf laten maken, die hij anderen kan laten lezen. Hierdoor wordt hij zich ook wellicht ook beter bewust van wat goed of juist slecht voor hem is.
 - Als belangrijkste naaste zie ik in 2 seconden hoe het met mijn zoon gaat en door jaren ervaring weet ik inmiddels wat het beste werkt in een crisis. Passanten zoals zorgverleners die erg vaak wisselen hebben deze kennis niet en krijgen die ook niet. Om die reden ben ik ook mentor geworden. Passanten die dit soort belangrijke beslissingen nemen is wat mij betreft niet gewenst

Conclusies naasten

- Naasten denken dat dwang matig tot redelijk positief effect heeft op herstel van de cliënt
- Naasten denken dat de cliënt geen duidelijke voorkeur of verplichte zorg thuis of in de ggz instelling wordt ontvangen, zolang de omgeving veilig en vertrouwd is
- Zet geen dreigende middelen (taser, honden, wapenstok) in de omgeving die voor cliënten veilig en/of vertrouwd moeten zijn, zoals in de separeer en de eigen kamer
- Bemoeizorg wordt wisselend gewaardeerd, verleiden tot zorg relatief goed.
- Dwangbehandeling mag alleen thuis als cliënt én naaste akkoord zijn
- Cliënt kiest zelf wie zijn naaste is. Ook de naasten vinden dat oké
- Naaste vindt dat hij altijd recht van spreken heeft, terwijl de cliënt zegt dat dat alleen mag als hij er weet van heeft.



MI
ND

Landelijk Platform
Psychische Gezondheid

Discussiepunten



MI
ND

Landelijk Platform
Psychische Gezondheid

Discussie cliënten

- Hoe behouden we het gevoel van veiligheid van cliënten in de eigen 'thuisomgeving' bij gedwongen zorg?
- Cliënten mogen kiezen wie de naaste wél is, mogen zij ook kiezen wie niet? En hoe verhoudt dit zich tot de WvGGz?
- Mogen we de naasten vragen om de bewegingsvrijheid van de cliënt te beperken?



MI
ND

Landelijk Platform
Psychische Gezondheid

Discussie naasten

- Meer dan 1/3 van de cliënten zou kiezen voor thuis, denkt de naaste. Is iedereen het daarmee eens?
- 7,2% van de cliënten vindt dat een taser of hond *altijd* zijn toegestaan in de separeer. Naasten denken daar toch anders over.
- Een crisiskaart of signaleringsplan helpt *heel goed* om gedwongen zorg te voorkomen! (zeggen cliënten)
- Een crisiskaart of signaleringsplan werkt *averechts* om gedwongen zorg te voorkomen! (zeggen naasten)