

1
2
3
4
5
6

Consultatieversie

Generieke module Dwang en drang

7 **Introductie**

8

9 Dwang en drang zijn vormen van beïnvloeding waarmee beoogd wordt iemand iets te laten
10 ondergaan of tot bepaald handelen of nalaten aan te zetten. Kenmerkend voor dergelijke
11 vormen van beïnvloeding is dat de keuzevrijheid wordt ingeperkt.
12 Deze generieke module beschrijft voor zorgverleners welke elementen er essentieel zijn om
13 dwang te voorkomen en, wanneer dwang onvermijdelijk is, goede zorg bij dwang en drang te
14 waarborgen.
15

16 **Samenvatting**

17

18 Inleiding

19

20 1.1 Inleiding

21

22 Deze herziene generieke module beschrijft het continuüm van vrijwillige zorg, via assertieve
23 zorg (met drang als onderdeel) naar verplichte zorg (dwang). De vorige versie van de
24 generieke module (2019) was al snel aan revisie toe doordat de Wet verplichte ggz (Wvvggz)
25 in 2020 van kracht werd.

26

27 De generieke module is onder andere gebaseerd op de Multidisciplinaire richtlijn Dwang en
28 drang uit 2016. De meeste aanbevelingen in de generieke module zijn gebaseerd op
29 consensus tussen de leden van de werkgroep en hun achterban. Dit heeft te maken met het
30 grotendeels ontbreken van wetenschappelijke onderzoeksresultaten die deze aanbevelingen
31 zouden kunnen ondersteunen. Ten opzichte van de multidisciplinaire richtlijn uit 2016 en de
32 generieke module uit 2019 is er beperkt aanvullend literatuuronderzoek gedaan, in het
33 bijzonder voor het deel over het voorkómen van dwang.

34

35 Ten opzichte van de vorige generieke module richt deze module zich nog meer op het
36 patiënten en naasten perspectief en op alle aspecten die te maken hebben met het werken
37 in de triade tussen patiënt, professional en naaste(n). Daarnaast is de focus van deze
38 module veel meer komen te liggen op het voorkómen van dwang en heeft deze daarmee een
39 preventiever karakter gekregen.

40

41 Naast de Wvvggz zijn er diverse andere wetten die betrekking hebben op de inzet van dwang.

42

43 **Wzd:** De Wet zorg en dwang regelt de rechten bij onvrijwillige zorg of onvrijwillige opname
44 van mensen met een verstandelijke beperking en mensen met een psychogeriatrische
45 aandoening (zoals dementie).

46

47 *Bij kwetsbare ouderen kan er bij psychische problematiek (met of zonder psychiatrische*
48 *voorgeschiedenis) onduidelijkheid ontstaan onder welke wetgeving de problematiek valt.*
49 *Afstemming tussen professionals op somatisch, psychiatrisch en psychogeriatrisch gebied*
50 *is daarom aan te raden.* Dit probleem kan zich ook voordoen bij patiënten met een
51 verstandelijke beperking. Zie voor meer informatie hierover ook de handreiking samenloop
52 (over de samenloop tussen de Wvvggz en de Wzd) en de factsheet 'samenloop crisissituaties
53 Wvvggz en Wzd'.

54

55 **Wfz:** De Wet forensische zorg die op 1 januari 2019 in werking trad, biedt de officier van
56 justitie en de rechter mogelijkheden om ervoor te zorgen dat er binnen het strafrecht, of in
57 aansluiting daarop, sneller passende psychische zorg wordt geboden. De wet gaat over alle
58 vormen van forensische zorg: ambulante en klinische, begeleiding en behandeling.

59

60 **Wpg:** De Wet publieke gezondheid regelt de organisatie van de openbare gezondheidszorg,
61 de bestrijding van infectieziektecrises en de isolatie van personen/vervoermiddelen die
62 internationaal gezondheidsgevaar kunnen opleveren. Ook regelt de wet de jeugd- en
63 ouderengezondheidszorg.

64

65 **WGBO:** De rechten en plichten staan in het Burgerlijk Wetboek over de geneeskundige
66 behandelingsovereenkomst (Afdeling 5 van Titel 7 van Boek 7). Deze afdeling is in het

67 Burgerlijk Wetboek opgenomen bij de Wet inzake de geneeskundige
68 behandelingsovereenkomst. In de praktijk spreken we vaak over de WGBO.

69
70 Deze wet is van belang voor iedereen die met geneeskundige zorg te maken heeft.
71 Behandelt of onderzoekt een hulpverlener, zoals een arts of verpleegkundige, een patiënt,
72 dan is er sprake van een geneeskundige behandelingsovereenkomst.

73
74 Deze generieke module gaat alleen in op (het voorkómen van) dwang binnen het domein
75 van de Wvvgz.

76
77 **De Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg (Wvvgz)** beschrijft de rechten van
78 mensen die te maken hebben met verplichte zorg vanwege een psychische aandoening. In
79 de wet staan ook procedures en voorwaarden beschreven voor de uitvoering van de wet. De
80 Wvvgz kent de volgende kernboodschap:

81
82 *Soms leidt een ernstige psychische aandoening bij iemand ertoe dat hij een gevaar voor*
83 *zichzelf of anderen is. Tot voor kort was een verplichte opname in een instelling de enige*
84 *manier om deze mensen te helpen en het gevaar weg te nemen.*

85
86 *De nieuwe Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg (Wvvgz) maakt het mogelijk om*
87 *verplichte zorg zoals het toedienen van verplichte medicatie of het uitoefenen van toezicht op*
88 *betrokkene, poliklinisch of bij iemand thuis te geven. Degene die zorg krijgt, kan dan*
89 *makkelijker contact blijven houden met familie en vrienden en blijven deelnemen aan de*
90 *samenleving. Alleen als het in de eigen omgeving echt niet kan, als het er niet veilig genoeg*
91 *is voor de persoon zelf en zijn omgeving, of de persoon zelf niet wil, kan opname in een*
92 *instelling een betere oplossing zijn.*

93
94 *De Wvvgz biedt zorgverleners meer instrumenten voor zorg op maat. Altijd wordt gekeken*
95 *naar welke aanpak het beste past bij iemand; verplichte zorg zo kort als mogelijk en zo lang*
96 *als noodzakelijk. Bovendien geeft de wet de mensen die verplicht worden behandeld en hun*
97 *familie meer inspraak. Zij beslissen mee hoe de zorg en ondersteuning eruit gaan zien. Ook*
98 *wordt meer dan voorheen met de gemeente gekeken naar wat iemand nodig heeft om deel*
99 *te (blijven) nemen aan het maatschappelijk leven, zoals een woning en werk.*

100
101 *Voor iemand met ernstige psychische problemen is het echter veel beter als we kunnen*
102 *voorkomen dat het zo slecht gaat dat verplichte behandeling nodig is. Daarvoor is het*
103 *noodzakelijk dat alle betrokken partijen en instanties goed samenwerken en signalen van*
104 *familie, naasten en omgeving in een vroeg stadium opvangen en serieus nemen. Zodat tijdig*
105 *gestart kan worden met een passende behandeling. Daar wordt niet alleen de patiënt, maar*
106 *ook de samenleving beter van.*

107

108 1.2 Dwang en drang in de GGZ

109

110 ***“Vrijwillige zorg is de norm, assertieve en verplichte zorg de uitzondering.***

111

112 Deze generieke module behandelt **vrijwillige zorg**, **assertieve zorg** (actief contact maken,
113 motiveren, onderhandelen (bemoeizorg) en onderdruk zetten (drang)). Daarnaast komt
114 **verplichte zorg** (ambulante dwang, dwangopname en dwangbehandeling) aan bod. In al
115 deze fases van behandeling is er sprake van regelmatig veranderende verhoudingen tussen
116 de patiënt, diens naaste en de professional. Zo veranderen de manier van contact maken, de

117 mate van autonomie, de mate van vertrouwen in elkaar en de verdeling van
118 verantwoordelijkheden.

119

120 Een belangrijk uitgangspunt voor de professional is dat de inzet van het handelen er altijd op
121 gericht is om verplichte zorg te voorkómen. En, indien er al sprake is van verplichte zorg, dit
122 zo snel mogelijk te verminderen. Een tweede uitgangspunt is dat bij het opschalen van
123 vrijwillige zorg naar assertieve zorg en verplichte zorg, telkens in samenspraak met de
124 patiënt en diens naasten de vraag wordt gesteld of, hoe en wanneer afschalen mogelijk is
125 (zie figuur 1). Vrijwillige zorg is de norm, assertieve en verplichte zorg de uitzondering.



Verwijder afbeelding

126

127 figuur 1

128

129 Het voorkómen van dwang

130

131 ***“Het is van groot belang om dwang te voorkómen vanwege de impact op de***
132 ***patiënt en zijn naasten.***

133

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

139

140 Dwang (een Wvggz-maatregel) is pas aan de orde wanneer er sprake is van een risico op
141 ernstig nadeel, voor de persoon zelf en/of voor een ander. Dit risico dient veroorzaakt te zijn
142 door een psychiatrische aandoening. Daarnaast zijn er geen andere opties meer dan het
143 toepassen van dwang om het risico op ernstig nadeel af te wenden. Ook in de Wvggz, net

144 als in de Wet Bijzondere opnemingen psychiatrische ziekenhuizen (Wet Bopz), blijft dwang
145 dus een ultimum remedium, een laatste uiterste redmiddel.

146

147 Het is van groot belang om dwang te voorkómen vanwege de impact op de patiënt en zijn
148 naasten. Dwang kan worden voorkomen door de-escalerend op te treden. Door tijdig te
149 signaleren wanneer het niet goed gaat, of door mensen de noodzaak te laten inzien van het
150 accepteren van zorg. Wanneer een patiënt in zorg is, kunnen er afspraken worden gemaakt
151 die kunnen helpen om een situatie waarin dwang noodzakelijk wordt te voorkomen.

152 Bijvoorbeeld door het maken van een crisisplan.

153

154 Dwang is pas gerechtvaardigd wanneer dit de enige manier is om ernstig nadeel voor de
155 patiënt en/of diens omgeving te voorkómen. Voorwaarde is dat alternatieven voor dwang
156 daadwerkelijk zijn overwogen en zo mogelijk ook geprobeerd. Het is van toenemend belang
157 dat we ons dit realiseren, nu in het kader van de Wvvgz in principe iedere burger kan vragen
158 om een onderzoek naar het toepassen van de Wvvgz. Dit brengt het gevaar met zich mee
159 dat dwang vanuit de psychiatrie steeds meer gezien wordt als een oplossing voor de
160 problemen van en tussen burgers en wordt toegepast als reactie op handelingsverlegenheid,
161 terwijl andere maatregelen onvoldoende zijn geprobeerd. Daarom is het belangrijk ook het
162 maatschappelijk perspectief in deze module aan de orde te stellen. Niet alleen naasten van
163 de patiënt, maar ook burens, omwonenden of een wijkagent of buurtregisseur hebben een
164 signalerende functie. Zij kunnen bijdragen aan het zoveel mogelijk voorkomen van dwang.

165

166 Uit recent onderzoek blijkt dat de groep mensen die met een dwangopname te maken krijgen
167 zeer divers is. Kenmerkend binnen deze groep is dat mensen met een psychotische stoornis
168 en/of mensen met een eerdere dwangopname vaker te maken krijgen met een
169 dwangopname dan andere mensen.

170

171 Dwang wordt steeds meer toegepast. Zowel het aantal ambulante machtigingen als het
172 aantal dwangopnames per 100.000 inwoners neemt al decennia toe. Dit betekent dat steeds
173 meer burgers met dwang te maken krijgen.

174

175 Deze trend is onwenselijk om meerdere redenen:

- 176 • De impact die dwang heeft op de mensen die het ondergaan.
- 177 • Het feit dat het toepassen van dwang kan indruisen tegen het door Nederland
178 ondertekende 'Verdrag over de rechten van de mens' en het verdrag 'rechten van de
179 mens met een beperking'.
- 180 • De toenemende maatschappelijke kosten die hiermee gepaard gaan.
- 181 • Het afnemende vertrouwen van burgers in de psychiatrie, waar problemen steeds vaker
182 met dwang worden opgelost.
- 183 • De toenemende mate om risico/onveiligheid te willen vermijden, of te bestrijden door
184 meer dwang toe te passen, verhoogt het gevoel van onveiligheid. Er ontstaat zo een
185 circulaire causaliteit. Dit omdat het antwoord op een groter gevoel van onveiligheid is
186 gelegen in het opnieuw toepassen van (meer) dwang.

187 Naast deze landelijke toename van dwang zien we over het geheel een afname van
188 interventies gericht op het voorkómen van dwang. Dit kan betekenen dat dwang eerder wordt
189 ingezet, terwijl er misschien nog mogelijkheden zijn voor assertieve zorg.

190

191 De Wvvgz is mede ontwikkeld om het aantal dwangopnames terug te brengen, onder andere
192 door het toepassen van ambulante dwang. Anno 2020 zijn er echter nog veel vragen in het
193 veld over de mogelijkheden en de randvoorwaarden voor het toepassen van ambulante
194 dwang. Gezien het feit dat deze herziene generieke module ongeveer een jaar na het
195 invoeren van de Wvvgz verschijnt, is het niet mogelijk om veel ervaringen met ambulante
196 dwang aan bod te laten komen en alle vragen te beantwoorden. Uiteindelijk willen we echter

197 niet alleen dwangopnames verminderen, maar zal het doel zijn om dwang in het algemeen te
198 verminderen, dus ook ambulante dwang.

199

200 Een vorm van succesvolle dwangreductie in de afgelopen jaren is het reduceren van
201 separaties.

202

203 Ondanks dat daar nog winst te behalen valt, is sinds 2006 de stijging van het aantal en de
204 duur van separaties omgebogen in een daling, waarbij we de laatste jaren een stabilisatie
205 zien. Door het steeds verbeteren van de zorg kan deze vorm van dwang mogelijk nog verder
206 worden gereduceerd.

207

208 **Dwang**

209

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

214

215 We spreken van dwang wanneer iemand tegen zijn zin wordt gedwongen iets te doen, iets
216 niet te doen of te dulden, thuis of in een psychiatrisch ziekenhuis (in de Wvvggz een
217 'accommodatie' genoemd). Dit kan onder andere vrijheidsbeperking betekenen of het
218 opleggen van behandeling. Het toepassen van dwang is steeds gericht op het afwenden van
219 het risico op ernstig nadeel voor de patiënt zelf en/of voor anderen. Denk aan agressie
220 jegens derden, suïcidaal gedrag en zelfbeschadigend gedrag of ernstige verwaarlozing en
221 maatschappelijke teloorgang.

222

223 Dwangmaatregelen zijn voor patiënten – en hun naasten – vaak schokkende
224 gebeurtenissen. Hoe dwang beoordeeld wordt hangt af van zowel de juridische-, als de
225 ethische aanvaardbaarheid. Van de toepassing van de maatregelen en de wijze waarop de
226 patiënt tijdens dwang wordt bejegend. Het uitgangspunt is dat dwang alleen kan
227 plaatsvinden als voldaan is aan de criteria van de Wvvggz. Dat wil zeggen dat dwang:

- 228 • Onvermijdelijk is en getoetst aan de principes van subsidiariteit (er is geen minder
- 229 ingrijpend middel toepasbaar).
- 230 • In verhouding staat tot het doel (proportionaliteit).
- 231 • Effectief is (doelmatigheid).

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

237

238 **Verplichte zorg**

239

240 Verplichte zorg kan worden verleend op grond van een crisismaatregel (CM) of een
241 zorgmachtiging (ZM). Daarnaast is verplichte zorg mogelijk in noodsituaties en voorafgaand
242 aan een crisismaatregel.

243

244 De crisismaatregel kan worden toegepast wanneer de zorgmachtiging niet kan worden
245 afgewacht. Er zijn in het kader van de Wvvggz meerdere personen die een onderzoek naar de
246 noodzaak van een crisismaatregel of zorgmachtiging kunnen starten. Zowel bij de
247 crisismaatregel als bij de zorgmachtiging blijven een onafhankelijk psychiater en rechter
248 betrokken. Zij toetsen de noodzaak voor de betreffende maatregel. Vaststelling van een

249 psychische stoornis die kan leiden tot toepassing van dwang en drang, behoort tot de
250 expertise van de psychiater.

251

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

259

260 **Verplichte zorg in een ambulante setting**

261

262 De Wvggz, het bijbehorende Besluit verplichte geestelijke gezondheidszorg (Bvggz) en de
263 regeling verplichte geestelijke gezondheidszorg maken het mogelijk om ook verplichte zorg
264 toe te passen in een ambulante setting en bij mensen thuis (zie ook paragraaf 3.3).

265

266 Over het algemeen zijn professionals, patiënten en naasten van mening dat met het
267 toepassen van dwangmiddelen buiten de accommodatie terughoudend moet worden
268 omgegaan.

269

270 De belangrijkste redenen hiervoor zijn:

- 271 • De veiligheid bij het toepassen van dwang in een ambulante setting is minder makkelijk
- 272 te organiseren dan bij het toepassen van dwang binnen een accommodatie.
- 273 • Bedreiging van de autonomie van een individu en dwang in de eigen (woon)omgeving is
- 274 potentieel traumatiserend.
- 275 • De doelmatigheid van het toepassen van ambulante dwang (controle op aanwezigheid
- 276 van middelen of afpakken van middelen) staat ter discussie.

277 *Professionals, patiënten en naasten zijn van mening dat het uitgangspunt bij de toepassing*
278 *van ambulante dwang is dat dit gebeurt zonder fysiek verzet en alleen wanneer hier in het*
279 *zorgplan van de Wvggz overeenstemming over is bereikt. Er kan sprake zijn van een situatie*
280 *waarin hiervan moet worden afgeweken omdat dit meer schade oplevert voor de patiënt dan*
281 *wanneer er niet van wordt afgeweken. De professional, die uiteindelijk deze beslissing*
282 *neemt, consulteert voor dit besluit indien mogelijk de naasten. Daarnaast organiseert de*
283 *professional ruggenspraak met de zorgverantwoordelijke en/of diens waarnemer en*
284 *evalueert het genomen besluit achteraf zorgvuldig.*

285

286 **Assertieve zorg**

287

288 Zoals eerder beschreven is dwang het uiterste middel om ernstig nadeel ten gevolge van
289 een psychische stoornis tegen te gaan. Dwang is een ingrijpende maatregel die een patiënt
290 de keuzevrijheid ontnemt. Dwang kan ertoe leiden dat de relatie tussen patiënt,
291 professional en/of naaste(n) (tijdelijk) onder druk komt te staan. Zorgvuldige communicatie,
292 eerlijkheid en openheid over het (dwang)behandelplan is belangrijk, zodat er oog blijft voor
293 een vertrouwelijke basis tussen patiënt, professional en naaste. Assertieve zorg, actief
294 contact maken, motiveren, onderhandelen en onder druk zetten zijn minder ingrijpend dan
295 dwang. De patiënt behoudt dan keuzevrijheid, maar sommige keuzeopties worden
296 aantrekkelijk of juist onaantrekkelijk gemaakt of aan voorwaarden verbonden.

297

298 Assertieve zorg is aan de orde wanneer een patiënt uit zichzelf geen hulp zoekt of vraagt,
299 maar er wel (een sterk vermoeden bestaat dat er) ernstige psychiatrische symptomen zijn.
300 Met bijkomende (dreiging van) forse maatschappelijke problemen en op termijn misschien
301 risico op ernstig nadeel. In dit geval is de behandeling bij voorkeur vrijwillig en stelt een

302 professional zich beschikbaar op. Hij of zij motiveert en informeert betrokkenen en geeft
303 waar nodig advies aan zowel de patiënt als zijn naaste(n).

304

305 Als dat niet mogelijk is, kan de professional proberen door middel van een assertieve
306 houding gedragsverandering te bereiken. Dit betekent dat de professional actief contact
307 maakt, onderhandelt met de betrokkene(n), hem of haar probeert te motiveren, over te halen
308 en eventueel meer onder druk te zetten (drang). Bij drang betekent dit vaak een keuze
309 tussen twee kwaden. Bijvoorbeeld: medicatie of verplichte zorg accepteren. Drang
310 belemmert dus ook de keuzevrijheid, maar geeft iets meer ruimte aan de patiënt dan bij
311 dwang omdat er geen sprake is van het toepassen van een dwangkader.

312

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

321

322

323 **1.3 Doelstelling**

324

325 Doelstelling van de Generieke module Dwang en drang is het geven van concrete
326 aanbevelingen en handvatten aan zorgprofessionals en het bieden van informatie aan
327 patiënten en naasten over het voorkómen van dwang en het toepassen van dwang. De
328 generieke module besteedt aandacht aan het voorkómen van dwang. En aan besluitvorming,
329 uitvoering en evaluatie tijdens opname en behandeling in de ggz, gericht op het bevorderen
330 van herstel van de patiënt.

331

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

338

339 Verschillende onderdelen van deze module gaan over de uitvoering van zorg binnen de
340 Wvvgz. Vraagstukken die gaan over de administratieve en organisatorische toepassing van
341 de wet vallen buiten de scope van deze module. Er is voor gekozen om de generieke module
342 zo op te bouwen dat de samenwerking tussen patiënt, professional en naasten centraal
343 staat. Daarnaast is de module zo opgebouwd dat de kern van de module niet hoeft te
344 veranderen wanneer er op basis van praktische uitvoerbaarheidsbezwaren aanpassingen in
345 de wet worden gedaan.

346

347

348 **1.4 Doelgroep**

349

350 De generieke module is geschreven voor professionals die betrokken zijn bij het voorkomen
351 van, de besluitvorming over en de toepassing van dwang in de ggz in Nederland. De
352 professionals werken samen bij het voorkómen en uitvoeren van dwangmaatregelen. Zij

353 werken zoveel mogelijk samen met de patiënt, ouder(s)/verzorger(s) en andere betrokkenen.
354 Daarom is deze module ook bedoeld voor de patiënt en diens directe omgeving. Om hen van
355 informatie te voorzien over dwang en drang in de behandeling.

356

357

358 **1.5 Uitgangspunten**

359

360 Een generieke module beschrijft vanuit het perspectief van patiënten en naasten wat onder
361 goed professioneel handelen (goede zorg) wordt verstaan. De meest actuele kennis vormt
362 het uitgangspunt. Het gaat over kennis gebaseerd op de resultaten van wetenschappelijk
363 onderzoek, praktijkkennis en de voorkeuren van patiënten en naasten. De beschreven zorg
364 in de standaarden zijn geen wetten of voorschriften, maar bieden handvatten voor de
365 professional om gepersonaliseerde zorg te kunnen leveren.

366

367 Het werken volgens de kwaliteitsstandaard is geen doel op zich. De combinatie van factoren
368 die tot ziekte hebben geleid en de sociale context waarin een aandoening zich voordoet zijn
369 voor iedere patiënt uniek. Daarnaast heeft iedere patiënt unieke behoeften om regie te
370 voeren over zijn of haar herstel en leven. Zorgprofessionals ondersteunen dit proces vanuit
371 hun specifieke expertise en de kennis die een kwaliteitsstandaard hun biedt. De kwaliteit van
372 een professional kenmerkt zich wellicht meer door de wijze waarop hij of zij in staat is in de
373 juiste gevallen en op het juiste moment (goed beargumenteerd) van een standaard af te
374 wijken. Mede op basis van de kwaliteitsstandaard bepalen de patiënt (en diens naasten) en
375 de professional, ieder met hun eigen expertise, samen wat de gewenste uitkomsten van zorg
376 zijn. En welke behandel- en ondersteuningsopties daarbij passend zijn.

377

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

385

386

387 **1.6 Betrokken organisaties**

388

389 Bij de totstandkoming van de generieke module heeft de werkgroep samengewerkt met een
390 groep van deskundigen. Zij hebben de door de werkgroep opgeleverde documenten
391 meegelezen en/of voorbereidingen gedaan op het gebied van literatuuronderzoek,
392 onderzoek naar de wetteksten en het maken van een overzicht van best practices.

393

394 Hieronder staat een overzicht van de leden van de werkgroep en van de deskundigen.

395

396

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)

Deskundigen	
Naam	Vanuit
Dwayne Meijnckens	MIND
Paul Ulrich	analyse wetteksten
Sven Rooijackers	UMC, literatuuronderzoek
Simone de Lindt	RINO, overzicht best practices
Yael Meijer	NIP
Marga Jonkman	NIP jeugd sectie
Henk van Dijk	Nationale Politie
André de Mol	Stichting Patiëntvertrouwenspersonen (PVP)
Toon Vriens	Landelijke stichting Familievertrouwenspersonen (LSFVP)
Rob Keurentjes	Rechter
Jolanda Voskes	Onderzoeker ambulante dwang
Nienke Horst	Gemeente Utrecht

1.7 Leeswijzer

401

402

403 De Generieke module Dwang en drang omvat vijf hoofdstukken. In hoofdstuk 2 worden de
404 wensen en ervaringen van patiënten en naasten met betrekking tot drang en dwang
405 besproken. In hoofdstuk 3 worden kernelementen van goede zorg bij drang en dwang
406 beschreven. Hoofdstuk 4 gaat in op de organisatie van zorg bij drang en dwang. In hoofdstuk
407 5 wordt een aantal kwaliteitsindicatoren met betrekking tot drang en dwang besproken.

408

409 In bijlage 1 is een beschrijving opgenomen van de verschillende organisatievormen die
410 betrokken zijn bij het voorkómen van dwang. Bijlage 2 omvat een overzicht van de
411 bestaande literatuur over preventie van dwang. In bijlage 3 is een beschrijving opgenomen
412 van het kwalitatieve onderzoek naar dwang in de ambulante setting.

413

414 In de module is er gekozen om de term "bemoeizorg" te vervangen door "assertieve zorg".
415 De belangrijkste reden om dit te doen is omdat uit de enquête die gehouden is onder
416 patiënten en naasten blijkt dat de term "bemoeizorg" negatief beladen is. Assertieve zorg is
417 een meer neutrale term die de bedoeling van dit type zorg beter uitdrukt.

418

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

422

423

2. Patiënten en naastenperspectief

2.1 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt omschreven wat vanuit patiënten- en naastenperspectief de belangrijkste wensen en ervaringen zijn als het gaat om het voorkómen van dwang 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.

2.2 Wensen en ervaringen van patiënten

“Niet 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 verstaan zijn noodzakelijk om gezamenlijk tot een besluit te komen over de inhoud en de context van de zorg. (focus op gezondheid, zorg voor herstel, visie 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 ‘**Niet 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 glijdende schaal 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 als patiënten zonder ervaring 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.

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

470

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

475

476 Patiënten spreken geen duidelijke voorkeur uit daar waar het gaat om de plaats van de inzet
477 van verplichte zorg, nl. thuis of in een ggz-instelling. Het belangrijkste criterium is dat de
478 omgeving als veilig en vertrouwd wordt ervaren. Patiënten geven wel duidelijk aan dat
479 dwangbehandeling alleen thuis mag plaatsvinden wanneer de patiënt en zijn naaste akkoord
480 zijn. Patiënten geven aan dat de inzet van een taser, een hond of wapenstok, in de
481 omgeving die voor cliënten veilig en vertrouwd zou moeten zijn, niet kan worden toegepast.

482

483 Over de effecten van de inzet van dwang geeft de helft van de patiënten aan dat zij geen
484 positief effect zien op herstel door de inzet van dwang.

485

486 Uit literatuuronderzoek blijkt dat een krappe meerderheid van de patiënten dwangopnames
487 uiteindelijk (na afloop van de opname) als positief ervaart. Van de patiënten kijkt 48%
488 negatief op de dwangopname terug. Patiënten met een dwangopname zijn minder tevreden
489 over de behandeling dan patiënten die vrijwillig opgenomen waren en vonden de opname
490 minder nodig. Als het gaat om dwangopname komen de volgende thema's bij patiënten naar
491 voren:

- 492 • Bezorgdheid over schending van de autonomie.
- 493 • Lage kwaliteit van de behandeling.
- 494 • Slechte bejegening.
- 495 • De impact op het gevoel van eigenwaarde.

496 Er is enig empirisch bewijs dat gedwongen opname in behandel-effectiviteit vergelijkbaar is
497 met vrijwillige opname.

498

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

503

504 In een review van kwalitatief onderzoek naar de ervaringen van patiënten met
505 dwangmaatregelen kwamen de volgende thema's naar voren:

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

511 Bij separatie ervaren patiënten ook vaak een toename van angst- of psychotische klachten
512 door een gebrek aan prikkels. Dit heet 'sensorische deprivatie'. Sensorische deprivatie kan
513 grote psychologische gevolgen hebben, zoals de-realisatie, hypergevoeligheid voor externe
514 stimuli en zelfs hallucinaties. Ook kunnen eerdere trauma's uit het leven, bijvoorbeeld
515 oorlogstrauma's, of misbruik getriggerd worden.

516

517 Net zoals bij dwangopname kijken sommige patiënten na verloop van tijd positiever terug op
518 de dwangmaatregelen. De kwaliteit van het contact en de communicatie met professionals
519 zijn van belang als het gaat om hoe patiënten separatie beleven.

520
521 Vrouwelijke patiënten staan over het algemeen negatiever tegenover dwangmaatregelen dan
522 mannen.

523
524 In Nederlands onderzoek naar verschil in voorkeuren tussen insluiten, dwangmedicatie en
525 een combinatie van afzondering en dwangmedicatie bleek dat enkelvoudige
526 dwangmaatregelen de voorkeur genieten boven combinatiemaatregelen. Het aandeel
527 patiënten dat de voorkeur gaf aan insluiten of dwangmedicatie was ongeveer gelijk.

528
529 Er is geen bewijs voor een therapeutisch effect van insluiten, zoals een afname van agitatie
530 of agressie. Bovendien is er weinig of geen empirisch bewijs met betrekking tot de veiligheid
531 en effectiviteit van fixatie en afzondering als interventies voor het op korte termijn beheersen
532 van verstorend of gewelddadig gedrag. Er is evenmin bewijs dat een bepaalde
533 vrijheidsbepalende maatregel effectiever is dan een andere. Daarbij komt dat fixatie of
534 afzondering een nieuwe traumatische ervaring kan zijn waar een patiënt nog lang last van
535 kan houden.

536
537

538 **2.3 Kwaliteitscriteria vanuit** 539 **patiëntenperspectief**

540

541 **Inleiding**

542

543 In 2001 zijn op basis van kwalitatief onderzoek naar ervaringen van patiënten, familie en
544 professionals acht kwaliteitscriteria voor dwang en drang opgesteld. Deze kwaliteitscriteria
545 zijn in te delen in de thema's: algemeen, preventie, indicatie, uitvoering en rapportage &
546 evaluatie.

547

548 **Algemeen**

549

550 ***“Samenwerking met patiënt én naasten is essentieel om kwaliteit van zorg te***
551 ***waarborgen.***

552

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

557

558 *Contact en vertrouwen*

559

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

565

566

567

568 *Afstemming*

569

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

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

580

581 **Verskillende overwegingen vanuit patiëntenperspectief bij het voorkomen van** 582 **dwangtoepassingen (preventie)**

583

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

589

590 Bij nieuwe patiënten is het belangrijk om in een 'niet acute fase' belangstelling en begrip te
591 tonen, informatie te geven en vrijblijvend advies. In de fase waarin assertieve zorg nodig is,
592 is het belangrijk om mogelijke acties en behandelingen te inventariseren, de keuze van een
593 interventie te verduidelijken naar de patiënt en diens naasten en alles goed vast te leggen. In
594 de fase van dwang (ook in de andere fases) wordt contact maken en contact behouden met
595 de patiënt, diens naasten en overige betrokkenen hoog gewaardeerd.

596

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

602

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

608

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

616

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

623

624 **Start van een Wvvggz-maatregel (indicatie)**

625

626 Indien de professional inschat dat is voldaan aan de criteria van subsidiariteit (er is geen
627 minder ingrijpend middel toepasbaar), proportionaliteit (het middel staat in verhouding tot het
628 doel) doelmatigheid (het middel is werkzaam) en de andere eisen zoals beschreven in art.
629 2.1 van de Wvvggz, dan kan de volgende stap gezet worden. Het kan de behandeling
630 ondersteunen en ook de-escalerend werken, wanneer de professional de keuze voor de
631 inzet van verplichte zorg zorgvuldig (en passend bij het toestandsbeeld van de patiënt)
632 toelicht aan de patiënt en duidelijke uitleg geeft over het proces. Inzetten op het goed
633 informereren van de patiënt – mits de situatie dit toelaat – en op het ondersteunen van de
634 patiënt is het uitgangspunt.

635

636 Wanneer is besloten verplichte zorg in te zetten en de patiënt hierover is geïnformeerd, is het
637 van belang dat er ook aandacht is voor de gevolgen die deze heeft voor het dagelijkse leven
638 van de patiënt. Denk aan de zorg voor kinderen, ouders en huisdieren, het informeren van
639 naasten. Maar bijvoorbeeld ook aan hoe bij een opname de woning wordt achtergelaten
640 (ramen dicht, koelkast leeg etc.) en of er nog rekeningen moeten worden betaald.

641

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

- 646 • Bij opname van een patiënt vindt een nieuwe afweging en beoordeling van de situatie
647 plaats. Ook al wordt patiënt geboeid en, onder politiebegeleiding, binnengebracht. En/of
648 ook al acht de verwijzer separatie/afzondering noodzakelijk.
- 649 • Aandacht voor een zo gastvrij mogelijke ontvangst van de patiënt die opgenomen wordt.
650 Bijvoorbeeld door middel van het aanbieden van een rustige omgeving, eten, drinken,
651 contact met de buitenwereld, praktische zorg voor bijvoorbeeld dieren en, uitleg over de
652 afdeling en situatie.
- 653 • Aandacht voor het opbouwen van vertrouwensrelatie.

654 **Uitvoering van verplichte zorg**

655

656 Patiënten (en naasten) ervaren, over het algemeen, in grote mate ondersteuning wanneer
657 hen uitleg wordt gegeven over de wetten (brochure zorgmachtiging en brochure
658 crisismaatregel) en regels die te maken hebben met vrijheidsbeperkende maatregelen of
659 dwangtoepassingen. Bij een gedwongen opname bijvoorbeeld of bij de inzet van
660 noodmedicatie. Maar ook bij beperkingen met betrekking tot het ontvangen van bezoek of
661 het tijdelijk niet gebruik mogen maken van een telefoon of computer. Dit geldt ook voor het
662 bespreken van de afdelingsregels.

663

664 Vanuit patiëntenperspectief wordt benadrukt dat tijdens de uitvoering van verplichte zorg er
665 aandacht moet blijven voor de individuele patiënt. Interventies worden door iedere patiënt
666 verschillend ervaren. Zo kan voor de ene patiënt fysieke fixatie op de eigen kamer in de
667 kliniek veilig voelen, terwijl de andere patiënt dit juist als zeer onveilig ervaart. En kan het zijn
668 dat de ene patiënt het fijn vindt om even alleen op zijn kamer te zijn, terwijl de andere
669 hierdoor juist heel erg angstig wordt. Duidelijkheid over de regels versus ruimte voor
670 individuele afspraken gaan hier hand in hand.

671

672 Uitgangspunt voor de uitvoering van verplichte zorg is dat dit plaatsvindt in een veilige
673 omgeving. Professionals, patiënten en, naasten hebben de verantwoordelijkheid om met
674 elkaar te zorgen voor maximale veiligheid voor zichzelf en hun directe omgeving en dragen
675 zorg voor een veilige opname afdeling.

676
677 Specifieke aandacht wordt (vanuit patiëntenperspectief) gevraagd voor mogelijke **suïcidale**
678 **gedachten en/of suïcidaal gedrag** bij de uitvoering van verplichte zorg. Informatie hierover
679 is onder andere te vinden in de paragraaf behandeling, begeleiding en terugvalpreventie van
680 de Generieke module Diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag en in de
681 bijbehorende werkkaart.

682 683 **Rapportage en evaluatie**

684
685 Het is van belang om de inzet van dwang – maar ook de inzet van maatregelen ter
686 voorkoming van dwang – achteraf zorgvuldig met patiënt, naasten en overige betrokkenen te
687 evalueren.

- 688
- 689 • Met welk doel is de interventie toegepast?
 - 690 • Is het interventiedoel bereikt?
 - 691 • Wat waren de ervaringen van de patiënt, de naasten en overige betrokkenen?
 - 692 • Hoe kunnen dergelijke situaties in de toekomst voorkómen worden?

692

693 Op basis van deze evaluatie worden indien van toepassing het behandelingsplan en de
694 crisisafspraken en crisis-signaleringsplannen aangepast. Deze evaluatie kan het beste
695 worden ondersteund door middel van toetsbare rapportage en registratie van het gehele
696 proces: Het voorkómen van dwang de indicatie en uitvoering. Naast de evaluatie van de
697 interventies en het proces, is het vanuit patiëntenperspectief gewenst om samen met de
698 professional te evalueren of de gemaakte afspraken en toezeggingen zijn nageleefd. Heeft
699 de professional gezegd wat hij deed en gedaan wat hij heeft gezegd?

700

701

702 **2.4 Het perspectief van de naasten**

703

704 *“Het uitgangspunt is dat naasten worden betrokken bij alle fasen van de*
705 *behandeling en daarmee ook in de fase ambulante dwang, tijdens een*
706 *dwangopname en bij dwangbehandeling.*

707

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

714

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

723

724 De Generieke Module Naasten beschrijft de volgende vier rollen voor naasten.

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

733 Deze rollen zijn binnen de gehele ggz van toepassing, ook binnen het kader van assertieve

734 en verplichte zorg. Een naaste kan meer van deze rollen tegelijkertijd vervullen. Naasten

735 kunnen bijvoorbeeld ook om assertieve zorg vanuit de ggz vragen wanneer zij zien dat het

736 slecht gaat met de patiënt (bijvoorbeeld meer depressie, psychose of verslaving) en diegene

737 (nog) geen hulp wil accepteren.

738

739 Het is van belang om samen met de naasten hun rol te definiëren en deze in samenspraak

740 concreet in te vullen. De triadekaart kan hierbij dienen als middel ter ondersteuning.

741 Vervolgens worden er daadwerkelijke afspraken gemaakt met de naasten – in samenspraak

742 met de patiënt – over deze invulling en worden deze afspraken gedocumenteerd en

743 geëvalueerd. De rol van de naasten kan verschillend zijn vanuit een verschillende culturele

744 context.

745

746 Naast de concrete invulling van de rol is het aan te raden dat naasten en professionals – in

747 samenspraak met de patiënt – ook de tijd nemen om de huidige belasting versus de

748 daadwerkelijke belastbaarheid te bespreken.

749 De patiënt bepaalt wie zijn naasten zijn, tenzij de keuze van de patiënt schadelijk is voor zijn

750 herstel en de patiënt door zijn psychische toestand niet in staat is om hier op adequate wijze

751 over te oordelen en/of het gesprek hierover aan te gaan. Op het moment dat het

752 toestandsbeeld van de patiënt verandert, is het van belang om het gesprek over de naasten

753 opnieuw te voeren. Naast het uitgangspunt dat de patiënt bepaalt wie zijn naasten zijn,

754 bepaalt hij ook of en wanneer hij hier verandering in wil.

755

756 Het uitgangspunt is dat naasten worden betrokken bij alle fasen van de behandeling. Ook in

757 de fase van ambulante dwang, tijdens een dwangopname en bij dwangbehandeling.

758

759 De Wvggz geeft meer duidelijkheid over de rol van de naasten bij de toepassing van dwang

760 binnen de ggz. Voor de concrete uitwerking hiervan en voor de rol die de

761 familievertrouwenspersoon hierin kan spelen is veel informatie te vinden op de website van

762 de Landelijke Stichting Familie vertrouwenspersonen en op de website van Ypsilon.

763

764 **Wensen en ervaringen van naasten**

765

766 Naasten voelen zich vaak onvoldoende betrokken en gehoord. Wanneer er sprake is van

767 een eerste crisissituatie, waarbij naasten nog geen of nauwelijks kennis van en ervaring

768 hebben met psychische ziektebeelden, komen zij in een nieuwe en onbekende wereld

769 terecht. Zij kennen de weg niet en zien vaak door de bomen het bos niet meer.

770

771 Door ontbrekende kennis en ervaring van naasten is zoeken naar de juiste wegen in de ggz

772 een haast onmogelijke opgave. Zeker wanneer er een Wvggz maatregel dreigt of van

773 toepassing is. Naasten geven aan in deze fase veel ondersteuning te ervaren door het

774 ontvangen van psycho-educatie en begeleiding.

775

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

- 778 • Naasten denken dat dwang een matig tot redelijk positief effect heeft op herstel van de
779 patiënt.
- 780 • Naasten denken dat de patiënt geen duidelijke voorkeur heeft voor verplichte zorg thuis
781 of in een ggz-instelling, zolang de omgeving veilig en vertrouwd is.
- 782 • Naasten geven aan dat het gebruik van een taser, een hond en/of een wapenstok niet
783 moeten worden ingezet in een omgeving die voor patiënten veilig en/of vertrouwd hoort
784 te zijn.
- 785 • Naasten waarderen bemoeizorg wisselend. Het verleiden tot zorg waarderen ze relatief
786 goed.
- 787 • Naasten geven aan dat verplichte zorg thuis alleen mag als patiënt én naaste(n) akkoord
788 zijn.
- 789 • Naasten geven aan dat de patiënt zelf bepaalt wie zijn naaste(n) zijn.
- 790 • Naasten vinden dat zij altijd recht van spreken hebben, terwijl de patiënt zegt dat dit
791 alleen mag als hij er weet van heeft.

792

793 **2.5 Kwaliteitscriteria vanuit** 794 **naastenperspectief**

795 *“Naasten en professionals kunnen elkaar van belangrijke informatie voorzien*
796 *ten behoeve van het leveren van goede zorg voor de patiënt.*

797

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

801

802 **Deskundigheid en communicatie**

803

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

815

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

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

823 Andersom kan de deskundigheid van de professional erop gericht zijn de informatie die hij/zij
824 van een naaste krijgt te integreren in de behandeling en begeleiding van de patiënt. Het is
825 van belang om hierin onderscheid te maken tussen een situatie van eerste contact met de
826 hulpverlening en een situatie waarin dit al eerder heeft plaatsgevonden. Naast informatie
827 over de situatie zelf zijn de ervaringen van de naasten over eerdere interventies van
828 essentieel belang om mee te nemen in de keuze voor vervolgstappen. Ook is het belangrijk
829 om signalen van naasten over een aanstaande crisis te horen. Naasten ervaren vaak een
830 gebrek aan toegang tot de hulpverlening buiten kantooruren om eventuele crisissignalen
831 kenbaar te kunnen maken en overleg te voeren over een mogelijke crisissituatie.

832
833 Naasten en professionals kunnen elkaar van belangrijke informatie voorzien ten behoeve
834 van het leveren van goede zorg voor de patiënt. Waar naasten baat hebben bij de
835 professionele deskundigheid van de professional, zijn de persoonlijke ervaringen van
836 naasten een belangrijke informatiebron voor de professional.

837
838 De Wvvgz biedt nieuwe kansen en mogelijkheden. Het is verstandig om duidelijk te
839 benoemen wat de rollen, taken, rechten en plichten zijn van naasten die betrokken
840 (willen/mogen) blijven. Naasten kunnen een bijdrage leveren aan voorkóming van verplichte
841 zorg omdat hun betrokkenheid escalatie kan voorkómen.

842

843 **Verantwoordelijkheid**

844

845 In sommige gevallen is het mogelijk dat bepaalde toezichtstaken – altijd onder
846 verantwoordelijkheid van de zorgverantwoordelijke – gedeeltelijk wordt overgelaten aan een
847 naaste. Het is van belang dat er in deze situatie goede afspraken zijn gemaakt over de
848 uitvoering van deze taken en dat de bereikbaarheid van de hulpverlening voldoende dekkend
849 is voor de naaste om indien nodig terug te kunnen vallen op deskundigheid van anderen.

850

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

858

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

872

873 **Vertrouwenspersoon**

874

875 De Wvvgz biedt de mogelijkheid dat de patiënt een vertrouwenspersoon aanwijst, niet te
876 verwarren met de patiëntvertrouwenspersoon binnen de ggz, de PVP. In sommige gevallen
877 is er niemand die als vertrouwenspersoon kan optreden. In dat geval zal er in eerste instantie

878 geen vertrouwenspersoon beschikbaar zijn. In de loop van de verplichte zorg wordt
879 geprobeerd om alsnog een vertrouwenspersoon te vinden.
880

881 **2.6 Het maatschappelijk perspectief**

882

883 Vanuit de maatschappij bestaat het risico dat er vooroordelen zijn ten aanzien van personen
884 met onbegrepen of gevaarlijk gedrag.

885

886 Van belang is om hierbij niet uit het oog te verliezen dat er vaak angst en onwetendheid ten
887 grondslag ligt aan deze ogenschijnlijke onverdraagzaamheid. Het is dan ook belangrijk om te
888 blijven investeren in het verbeteren van de beeldvorming over de ggz en de beeldvorming
889 over personen met verward gedrag. Meer kennis en een open en heldere communicatie
890 zorgen voor minder onwetendheid.

891

892 Goede contacten en overleg met burens en omwonenden van patiënten, alsmede contact met
893 wijkagenten en buurtregisseurs kunnen zorgen voor meer verdraagzaamheid. Door het
894 sneller inzetten van preventieve maatregelen kan dwang zoveel mogelijk worden voorkomen.

895

896 Daarnaast kunnen GGZ-instellingen informatie avonden organiseren voor omwonenden en
897 geïnteresseerden en kunnen ervaringsdeskundigen informatie geven over hun ervaringen
898 over de bejegening door de omgeving.

899

900

901 3. Dwang voorkómen en zorg rondom 902 dwang

903

904 3.1 Inleiding

905

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

911

912 Om dwang te voorkómen zijn matched care en assertieve interventies van belang. Assertief
913 betekent in dit geval: op initiatief van de professional, inzetten op motiveren en contact
914 maken, met een zekere vasthoudendheid. Dit betekent dat de zorg zoveel mogelijk ambulante
915 plaatsvindt en wordt geïntensiveerd als daar noodzaak toe is. Dat impliceert dat een
916 aanzienlijk deel van de zorg wordt verleend daar waar de patiënt zich bevindt, hetgeen vaak
917 in de thuissituatie zal zijn.

918

919 Om verplichte zorg te voorkómen, wordt de zorg in de ambulante setting versterkt. Eventueel
920 wordt gebruik gemaakt van assertieve (door professionals geïnitieerde) interventies die
921 beogen contact te maken. Volgens de beginselen van ‘matched care’ wordt de zorg
922 afgestemd op de individuele patiënt en ligt de focus op de intensiviteit van (bemoei)zorg die
923 past bij de zorgbehoeften. Deze zorgbehoeften kunnen vanuit de patiënt zelf zijn
924 geformuleerd. Bijvoorbeeld hulp bij praktische zaken zoals het saneren van schulden of het
925 verminderen van psychiatrische symptomen. Of vanuit de omgeving die het zelf niet lukt
926 contact te maken met iemand met psychotische symptomen die zichzelf ernstig
927 verwaarloost.

928

929 **De motivatieparadox**

930

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

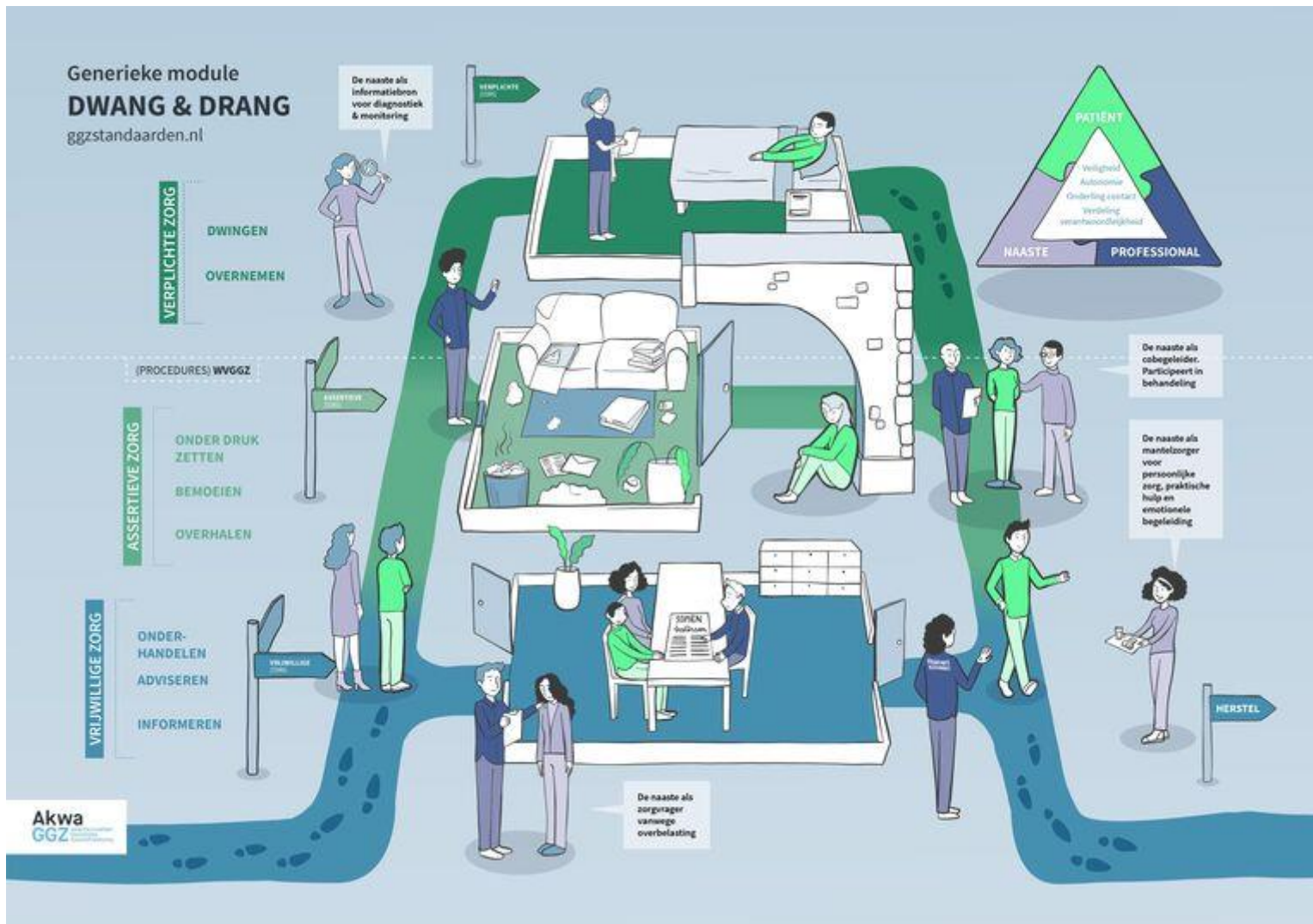
937

938 Dit omgekeerde verband, ook wel ‘**motivatieparadox**’ genoemd, heeft voor de praktijk een
939 betekenis. Wanneer professionals deze paradox herkennen, is het goed om te kiezen voor
940 een actieve opstelling naar de patiënt, met als doel contact proberen te maken en deze
941 negatieve vicieuze cirkel te doorbreken. Dit kan bijvoorbeeld door motiverende
942 gespreksvoering en door te proberen een vorm van behandeling te starten.

943

944 Wanneer professionals en naasten niet kiezen voor een actieve opstelling, bestaat er een
945 grotere kans dat de symptomen verergeren waarbij het risico bestaat dat iemand ernstig
946 nadeel ondervindt. Dan kan het toepassen van verplichte zorg het enig overgebleven middel
947 zijn. Herkennen van de motivatieparadox is dus belangrijk voor de praktijk. Dit is ook een van
948 de redenen waarom het gewenst is dat professionals met ggz-deskundigheid actief contact

949 en behandeling aanbieden. Zij kunnen zo het gebrek aan motivatie voor behandeling,
950 veroorzaakt door de aandoening zelf, proberen op te heffen.



951 Verwijder afbeelding

952

953 3.2 Het voorkómen van dwang

954

955 ***“Het voorkómen van drang en dwang richt zich in de allereerste plaats op het***
956 ***contact maken en motiveren van de patiënt om samen verbeteringen of herstel***
957 ***van de kwaliteit van leven te bewerkstelligen. Het perspectief van de patiënt***
958 ***staat centraal.***

959

960 Onder het voorkómen van dwang vallen handelingen, behandel- en bejegeningwijzen,
961 maatregelen en beleid, die zowel gericht zijn op het voorkómen van een Wvggz maatregel
962 zelf als op het voorkomen van dwangtoepassingen tijdens een Wvggz maatregel. Zoals het
963 toepassen van dwang thuis (bijvoorbeeld medicatie onder dwang toedienen) of separatie. In
964 veel gevallen is assertieve zorg, motiveren, actief contact maken, onderhandelen of onder
965 druk zetten, nodig en een manier om een dwangmaatregel te voorkomen.

966
967
968
969
970
971
972
973
974
975
976
977
978
979
980
981
982
983
984
985
986
987
988
989
990
991
992
993
994
995
996
997
998
999
1000
1001
1002
1003
1004
1005
1006
1007
1008
1009
1010
1011
1012
1013
1014
1015
1016
1017
1018
1019

Aansluiting zoeken

Bij het overhalen 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.

Ongevraagd zorg leveren

Bij assertieve zorg wordt de hulp iemand min of meer opgedrongen. 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, huiselijk geweld of ernstige verwaarlozing. Geen hulp zoeken of het weigeren van hulp is meestal geen keuze maar een gevolg 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 op basis van een inschatting van de 'oordeelsbekwaamheid'. Bij wilsonbekwaamheid gelden er wettelijke criteria.

De verantwoordelijkheid voor het contact zoeken en aanbieden van hulp ligt primair bij de professional. De hulp wordt assertief aangeboden. Dat wil zeggen dat de hulpverlener zelf actief contact zoekt, initiatief neemt om echt in contact te komen en vertrouwen op te bouwen. Hij houdt vol, zo nodig langdurig, 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. Hij zal handelingen overnemen als de patiënt niet in staat is te handelen.

Voor wie is deze zorg bedoeld?

Het gaat hier om mensen met, een vermoeden van, een of meer psychiatrische aandoeningen (inclusief verslaving) al dan niet in combinatie met een lichte verstandelijke beperking. 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 ernstige psychiatrische symptomen. Die al dan niet gepaard gaan met psychisch lijden, 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.

Interventies ter voorkoming van dwang

Interventies ter voorkoming van dwang zijn divers en in te delen naar intensiviteit. 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 drang minimaal, matig, stevig of maximaal inzet, hangt af van de aard en ernst van de problemen. 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.

1020 De motivatie van de patiënt is de belangrijkste aanwijzing voor de professional hoezeer hij of
1021 zij moet aandringen. In de assertieve zorg zal de professional de mate van inzet laten
1022 aansluiten bij de motivatie van de patiënt. Door naast de patiënt te staan, te onderzoeken
1023 waar iemand last van heeft en, op zoek te gaan naar delen van een gemeenschappelijk
1024 verklaringsmodel. Samen met de patiënt zoekt de professional naar intrinsieke motivatie
1025 door te onderzoeken waar zijn wensen liggen en langs welke weg professional en patiënt
1026 samen stappen kunnen zetten. Als dit te langzaam gaat vanwege de urgentie, de aard en de
1027 ernst van de problemen, zal de professional de drang versterken en dus acties ondernemen
1028 om de extrinsieke motivatie aan te spreken.

1029
1030 Er zijn verschillende gradaties van assertieve zorg te onderscheiden:

1031
1032 **Minimale assertieve zorg.** Kenmerken zijn: actief contact maken, adviseren, motiveren (de
1033 gespreksvoering), onderhandelen, psycho-educatie, praktische ondersteuning, aandringen
1034 en eventueel gevaar benoemen. Er is sprake van een minimale vorm van assertieve zorg als
1035 er enige urgentie en ernst bestaat en de patiënt geen of een lage autonomie of motivatie
1036 heeft.

1037
1038 Deze vorm van assertieve zorg wordt niet alleen door professionals toegepast. Meestal doen
1039 een partner, kinderen, een vriend en/of andere naaste(n) die betrokken zijn bij de patiënt dit
1040 ook. Al dan niet in samenwerking met een professional. De naaste probeert de patiënt te
1041 motiveren om hulp te vragen of te aanvaarden, ingegeven door het streven om autonomie te
1042 behouden en te vergroten. De handelingen en gesprekken zijn erop gericht om een
1043 verslechtering van de situatie met een toenemend risico op dwang te voorkomen en om een
1044 verbetering teweeg te brengen. Deze interventie wordt ingezet om de patiënt te motiveren
1045 hulp te zoeken of te aanvaarden. Er is steeds sprake van een vrijwillig kader.

1046
1047 **Assertieve zorg met inzet van beloning.** Kenmerken zijn: actief contact maken,
1048 onderhandelen (als belangrijk onderdeel), maar ook: adviseren, motiveren (de
1049 gespreksvoering), psycho-educatie, aandringen en eventueel gevaar benoemen en
1050 vervolgens ook in een behoefte voorzien. Er is sprake van een zekere drang: er is urgentie
1051 en ernst op een bepaald leefgebied, de patiënt heeft geen of een lage eigen motivatie. Deze
1052 assertieve zorg met inzet van beloning vindt plaats binnen een vrijwillig kader. De patiënt kan
1053 wel of niet op het aanbod ingaan.

1054
1055 Bij deze vorm van drang heeft de professional een concreet voorstel voor de patiënt met de
1056 bedoeling de patiënt snel te helpen en in een behoefte te voorzien. Daarin is onderhandelen
1057 met de patiënt een belangrijk onderdeel, want deze heeft een keuze: wel of niet op het
1058 voorstel ingaan. Uiteindelijk is de hulpverlener gericht op het motiveren van de patiënt om
1059 hulp te aanvaarden voor de langere termijn, ook hulp op andere leefgebieden.

1060
1061 Het aanbod, de beloning, maar ook de gesprekken zijn erop gericht een actueel probleem op
1062 te lossen of een behoefte te vervullen. Tot deze vorm van drang behoort bijvoorbeeld het
1063 aanbieden van een klein geldbedrag om de noodzakelijke medicatie in te nemen. Maar er
1064 zijn talloze varianten waarbij de professional de patiënt een beloning aanbiedt om een
1065 actueel probleem op te lossen en op langere termijn de motivatie voor begeleiding te
1066 realiseren. Een warme plek aanbieden bijvoorbeeld, een kopje koffie, een maaltijd of kleding
1067 in ruil voor begeleiding op langere termijn, et cetera.

1068
1069 Voorbeelden van interventies zijn: Winterregeling, Housing first, Money for medication en
1070 andere vormen van contingency management (zie bijlage 1).

1071
1072 **Voorkómen van dwang als continu proces.** In deze vorm van drang staat herhaaldelijk en
1073 vasthoudend contact voorop, met daarbij motiveren (de gespreksvoering) en eerder
1074 genoemde methodieken. Er is sprake van een matige drang: er zijn ernstige problemen op

1075 meerdere leefgebieden, maar geen grote urgentie. De patiënt heeft geen of een lage eigen
1076 motivatie. Er is sprake van een vrijwillig kader.

1077

1078 Er zijn patiënten die worden aangemeld voor assertieve zorg als er sprake is van ernstige
1079 psychiatrische symptomen, complexe problemen op meerdere leefgebieden en geen
1080 motivatie voor hulp. Er is geen sprake van grote urgentie, maar er zijn wel grote zorgen. De
1081 professional zal in dit geval steeds weer aan de patiënt duidelijk proberen te maken welke
1082 eisen de omgeving stelt en soms waarschuwingen laten horen. Indien het contact moeizaam
1083 tot stand komt, de patiënt niet gemotiveerd is of raakt en/of beperkt is in daadkracht, kan de
1084 assertieve zorg langdurend van aard zijn.

1085

1086 Voorbeelden van interventies zijn: (F)ACT of poliklinische inzet, ambulante woonbegeleiding
1087 en andere zorgaanbieders (zie bijlage 1).

1088

1089 **Voorkómen van dwang met de dreiging van een sanctie.** Bij deze vorm van drang is er
1090 meestal sprake van een specifiek risico, bepaald gedrag of een omschreven situatie waarin
1091 een ernstig urgent probleem speelt. Er is sprake van een sterke drang door dreiging met een
1092 maatregel of een officiële waarschuwing. De patiënt heeft geen of een lage eigen motivatie
1093 of het contact komt niet echt tot stand. Er is sprake van een beperkt vrijwillig kader.

1094

1095 Drang met de inzet van een sanctie is een benadering als alle voorgaande vormen van
1096 assertieve zorg en contact zoeken niet het gewenste resultaat hebben. Of als er sprake is
1097 van een hoge urgentie. Bij deze vorm van drang legt de professional de patiënt een keuze
1098 voor: óf de begeleiding wordt aanvaard óf er wordt een maatregel genomen. Door de
1099 professional of door derden.

1100

1101 Inzet vanuit: (F)ACT, poliklinieken, Intensive Home Treatment (IHT) (zie bijlage 1).

1102

1103 **Voorkómen van dwang tijdens een Wvggz-maatregel.** Bij deze vorm van drang heeft de
1104 patiënt al een Wvggz-maatregel. Er is echter een keuzemogelijkheid om de uitvoering van
1105 een bepaalde vorm van dwang te voorkómen door: mee te werken aan de voorwaarden die
1106 zijn gesteld. De patiënt heeft een lage of middelmatige eigen motivatie, wellicht extern
1107 ingezet door de juridische maatregel. Er is sprake van een onvrijwillig kader en het gaat om
1108 een sterke vorm van drang.

1109 Drang binnen de Wvggz betekent dat de patiënt een juridische maatregel heeft. De juridische
1110 maatregel houdt in dat bepaalde vormen van verplichte zorg mogen worden toegepast door
1111 de zorgverantwoordelijke. De patiënt houdt zich aan bepaalde voorwaarden (bijvoorbeeld het
1112 nemen van medicatie en toestaan van huisbezoeken) zodat intensievere vormen van dwang
1113 (zoals een dwangopname) worden voorkómen. De voorwaarden zijn individueel opgesteld,
1114 en begeleiding en/of behandeling is altijd een belangrijk onderdeel van de voorwaarden.

1115

1116 Er is sprake van een onvrijwillig kader en de begeleiding/behandeling vindt plaats onder
1117 stevige drang. Desalniettemin gaat er ook bij deze vorm van drang een positieve prikkel uit
1118 van de maatregel. Als de patiënt zich houdt aan de voorwaarden, bijvoorbeeld door
1119 begeleiding te accepteren en zich in te zetten om problemen op te lossen of risicovol gedrag
1120 te verminderen, dan zal de maatregel na enige tijd worden ontbonden of tenietgedaan.

1121

1122 Inzet vanuit bijvoorbeeld: Forensisch ACT of (F)ACT in de ggz of de VG-sector (zie bijlage
1123 1).

1124

1125 **Voorkómen van dwangopname met zeer intensieve zorg thuis.** Hierbij gaat het om drang
1126 en soms om verplichte zorg in de thuissituatie binnen een juridisch kader. Bijvoorbeeld een
1127 zorgmachtiging. De vormen van verplichte zorg die gegeven mogen worden staan vermeld in
1128 een door de rechter goedgekeurd zorgplan. Te denken valt aan gedwongen medicatie
1129 (bijvoorbeeld depot antipsychotica). Er is beperkte keuzemogelijkheid voor de patiënt. De

1130 behandelaar heeft ervoor gekozen om thuis intensieve behandeling te geven vanwege een
1131 ernstige situatie, bijvoorbeeld een recidief psychose met imperatieve hallucinaties. Dit in een
1132 uiterste poging om een dwangopname te voorkomen. De patiënt heeft geen of zeer beperkte
1133 eigen motivatie en er is sprake van een onvrijwillig kader. De aard, ernst en urgentie van de
1134 problematiek zijn zeer groot.

1135
1136 Dwangbehandeling thuis is alleen gewenst wanneer deze veilig en doelmatig kan worden
1137 toegepast. Maar ook dat de wensen en voorkeuren van de patiënt zoveel mogelijk worden
1138 gehonoreerd.

1139
1140 *"De afweging of dwangzorg in een thuissituatie mogelijk is, is sterk afhankelijk van de*
1141 *zorgbehoeften van betrokkene (zoals bijvoorbeeld verwoord in de crisiskaart), zijn leefsituatie*
1142 *en de (mantel)zorgkring die hem omringt, en zullen steeds van geval tot geval moeten*
1143 *worden beoordeeld."*(Besluit verplichte ggz).

1144
1145 De teams die deze intensieve thuisbehandeling aanbieden, bieden hulp aan de patiënt en de
1146 direct betrokken familieleden op alle noodzakelijke gebieden. Dit zodat een opname kan
1147 worden voorkomen. Er wordt een goede risico-inschatting gemaakt en een behandelplan
1148 opgesteld. Familie en patiënt zijn nauw betrokken bij de plannen en de stappen die de
1149 teamleden zetten om de situatie te stabiliseren en de crisis te overkomen. Bij deze vorm van
1150 drang passen de teams alle methodieken van assertieve zorg toe: presentiebenadering,
1151 motiveren, onderhandelen en adviseren.

1152
1153 Inzet vanuit: (F)ACT, poliklinieken, IHT.

1154 **Perspectief van de patiënt bij het voorkómen van dwang**

1155
1156 Het voorkómen van drang en dwang richt zich in de allereerste plaats op het contact maken
1157 en motiveren van de patiënt om samen verbeteringen of herstel van de kwaliteit van leven te
1158 bewerkstelligen. Het perspectief van de patiënt staat centraal. Zo veel als mogelijk wordt
1159 aangesloten bij de wensen en belevingswereld van de patiënt. Door naast de patiënt te staan
1160 en te onderzoeken waar hij of zijn last van heeft en op zoek te gaan naar delen van een
1161 gemeenschappelijk verklaringsmodel. Door te onderzoeken waar de wensen van de patiënt
1162 liggen en langs welke weg de professional en patiënt samen stappen kunnen nemen, zoeken
1163 zij naar intrinsieke motivatie. Daarnaast wordt met de patiënt gewerkt aan het behandelplan
1164 en eventuele crisisafspraken. Ervaringsdeskundigen kunnen zich vaak goed inleven in een
1165 patiënt, waardoor deze zich sneller en beter begrepen kan voelen. Om het
1166 patiëntenperspectief goed naar voren te laten komen, kan de inzet van
1167 ervaringsdeskundigen helpend zijn.

1168 **Bejegening**

1169
1170 Een respectvolle en herstelgerichte bejegening is een onmisbare pijler bij het voorkómen van
1171 dwang. De professional dient oog te hebben voor de beleving en de behoeften van de
1172 patiënt. Zowel wat betreft contact (tijd, aandacht, geduld en begrip) als wat betreft praktische
1173 zaken (eten, drinken, een schoon bed). Een gelijkwaardige bejegening, passend bij de
1174 presentiebenadering, draagt bij aan motivatie, betrokkenheid en therapietrouw.

1175 **Eerste contact als basis voor vertrouwen**

1176
1177 Bijzondere aandacht verdient het eerste contact tussen de patiënt en professional. Tijdens
1178 dit contact wordt de basis gelegd voor het vertrouwen tussen professional en patiënt. Een
1179 voorbeeld van een model dat aansluit bij een vertrouwenwekkende bejegening in de kliniek,
1180 is het 'Model van de eerste vijf minuten'. Dit model laat zien hoe de patiënt vriendelijk en
1181 gastvrij wordt ontvangen op de opnameafdeling. De professional probeert contact te maken

1185 met de patiënt en informeert naar de eerste behoeften. De beoordeling van eerder betrokken
1186 professionals wordt niet zonder meer overgenomen. De professional maakt een eigen
1187 inschatting van de situatie en beoordeelt zelf hoe daarmee om te gaan. In geval van een
1188 klinische opname blijken de eerste vijf minuten van een nieuwe dienst ook cruciaal.
1189 Verpleegkundigen dragen niet meer eerst informatie over in het kantoor, ze stellen zich eerst
1190 voor aan de patiënten die ze gaan begeleiden. De vroege dienst introduceert de late bij de
1191 patiënt. Het rapporteren gebeurt met een laptop op de afdeling, samen met de patiënt.

1192
1193 Tenslotte dient een patiënt te weten tot wie hij zich kan wenden, zowel tijdens als buiten
1194 kantooruren. In een klinische setting dient er altijd een professional aanwezig en beschikbaar
1195 te zijn voor contact met patiënten, ook tijdens overdrachtsmomenten.

1196 **Continuïteit van contact als basis voor vertrouwen**

1197
1198
1199 Bij het opbouwen van het contact, bijvoorbeeld als onderdeel van assertieve zorg, probeert
1200 de professional het vertrouwen te winnen van de patiënt. Wanneer dit na korte of langere tijd
1201 is gelukt, is het belangrijk dat deze professional ook in staat is om het opgebouwde
1202 vertrouwen verder uit te bouwen door samen met de patiënt en diens naasten de
1203 behandeling en begeleiding verder vorm te geven. De professional is zich ervan bewust dat
1204 het overdragen van deze patiënten aan anderen kan leiden tot een vertrouwensbreuk
1205 waardoor schade optreedt in het vertrouwen in de hulpverlening. Dit kan de continuïteit van
1206 de behandeling en begeleiding verstoren. Indien een overdracht onvermijdelijk is dient dit
1207 door middel van een 'warme overdracht' plaats te vinden.

1208 **Het perspectief van de professional bij het voorkómen van dwang**

1209
1210
1211 Professionals die proberen om dwang te voorkómen kunnen te maken krijgen met complexe
1212 en soms ook onvoorspelbare en zelfs onveilige situaties. Het werken binnen deze zorg is
1213 lastiger te plannen en vergt vaak meer van de flexibiliteit van de professional. De benodigde
1214 competenties worden in het hoofdstuk over de organisatie van zorg verder uitgewerkt. Naast
1215 de benodigde competenties is het van belang dat de organisatie veilig handelen ondersteunt
1216 en:

- 1217 • Oog heeft voor de bezetting.
- 1218 • De mogelijkheid biedt om outreachend te werken.
- 1219 • Ervoor zorgdraagt dat fysieke ruimtes veilig en schoon zijn.
- 1220 • Momenten van reflectie mogelijk maakt (intervisie, (beknopt)moreel beraad).
- 1221 • Een model implementeert dat gericht is op de evaluatie van incidenten.

1222 Bovenal is het belangrijk dat professionals zich realiseren dat het normaal is dat deze vorm
1223 van zorgverlening persoonlijke impact kan hebben en dat het normaal is om zelf bij anderen
1224 om hulp te vragen. Er kunnen situaties ontstaan waarin iemand zich onveilig voelt en het
1225 goed is om hierover met collega's in gesprek te gaan. Tot slot is het belangrijk om stil te
1226 staan bij het feit dat een professional soms moet handelen tegen de wil van de patiënt in, om
1227 goed te doen en geen schade te berokkenen. Er zijn situaties waarin een professional moet
1228 ingrijpen om erger te voorkomen. Bijvoorbeeld om de veiligheid van zichzelf en/of anderen
1229 op de afdeling te waarborgen.

1230 **Betrekken van naasten bij het voorkómen van dwang**

1231
1232
1233 De aanwezigheid van een naaste bij huisbezoeken en andere besprekingen kan rust en
1234 duidelijkheid geven. Als naasten een actieve rol spelen, kan bovendien het onnodig inroepen
1235 van professionele hulp worden teruggedrongen. Dit kan bijvoorbeeld in Peer supported Open
1236 Dialogue (PoD) of in resourcegroepen, waarbij naasten vanaf het begin van de behandeling
1237 worden betrokken. Soms is er sprake van een moeilijke interactie of verstoorde relatie tussen

1238 patiënt en naasten. Dan is het van belang om te proberen de relatie te herstellen. Naasten
1239 spelen immers een belangrijke rol in het leven van de patiënt en kunnen ondersteunend zijn
1240 bij de behandeling en het herstel.

1241

1242 Overbelasting van naasten en angst voor de patiënt en diens gedrag voortkomend uit de
1243 psychische stoornis kunnen een rol spelen bij crisis. Dan kan psycho-educatie of
1244 systeemtherapie aan de naaste worden aangeboden. Aangepast aan de behoeften van de
1245 naasten, de verschillende fases van het ziekte- en herstelproces, en afhankelijk van de
1246 relatie die de naaste heeft met de betrokkene. Psycho-educatie kan gericht zijn op de
1247 stoornis zelf of specifiek op een acute situatie. Indien de patiënt een gezin heeft, kunnen
1248 naasten worden betrokken bij gezinsbehandeling, om zo een gedwongen opname te
1249 voorkomen.

1250 zie Generieke module Samenwerking en ondersteuning naasten van mensen met
1251 psychische problematiek

1252 Naasten kunnen ter ondersteuning van zichzelf ook gebruik maken van een
1253 familievertrouwenspersoon.

1254

1255 De aanwezigheid van naasten kan vertrouwd voelen. Zeker als het gaat om ouders van
1256 kinderen of jongeren of een partner. Ten tijde van een crisis of voorafgaand aan dwang kan
1257 er in een klinische setting gekozen worden voor rooming-in. Dit houdt in dat een familielid of
1258 partner bij de patiënt op de afdeling blijft slapen. Ook voor hén kan het prettig zijn om hun
1259 dierbare niet alleen te laten.

1260

1261 **Het maatschappelijk perspectief bij het voorkómen van dwang**

1262

1263 Vanuit maatschappelijk perspectief is het wenselijk dat burgers indien nodig de
1264 verantwoordelijkheid nemen om hulp in te schakelen voor kwetsbare medeburgers met een
1265 psychiatrisch toestandsbeeld. Net als bij dreiging van gevaar voor een medeburger zelf of de
1266 omgeving. Zij kunnen dan een melding maken.

1267

1268 Wanneer er een melding wordt gedaan over een persoon met verward gedrag is onderzoek
1269 gewenst om het persoonlijke belang van de melder helder te hebben. Het is van belang om
1270 (onterechte) reputatieschade van de patiënt zoveel mogelijk te voorkómen dan wel binnen de
1271 perken te houden. Ook dient men oog te hebben voor het principe van rechtsgelijkheid.
1272 Burgers hebben de behoefte aan een veilige woon- en leefomgeving. Het komt voor dat zij te
1273 maken krijgen met overlast waardoor zij boosheid, bezorgdheid of irritatie kunnen gaan
1274 voelen. Wanneer er sprake is van overlast in een woning door een burger met een
1275 psychiatrische stoornis is directe psychiatrische ondersteuning altijd een belangrijke
1276 voorwaarde. Dit om dakloosheid met mogelijk zeer ernstige persoonlijke gevolgen voor de
1277 patiënt te voorkomen. Aangezien het in deze situaties om een psychiatrische stoornis gaat
1278 als directe oorzaak voor overlast of voor een crisissituatie (waarbij drang of dwang wenselijk
1279 of noodzakelijk is), is de gespecialiseerde ggz, vanwege zijn specialistische en eventuele
1280 assertieve benadering een onmisbare schakel in de hulpverlening rondom deze patiënt.

1281

1282 Daarnaast is een intensieve samenwerking tussen de ggz en andere professionals in de
1283 keten nodig. Bijvoorbeeld met een woningbouwvereniging, een wijkteam, een wijkagent of
1284 buurtregisseur, maar ook met de door de patiënt bepaalde naasten.

1285

1286 Iedere betrokken partij heeft haar eigen belangen en deze belangen kunnen in strijd zijn met
1287 elkaar. Dit kan voor veel emoties, misverstanden en conflicten zorgen.

1288

1289 Het is en blijft een ethisch vraagstuk: 'welk belang weegt het zwaarst? Het recht van de
1290 patiënt op veilig wonen of het recht van de directe omgeving op veilig wonen? In de ideale
1291 situatie worden beiden partijen gelijk en rechtvaardig gediend. Dit is echter niet altijd
1292 realiseerbaar. De patiënt in zorg heeft het eerste belang gezien de reeds aanwezige

1293 kwetsbaarheid, de rechtsbeleving van de patiënt en mogelijke in de buurt levende
1294 vooroordelen.

1295

1296 Een heldere en open communicatie met alle betrokkenen zorgt voor duidelijkheid en
1297 efficiëntie. Het moet voor alle betrokken partijen duidelijk zijn welk belang op dat moment
1298 voorop staat en waarom.

1299

1300 Vanuit het oogpunt van privacy dient tevens zeer terughoudend te worden omgegaan met
1301 het delen van persoonlijke informatie over de patiënt aan derden. Indien mogelijk worden
1302 daarom overleggen over een patiënt, na instemming, gehouden in zijn of haar bijzijn.

1303

1304 **Risicotaxatie als onderdeel van het voorkómen van dwang**

1305

1306 Het taxeren van het risico op gevaarlijke situaties is een belangrijk middel om dwang te
1307 voorkomen. Professionals op acute opnameafdelingen dienen structureel de risico's op
1308 suïcidaal en zelfbeschadigend gedrag en agressie te taxeren. Deze risico-inventarisaties
1309 moeten in teamverband besproken worden. Uit onderzoek is gebleken dat door het
1310 bespreken van de risico's het aantal agressie-incidenten en de duur van separatie afneemt.
1311 Door tijdig te signaleren of er een verhoogde kans is op een van deze gedragingen, kan er
1312 adequaat worden ingespeeld op de situatie van individuele patiënten. Eventuele
1313 dwangtoepassingen zoals separatie kunnen daarmee voorkomen worden. Nadere uitwerking
1314 over het gebruik van risicotaxatie-instrumenten volgt in het hoofdstuk over
1315 kwaliteitsindicatoren.

1316

1317 Ook ambulant is het belangrijk om risico's waaronder suïcidaliteit, homicidaliteit, risico op
1318 huiselijk geweld, verwaarlozing van kinderen, zelfverwaarlozing en maatschappelijke
1319 teloorgang steeds goed te monitoren. Dat is mogelijk door regelmatig expliciet naar dit soort
1320 risico's te vragen en huisbezoeken te doen. Bij verdenking op ernstige schulden kan
1321 bijvoorbeeld samen met de patiënt de post worden bekeken, onder andere ter voorkoming
1322 van huisuitzetting. Het monitoren van de toestand van eventuele kinderen hoort hier ook bij.
1323 In geval van twijfel over deze toestand is overleg met jeugdzorg aangewezen.

1324

1325 Ambulant is er geen evidentie dat het gebruik van gestructureerde risicotaxatie buiten het
1326 forensisch kader toegevoegde waarde heeft.

1327

1328

1329 **3.3 Zorg rondom dwang**

1330

1331 ***“Bij de toepassing van dwang is er altijd sprake van een meer dan complex***
1332 ***probleem. De ingewikkeldheid zit hem niet alleen in de meervoudige***
1333 ***symptomen en oorzaken, het gaat vooral om hoe de problemen op***
1334 ***verschillende domeinen elkaar beïnvloeden.***

1335

1336 Als de toestand van de patiënt zorgwekkend is en het niet gelukt is – of er geen tijd is – om
1337 hier iets op een andere manier aan te doen, bijvoorbeeld door middel van assertieve zorg,
1338 dan kan toepassing van verplichte zorg geïndiceerd zijn. Uiteraard moet hiervoor wel aan
1339 criteria worden voldaan. Zo moet er een sterke aanwijzing zijn voor het bestaan van een
1340 psychiatrische aandoening een risico op ernstig nadeel en een causaal verband hiertussen
1341 bestaan. Toepassing van dwang moet proportioneel zijn, andere middelen moeten
1342 ontoereikend zijn (subsidiariteit) en de toepassing moet doelmatig zijn. Toepassing van
1343 verplichte zorg moet bijdragen aan de veiligheid van betrokkene, professional en derden.

1344

1345 Het uitoefenen van macht over een ander (dwingen) is per definitie een moreel dilemma,
1346 omdat het een keuze is tussen twee kwaden: het beste doen voor de betrokkene ter
1347 voorkoming van ernstig nadeel bij derden of het bedreigen van diens autonomie. Bij een
1348 medisch-ethische afweging worden vier aspecten gewogen.

- 1349 • Ten eerste het *'niet schaden'*, zoals geformuleerd in de eed van Hippocrates.
- 1350 • De afweging moet recht doen aan de *'autonomie'* van de betrokkene.
- 1351 • De afweging moet bijdragen aan het welzijn (*'weldoen'*) van de betrokkene.
- 1352 • En ten slotte het aspect *'rechtvaardig handelen'*.

1353 Belangrijk bij dit laatste aspect is het besef of het goede handelen wordt geleid door de
1354 goede uitkomst, of door een algemeen geldende regel. De politie kijkt bijvoorbeeld anders
1355 aan tegen het opsluiten van patiënten in een cel dan professionals. 'Zieke mensen horen niet
1356 in een cel' tegenover 'De beste oplossing op dit moment in verband met veiligheid'. In de
1357 samenwerking met andere disciplines is het essentieel om kennis te hebben van deze
1358 verschillende uitgangspunten.

1359
1360 **Bij de toepassing van dwang is er altijd sprake van een meer dan complex probleem.**
1361 **De ingewikkeldheid zit hem niet alleen in de meervoudige symptomen en oorzaken.**
1362 **Het gaat er vooral om hoe de problemen op verschillende domeinen elkaar**
1363 **beïnvloeden.** Het gaat hierbij om de symptomen, de relatie van betrokkene met zichzelf, de
1364 relatie van betrokkene met anderen en de relatie tussen anderen. Daarnaast speelt de
1365 context (de behandelcontext en omgeving van betrokkene) een rol. De professional probeert
1366 de diverse partijen te horen, hun belangen af te wegen, en in een multidisciplinaire context
1367 tot een 'goede' beslissing te komen met betrekking tot het wel/niet aanvragen dan wel
1368 toepassen van dwangmaatregelen.

1369
1370 Uitgangspunt bij de indicatie voor en uitvoering van verplichte zorg tijdens een
1371 crisismaatregel (CM) of zorgmachtiging (ZM) is dat de wensen en voorkeuren van de patiënt
1372 waar mogelijk worden gevolgd. Tenzij deze niet effectief zijn om het risico op ernstig nadeel
1373 af te wenden. Als de voorkeur van de patiënt niet bekend is en deze in redelijkheid niet in
1374 staat is deze alsnog te bepalen, moet de professional doen wat in de gegeven situatie het
1375 best toepasbaar en meest effectief geacht wordt. En daarbij de daarbij beschreven
1376 uitgangspunten in acht nemen.

1377
1378 Onderdeel van de procedure van de zorgmachtiging is het melden van een zorgelijke situatie
1379 bij de gemeente. Iedereen die zich ernstige zorgen maakt over iemand die noodzakelijke
1380 geestelijke gezondheidszorg weigert of vanwege zijn doen of laten in het algemeen kan dat
1381 melden.

1382
1383 **Indicatie voor verplichte ambulante zorg**

1384
1385 De invoering van de Wvggz, het bijbehorende Besluit verplichte geestelijke gezondheidszorg
1386 (Bvggz) en de regeling verplichte geestelijke gezondheidszorg maken het mogelijk om
1387 verplichte zorg ook toe te passen in een ambulante setting. Het gaat hierbij om de volgende
1388 vormen van verplichte zorg, die overigens zowel ambulant als klinisch kunnen worden
1389 toegepast. En zowel in het kader van een crisismachtiging als bij een zorgmachtiging.

- 1390 • Toedienen van vocht, voeding en medicatie. Alsmede het verrichten van medische
1391 controles of andere medische handelingen en therapeutische maatregelen, ter
1392 behandeling van een psychische stoornis. Dan wel, vanwege die stoornis, behandeling
1393 van een somatische aandoening.
- 1394 • Beperken van de bewegingsvrijheid.
- 1395 • Insluiten.
- 1396 • Uitoefenen van toezicht op betrokkene.

- 1397 • Onderzoek aan kleding of lichaam.
- 1398 • Onderzoek van de woon- of verblijfsruimte op gedragsbeïnvloedende middelen en
- 1399 gevaarlijke voorwerpen.
- 1400 • Controleren van de persoon op de aanwezigheid van gedragsbeïnvloedende middelen.
- 1401 • Beperkingen aanbrengen in de vrijheid om het eigen leven in te richten, die tot gevolg
- 1402 hebben dat betrokkene iets moet doen of nalaten. Waaronder begrepen het gebruik van
- 1403 communicatiemiddelen.

1404 Professionals, patiënten en naasten zijn van mening dat het uitgangspunt bij de toepassing
1405 van ambulante dwang is dat dit gebeurt zonder fysiek verzet en alleen wanneer hier in het
1406 zorgplan van de Wvggz overeenstemming over is bereikt. Er kan sprake zijn van een situatie
1407 wanneer hiervan moet worden afgeweken omdat dit meer schade oplevert voor de patiënt
1408 dan wanneer er niet van wordt afgeweken. De professional, die uiteindelijk deze beslissing
1409 neemt, consulteert voor dit besluit indien mogelijk de naasten. Daarnaast organiseert de
1410 professional ruggenspraak met de zorgverantwoordelijke en/of diens waarnemer en
1411 evalueert het genomen besluit achteraf zorgvuldig.

1412

1413 **Indicatie verplichte opname**

1414

1415 Bij verplichte opname in het kader van de Wvggz wordt onderscheid gemaakt tussen een
1416 crisismaatregel (CM) en een zorgmachtiging (ZM). Soms is er sprake van ernstig nadeel dat
1417 onmiddellijk dreigend is, waardoor een procedure voor de aanvraag van een zorgmachtiging
1418 bij de rechter niet kan worden afgewacht. Dan kan de burgemeester op basis van een
1419 geneeskundige verklaring van een onafhankelijke psychiater iemand per direct tegen zijn wil
1420 in een psychiatrische instelling laten opnemen met een **crisismaatregel**. Verplichte zorg
1421 zoals omschreven in de wet kan ook elders of in een thuisituatie worden toegepast.

1422

1423 Indien er sprake is van een opname met een CM toetst de rechter na enkele dagen of er nog
1424 wordt voldaan aan de criteria van de CM (behalve wanneer de procedure eerder is
1425 beëindigd). Bij de toetsing dient er een zorgplan te zijn waarin de toepassing van dwang als
1426 doelmatig wordt beschreven. Als de rechter vervolgens een beschikking geeft, duurt een CM
1427 maximaal drie weken. In het geval dat er sprake is van ernstig nadeel dat niet als
1428 onmiddellijk dreigend kan worden gekwalificeerd, kan de rechter besluiten de CM niet te
1429 verlengen. Wel kan dan worden overgegaan tot een (verlenging van) verplichte zorg thuis of
1430 elders onder een ZM (hiervoor dient de volledige aanvraagprocedure te worden gevolgd).

1431

1432 Een ZM kan ook worden aangevraagd zonder dat daaraan vooraf een CM is afgegeven. Dit
1433 gebeurt wanneer op voorhand het ernstig nadeel niet als onmiddellijk dreigend kan worden
1434 gekwalificeerd. Een ZM kan voor de duur van zes maanden worden afgegeven. Opvolgende
1435 machtigingen kunnen worden verleend tot maximaal een jaar, en na vijf aaneengesloten
1436 jaren tot en met twee jaar.

1437

1438 **Verplichte zorg in het kader van de crisismaatregel of zorgmachtiging**

1439

1440 De regiebehandelaar/zorgverantwoordelijke moet voldoen aan een drietal voorwaarden om
1441 de verplichte zorg uit de crisismaatregel of de zorgmachtiging te leveren. Het is niet
1442 toegestaan om buiten noodsituaties verplichte zorg te leveren die niet in de crisismaatregel
1443 of de zorgmachtiging is opgenomen. Het gaat om de volgende voorwaarden.

- 1444 • De regiebehandelaar heeft zich op de hoogte gesteld van de actuele
- 1445 gezondheidstoestand van betrokkene.
- 1446 • Hij of zij heeft overleg gevoerd met betrokkene over de voorgenomen verplichte zorg.
- 1447 • Hij of zij heeft overeenstemming bereikt met de geneesheer-directeur wanneer hij geen
- 1448 psychiater is.

1449 Het beoordelen van de wilsbekwaamheid van betrokkene is een onderdeel van het bepalen
1450 van de actuele gezondheidstoestand, Wvggz artikel 2.1, lid 6.

1451

1452 Ten slotte moet de beslissing tot het verlenen van verplichte zorg op schrift worden gesteld
1453 met een motivering. Daarbij moeten onder andere de zorgvuldigheidsbeginselen ten aanzien
1454 van proportionaliteit, subsidiariteit, effectiviteit en veiligheid worden afgewogen. Een
1455 beslissing tot het verlenen van verplichte zorg is klachtwaardig.

1456

1457 Een procedurele eis is dat de psychiater of de regiebehandelaar altijd de patiënt vooraf, met
1458 bijbehorende motivatie, informeert over het voornemen verplichte zorg toe te passen. Daarna
1459 dient de behandelaar de patiënt schriftelijk en in begrijpelijke taal te informeren over het soort
1460 gevaar dat moet worden afgewend, de argumentatie en de mogelijkheden van beroep tegen
1461 het besluit (inschakelen patiënt vertrouwenspersoon, klacht indienen). De geneesheer-
1462 directeur meldt de aanvang van de verplichte zorg aan de Inspectie Gezondheidszorg en
1463 Jeugd (IGJ). De patiënt krijgt in die procedure tot het formele besluit verplichte zorg steeds
1464 de ruimte om vrijwillige zorg alsnog te accepteren.

1465

1466 De patiënt heeft de mogelijkheid om tegen het besluit in bezwaar te gaan bij de
1467 klachtencommissie en vervolgens in beroep te gaan bij de rechter. Bij toepassing van
1468 verplichte zorg dient te worden vastgesteld of de patiënt wilsbekwaam is. Als dat niet het
1469 geval is, dienen de indicatie en uitvoering te worden besproken met de wettelijk
1470 vertegenwoordiger.

1471

1472 **Onvoorziene (verplichte) zorg in geval van een noodsituatie**

1473

1474 De regiebehandelaar/zorgverantwoordelijke kan besluiten tot het tijdelijk leveren van
1475 verplichte zorg waarin een crisismaatregel of de zorgmachtiging niet voorziet, indien
1476 verplichte zorg noodzakelijk is om een noodsituatie af te wenden. De gronden voor tijdelijke
1477 verplichte zorg zijn:

- 1478 • Afwijking van ernstig nadeel
- 1479 • Veiligheid binnen de accommodatie of andere locatie waar verplichte zorg wordt
1480 verleend.
- 1481 • Bescherming van de rechten en vrijheden van anderen en voorkoming van strafbare
1482 feiten.

1483 Ook dienen de uitgangspunten van verplichte zorg te worden afgewogen. De duur van de
1484 tijdelijke verplichte zorg in noodsituaties is maximaal drie dagen. Een beslissing tot het
1485 tijdelijk verlenen van verplichte zorg in noodsituaties is klachtwaardig.

1486

1487 De regiebehandelaar mag het verlenen van tijdelijke verplichte zorg in noodsituaties na drie
1488 dagen voortzetten indien de geneesheer-directeur een verzoekschrift tot wijziging van de
1489 zorgmachtiging heeft ingediend bij de officier van justitie. De tijdelijke verplichte zorg in
1490 noodsituaties mag worden verleend tot.

- 1491 • Het moment dat de officier van justitie besluit geen verzoekschrift bij de rechter in te
1492 dienen.
- 1493 • De rechter een uitspraak heeft gedaan over de wijziging van de zorgmachtiging.
- 1494 • De rechter na drie werkdagen na de ontvangst van het verzoekschrift geen uitspraak
1495 heeft gedaan over de wijziging van de zorgmachtiging.

1496

1497

1498

3.4 Terugvalpreventie

1499 Om te voorkomen dat verplichte zorg opnieuw toegepast moet worden, is het essentieel om
1500 met de patiënt en zo mogelijk met zijn naaste(n) en met professionals onderling te evalueren.
1501 Aan de hand van rapportages, evaluaties en reflectie op het eigen handelen kunnen
1502 behandelplannen en crisisafspraken (crisis-signaleringsplannen) worden opgesteld of
1503 aangepast om verplichte zorg in de toekomst zoveel mogelijk te voorkomen. Zie paragraaf
1504 3.5 voor meer informatie over evaluatie.

1505

1506

3.5 Monitoring

1507 Bij verplichte zorg moet men een termijn afspreken waarop getoetst wordt of de maatregel
1508 kan worden beëindigd. Dit dient vergezeld te gaan van een motivatie voor de termijn en de
1509 toetsing. Het verdient aanbeveling om per individuele patiënt doelen te stellen. Bijvoorbeeld
1510 het voortzetten van de dwangbehandeling te toetsen indien zich gedurende een afgesproken
1511 periode geen gevaarlijke situatie meer voordoet. Dit moet gerapporteerd worden in het
1512 dossier.

1513

Consultatie

1514

1515

1516 Indien de subsidiariteit, proportionaliteit of doelmatigheid van de beoogde of uitgevoerde
1517 dwangtoepassing vragen oproepen, dan is een second opinion door een onafhankelijk, niet
1518 bij de behandeling betrokken, expert aangewezen. Dit zal in de meeste gevallen een (extra)
1519 onafhankelijk psychiater zijn. Daarnaast kan er een beroep worden gedaan op
1520 onafhankelijke consultatie door een psychiater, een consultatieteam of het Centrum voor
1521 Consultatie en Expertise (CCE). Dit kan professionals helpen om een dwangtoepassing te
1522 voorkomen of zo kort mogelijk te laten duren en wordt gezien als een 'best practice'.

1523

1524 Uitgangspunt is dat onafhankelijke consultatie wordt ingeroepen als een separatie langer dan
1525 vijf tot zeven dagen duurt, waarbij de professional verantwoordelijk is voor het tijdig
1526 aanvragen van de consultatie. Voor andere dwangtoepassingen is geen specifieke termijn
1527 bepaald. Voor het verstrekken van informatie over de patiënt is toestemming van de patiënt
1528 nodig. Als het niet mogelijk is om toestemming van de patiënt te krijgen omdat deze niet
1529 aanspreekbaar is, wordt er toestemming gevraagd aan familie en naasten, in hun rol van
1530 vertegenwoordiger.

1531

Evaluatie

1532

1533

1534 Op basis van de multidisciplinaire richtlijn (MDR) Dwang en drang worden in deze paragraaf
1535 landelijke normen voor evaluatie bij dwang- of drangtoepassing beschreven (Ggz
1536 normenkader patiëntveiligheid bij toepassing van dwang, Toetsingskader terugdringen
1537 separeren en afzonderen, en 'best practices' van evaluatiemethoden).

1538

1539 Veel instellingen evalueren de toegepaste dwang- of drangtoepassingen zowel met het team
1540 als met de patiënt. De volgende wijzen van evaluatie worden onderscheiden.

1541

1542 Evaluatie op patiëntniveau;

1543

1544

1545

- **Evaluatie met de patiënt** na een drang- of dwangtoepassing, of na een periode met assertieve zorg. Dit kan bijvoorbeeld aan de hand van een interview met de patiënt, bij wie de drang of en dwang is toegepast. In het interview gaat het om de ervaringen van

1546 de patiënt, doel is het verbeteren van de kwaliteit van zorg en het voorkómen van een
1547 terugval. Dit kan ook het moment zijn voor het opstellen of aanpassen van een crisis- of
1548 signaleringsplan of een WRAP. Professionals nemen zelf het initiatief voor dit gesprek
1549 en tonen zich bereid om de situatie die zich heeft voorgedaan open te bespreken. Zo'n
1550 gesprek kan bijdragen aan het herstellen van de, door de dwang- of drangtoepassing,
1551 mogelijk beschadigde relatie.

1552 Evaluatie met patiënt en team;

1553 • Een aanvullende manier om drang of dwang te evalueren is door het voeren van
1554 **spiegelgesprekken**. In deze bijeenkomsten gaan patiënten en familieleden met elkaar in
1555 gesprek over de zorg die wordt geleverd op de afdeling of in het ambulante team. Een
1556 gespreksleider leidt het gesprek, de professionals hebben de rol van toehoorder. De
1557 spiegelgesprekken kunnen handvatten bieden voor het verbeteren van de zorg.

1558 Evaluatie op teamniveau;

1559 • Structurele **evaluatie met het team**. Deze vinden plaats op een vast tijdstip, bijvoorbeeld
1560 in de vorm van intervisie en zijn onder andere gericht op de onderlinge samenwerking
1561 binnen het team.
1562 • Structurele **(crisis)bespreking** van dwangtoepassingen en andere incidenten. De
1563 bespreking is multidisciplinair en vindt eens in de twee weken op een vast tijdstip plaats.
1564 Ook betrokkenen buiten de kliniek (bijvoorbeeld dienstdoende artsen) worden
1565 uitgenodigd. Deze bespreking draagt bij aan de bewustwording van de gevolgen van
1566 dwang en drang. Bovendien leert men van elkaar en worden protocollen en interventies
1567 geëvalueerd en waar nodig aangepast. Ook kan hiervoor (beknopt) moreel beraad
1568 worden ingezet.

1569

1570 **3.6 Herstel, participatie en re-integratie**

1571 ***“Het hebben van een huis of minder schulden zal de kans op terugval in***
1572 ***psychiatrische symptomen en het risico op ernstig nadeel waarschijnlijk ook***
1573 ***verkleinen.***

1574

1575 Het werken volgens de principes van 'herstelondersteunende zorg' vindt plaats in zowel de
1576 ambulante als in de klinische setting. Klinische behandeling wordt in beginsel beschouwd als
1577 een onderbreking van een ambulante behandeling. Om herstel te bevorderen is
1578 samenwerking tussen de klinische en ambulante zorg essentieel. Dwangtoepassingen
1579 voorkómen begint tijdens de ambulante behandeling. Door proactief te reageren op
1580 risicosignalen en tijdig zo licht mogelijk en doelmatig in te grijpen, bijvoorbeeld d.m.v.
1581 assertieve zorg.

1582

1583 Preventie van dwang geniet de voorkeur boven dwang. Bovendien dient de mogelijkheid te
1584 bestaan dat interventies die klinisch zijn gestart (medicatie, psychotherapie,
1585 rehabilitatiemethodieken en psychosociale zorg) ambulant kunnen worden voortgezet en
1586 vice versa. Het behandelplan en eventuele daarbij horende crisisafspraken zijn daarin
1587 leidend. Contact, samenwerking met ervaringsdeskundigen en naasten zijn belangrijke
1588 elementen van een herstelgericht behandelklimaat.

1589

1590

1591

1592 **Wederkerigheid**

1593

1594 In de Wvggz bestaat ook het principe van de wederkerigheid. Wanneer mensen die te
1595 maken krijgen met dwang bijvoorbeeld geen huis hebben of schulden, dan gaat de
1596 gemeente met hen in gesprek om hier een oplossing voor te vinden. **Het hebben van een**
1597 **huis of minder schulden zal de kans op terugval in psychiatrische symptomen en het**
1598 **risico op ernstig nadeel waarschijnlijk ook verkleinen.** Ook in het traject ter voorkoming
1599 van een Wvggz-maatregel (bijvoorbeeld tijdens de periode van assertieve zorg) is het
1600 belangrijk om sociale problemen aan te pakken. Dit verkleint de kans op een Wvggz-
1601 maatregel.

1602

1603

1604

4. Organisatie van zorg rondom dwang en drang

1605

1606

1607

4.1 Inleiding

1608

1609 Dit hoofdstuk beschrijft hoe de organisatie van zorg rondom dwang en drang vorm dient te
1610 krijgen om de beschreven goede zorg te waarborgen. Deze module baseert zich, daar waar
1611 het de Wvggz raakt, op de informatie die het ministerie van VWS heeft opgesteld.

1612

1613 Overige belangrijke bronnen zijn:

1614

- Landelijke Stichting Familie vertrouwenspersonen.

1615

- Stichting Patiëntvertrouwenspersoon.

1616

- Vereniging Nederlandse Gemeenten.

1617

- GGZ Nederland.

1618

- Hoofdproces Wvggz.

1619

- Was wordt tabel wvggz.

1620

1621 In paragraaf 1 wordt uiteengezet welke professionals betrokken zijn. In paragraaf 2 wordt
1622 beschreven op welke manier de samenwerking tussen de ketenpartners vorm dient te
1623 krijgen. In paragraaf 3 wordt vervolgens ingegaan op de competenties die noodzakelijk zijn
1624 voor professionals die werken in een setting waarin dwangtoepassingen (kunnen)
1625 plaatsvinden. In paragraaf 4 wordt omschreven waar kwaliteitsbeleid rondom dwang en
1626 drang uit bestaat. In paragraaf 5 wordt aandacht besteed aan kosteneffectiviteit en
1627 doelmatigheid. Paragraaf 6 behandelt financiering van de zorg.

1628

4.2 Betrokken professionals

1629

1630 Bij toepassen van verplichte zorg zijn veel professionals betrokken. We bespreken
1631 achtereenvolgens enkele functionarissen; de geneesheer directeur, de
1632 zorgverantwoordelijke, de gemeentelijke functionarissen waaronder de burgemeester en de
1633 rechterlijke macht (rechter, advocaat, officier van justitie en politie). Daarna volgen een
1634 aantal beroepen; de psychiater, de klinisch psycholoog, de verpleegkundige, de
1635 verpleegkundig specialist ggz, de vaktherapeut, de ervaringsdeskundige en de familie
1636 ervaringsdeskundige. Tot slot bespreken we de patiëntvertrouwenspersoon en de
1637 familievertrouwenspersoon. Zie voor een uitgebreide beschrijving van de
1638 verantwoordelijkheden van deze professionals het model kwaliteitsstatuut GGZ.

1639

Functionarissen

1640

Geneesheer-directeur

1641

1642 De geneesheer-directeur is een arts als bedoeld in de Wet op de beroepen in de individuele
1643 gezondheidszorg. Hij of zij is aangewezen door en in dienst van de zorgaanbieder en
1644 verantwoordelijk voor de algemene gang van zaken op het terrein van zorg en de verlening
1645
1646

1647 van verplichte zorg. Volgens de Wvvggz de arts die, hoewel geen directeursfunctie
1648 bekleedende, belast is met de zorg voor de algemene gang van zaken op geneeskundig
1649 gebied in het psychiatrisch ziekenhuis'. De wetgever maakt de geneesheer-directeur
1650 hiermee verantwoordelijk voor de procedures rond (gedwongen) zorg in de instelling. In de
1651 ggz is de geneesheerdirecteur doorgaans een psychiater.

1652
1653 Tot de taken van de geneesheer directeur behoren: het bieden van voldoende
1654 mogelijkheden voor zorg op basis van vrijwilligheid, om daarmee verplichte zorg zoveel
1655 mogelijk te voorkomen (2:1), het accorderen van de zelfbindingsverklaring (ZBV) (4:2),
1656 beslissen over het plan van aanpak (PvA) (5:5), zorgdragen medische verklaring (MV) (5:6),
1657 toezicht houden op ambulante zorg (5:14), het beoordelen van het zorgplan (5:15), voorstel
1658 voor de ZM maken (5:17), intrekken ZM bij ontslag (6:6), verlenen van crisiszorg (7:3),
1659 intrekken CM bij ontslag (7:5), intrekken VM bij ontslag (7:10), accorderen dwangzorg (8:0),
1660 invoeren experts/politie (8:10), een aanvraag wijzigen ZM (8:12), beoordelen noodzorg
1661 (8:13), besluit nemen tot overplaatsen (8:16), verlenen verlof (8:17), verlenen ontslag (8:18)
1662 en het opstellen van voorwaarden voor ontslag (8:20)

1663 **De zorgverantwoordelijke**

1664
1665 Volgens het model kwaliteitsstatuut GGZ is de regiebehandelaar de zorgverlener die de
1666 regie voert over het zorgproces. Binnen de Wvvggz wordt de term zorgverantwoordelijke
1667 gehanteerd. In beginsel gaat het hier over dezelfde zorgverlener en gelden dezelfde eisen
1668 aan de kwalificatie. In de praktijk kan het voorkomen dat de regiebehandelaar niet
1669 voorhanden is en er een zorgverantwoordelijke wordt aangesteld. De term regiebehandelaar
1670 staat voor de regievoering van het gehele zorgproces daar waar de term
1671 zorgverantwoordelijke alleen van toepassing is tijdens de uitvoering van de Wvvggz.

1672
1673 Indien meerdere zorgprofessionals betrokken zijn bij de zorgverlening is het van belang dat
1674 een van hen het zorgproces coördineert en het centrale aanspreekpunt is voor de patiënt zijn
1675 naasten en/of wettelijk vertegenwoordiger.

1676
1677 De regiebehandelaar draagt de verantwoordelijkheid voor de veiligheid en de integraliteit van
1678 het behandelproces van de (onvrijwillige) patiënt.

1679 De regiebehandelaar hoeft niet de hoogstopgeleide of hoogste in rang van een instelling te
1680 zijn. De regiebehandelaar moet passend zijn bij het type behandeling en de doelgroep. In
1681 beginsel komen verschillende disciplines in aanmerking om de functie van regiebehandelaar
1682 te vervullen. Mits deze een – gegeven de aard van de zorgvraag en de setting waarin de
1683 zorg wordt verleend– relevante inhoudelijke deskundigheid bezit.

1684
1685 De volgende professionals kunnen als regiebehandelaar/zorgverantwoordelijke optreden:

- 1687 • psychiater
- 1688 • klinisch neuropsycholoog
- 1689 • klinisch psycholoog
- 1690 • GZ-psycholoog
- 1691 • psychotherapeut
- 1692 • verpleegkundig specialist ggz
- 1693 • specialist ouderengeneeskunde
- 1694 • klinisch geriater
- 1695 • verslavingsarts

1696 Volgens de Wvvggz wordt er door de geneesheer-directeur een zorgverantwoordelijke
1697 aangewezen. Een zorgverantwoordelijke is iemand die een geregistreerd beroep uitoefent
1698 zoals bedoeld in artikel 3 van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg
1699 (BIG) De Wvvggz legt een fors aantal verantwoordelijkheden bij de zorgverantwoordelijke

1700 neer. Zoals het vaststellen van de wilsbekwaamheid, het opstellen van een
1701 zelfbeschikkingverklaring, een zorgkaart en een zorgplan, het verlenen van crisiszorg, het
1702 bijhouden van het dossier, de inzet van verplichte zorg, het verlenen van noodzorg,
1703 onderzoek van lichaam/ruimtes en het evalueren van een voornemen voor ontslag.

1704
1705 Het is van belang dat professionals overleggen met de regiebehandelaar telkens als er zich
1706 een diagnostische fase voordoet en/of er besluitvorming over verplichte zorg plaatsvindt. Het
1707 kan gebeuren dat een professional die niet de regiebehandelaar is (bijvoorbeeld een
1708 verpleegkundige of een dienstdoend psychiater) door de (nood)situatie genoodzaakt wordt
1709 om een behandelinhoudelijk besluit te nemen, zonder dat er gelegenheid is om dit af te
1710 stemmen met de regiebehandelaar. Het is in dergelijke gevallen van belang om naderhand
1711 zo spoedig mogelijk alsnog met de regiebehandelaar te overleggen en te bezien in hoeverre
1712 het genomen besluit past binnen een reeds aangegaan behandeltraject. Aldus blijft iedere
1713 behandelaar verantwoordelijk voor zijn eigen besluiten, maar de regie van het gehele
1714 behandeltraject ligt bij de regiebehandelaar.

1715 1716 **Gemeentelijke functionarissen**

1717
1718 Een crisismaatregel is een beslissing van de burgemeester waarmee verplichte zorg kan
1719 worden toegepast in een crisissituatie waarin snel ingegrepen moet worden vanwege
1720 onmiddellijk dreigend ernstig nadeel. Het gaat altijd om de burgemeester van de gemeente
1721 waar de patiënt op dat moment is: In sommige delen van het land kiest men ervoor om te
1722 overleggen met de burgemeester van de plaats waar de patiënt wordt opgenomen. Onder
1723 ander omdat er vaak tijd verstrijkt tussen start van de maatregel en het daadwerkelijk
1724 afgeven ervan. Bijvoorbeeld door de tijd die een hoorprocedure vergt. De burgemeester kan
1725 een wethouder de bevoegdheid geven om een crisismaatregel te verlenen.

1726
1727 De burgemeester baseert zich op een medische verklaring van een psychiater. Daarnaast
1728 zal hij de patiënt zo mogelijk (laten) horen. Als het niet lukt om de patiënt te spreken, of als
1729 de patiënt daar geen prijs op stelt, vermeldt de burgemeester in de crisismaatregel waarom
1730 dat niet is gebeurd.

1731
1732 De burgemeester kan alle vormen van verplichte zorg opleggen die de Wvvgz kent.

1733 1734 **Politie en ambulancepersoneel**

1735
1736 Voorafgaand aan een crisismaatregel is tijdelijke verplichte zorg mogelijk, gedurende
1737 maximaal 18 uur. Het gaat om de uren tussen de crisismelding en de beslissing van de
1738 burgemeester.

1739
1740 In die periode kunnen ambulancepersoneel, de politie en/of zorgverleners zo nodig tijdelijke
1741 verplichte zorg geven. Degene die deze zorg geeft, moet de toepassing van tijdelijke
1742 verplichte zorg melden aan de burgemeester en aan de zorgaanbieder.

1743
1744 Na afgifte moet de crisismaatregel binnen 24 uur worden uitgevoerd. De burgemeester kan
1745 hiervoor de hulp inroepen van ervaren zorgverleners, bijvoorbeeld ambulancepersoneel dat
1746 de patiënt vervoert naar een locatie waar de zorg kan worden verleend. Ook kan hij
1747 assistentie van de politie vragen. Dat laatste kan de burgemeester ook mandateren aan de
1748 hulpofficier van justitie.

- 1749
1750
1751
1752
1753
- 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.

- 1754 • De hulpverleners en politie mogen onderzoeken of de patiënt gevaarlijke voorwerpen in
1755 of onder zijn kleding heeft. Onderzoek in het lichaam (visiteren) is niet toegestaan.

1756 Bovenstaande stappen zijn ingrijpend en geen standaard werkwijze. De wet geeft de
1757 mogelijkheid maar benadrukt dat vrijwillige zorg het uitgangspunt is. Als dat niet kan, moet
1758 altijd gekozen worden voor de minst ingrijpende verplichte zorgmaatregel.
1759

1760 **De officier van justitie en de rechter**

1761
1762 De volgende professionals kunnen een zorgelijke situatie melden bij de officier van justitie en
1763 hem verzoeken een zorgmachtiging bij de rechter aan te vragen:

- 1764 • Het college van burgemeester en wethouders.
1765 • Een geneesheer-directeur.
1766 • Een zorgverlener die beroepsmatig zorg verleent aan betrokkene.
1767 • Een zorgaanbieder van forensische zorg.
1768 • De politie.

1769 De officier van justitie beslist of een aanvraagprocedure voor een zorgmachtiging ingediend
1770 wordt bij de rechter. Hij wijst een geneesheer-directeur aan, geeft deze informatie en
1771 persoonsgegevens over de patiënt zodat die een advocaat kan toevoegen en de inhoudelijke
1772 procedure kan opstarten.
1773

1774 De rechter moet de patiënt, de vertegenwoordiger en de advocaat horen als zij dat willen. Hij
1775 kan ook anderen horen en getuigen en deskundigen oproepen. De rechter moet rekening
1776 houden met de voorkeuren die de patiënt heeft opgeschreven in de zorgkaart of de
1777 zelfbindingsverklaring.
1778

1779 De rechter bepaalt of een zorgmachtiging wordt verleend op basis van de medische
1780 verklaring, proportionaliteit, subsidiariteit en doelmatigheid.
1781

1782 *Beroepsgroepen*

1783

1784 **Professionals in de huisartsenpraktijk**

1785

1786 Binnen de huisartsenpraktijk kunnen professionals te maken krijgen met de toepassing van
1787 assertieve en verplichte zorg. Al dan niet in het kader van de Wvvgz. In alle gevallen zal de
1788 huisarts hierin samenwerken met professionals binnen de specialistische ggz (SGGZ). In
1789 acute situaties is er een korte lijn met de crisisdienst en wordt er vanuit de huisartsenpraktijk
1790 opgeschaald naar de acute psychiatrie.
1791

1792 Zie Generieke module Acute psychiatrie waarin de rollen van de huisarts, de huisartsenpost
1793 (HAP) en de praktijkondersteuner huisartsenzorg (POH-GGZ) worden omschreven. Soms
1794 wordt er in verband met de veiligheid direct opgeschaald naar de politie.
1795

1796 Onderdeel van de procedure van de zorgmachtiging is het melden van een zorgelijke situatie
1797 bij de gemeente. Iedereen die zich ernstige zorgen maakt over iemand die noodzakelijke
1798 geestelijke gezondheidszorg weigert of vanwege zijn doen of laten in het algemeen kan dat
1799 melden.
1800

1801 Het kan voorkomen dat een patiënt, naast assertieve zorg of verplichte zorg vanuit de ggz,
1802 huisartsenzorg nodig heeft en er samenwerking tussen de huisartsenpraktijk en bijvoorbeeld
1803 een FACT-team plaatsvindt. Van belang is dat professionals binnen de huisartsenpraktijk op
1804 hoofdlijnen op de hoogte zijn van de verschillende vormen van assertieve zorg (paragraaf
1805 3.2) en verplichte zorg zoals de zorgmachtiging en de crismaatregel. Daartegenover staat

1806 dat specialistische ggz-teams, daar waar zij de samenwerking met de huisartsenpraktijk aan
1807 gaan, hun expertise inzetten om de professionals binnen de huisartsenpraktijk optimaal te
1808 ondersteunen.

1809

1810 Met goede afspraken kan er in sommige gevallen worden overeengekomen dat de
1811 professionals vanuit de huisartsenzorg een deel van de in het zorgplan omschreven taken
1812 uitvoeren (zoals bijvoorbeeld het verstrekken van een depot). Van belang hierbij is dat in
1813 deze situaties gezamenlijk afspraken worden gemaakt. Dat de professional vanuit de
1814 huisartsenzorg terzake bekwaam is, dat duidelijk is wie waar verantwoordelijk voor is en dat
1815 de patiënt hiervoor toestemming heeft gegeven.

1816

1817 Niet te vergeten is dat professionals in de huisartsenpraktijk vaak contact hebben met de
1818 naasten van patiënten en deze onafhankelijk van de patiënt zien. Daarmee zijn zij vaak op
1819 de hoogte van (wijzigingen) van de situatie.

1820

1821 Wanneer huisartsen verbonden zijn aan een ggz instelling, kunnen zij te maken krijgen met
1822 situaties waarin dwang en drang wordt toegepast. De huisarts zal dan niet de rol als
1823 zorgverantwoordelijke (zoals bedoelt binnen de Wvvgz) toegewezen krijgen.

1824

1825 Wanneer een patiënt geen huisarts heeft wordt aanbevolen om zo snel mogelijk een contact
1826 tussen een patiënt en een huisarts tot stand te brengen.

1827

1828 Voor meer informatie zie ook het dossier over onvrijwillige zorg op de website van de
1829 Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV).

1830

1831 **De psychiater**

1832

1833 De psychiater is bij eventuele toepassing van assertieve zorg en dwang verantwoordelijkheid
1834 voor de psychiatrische diagnostiek en de besluitvorming over de toepassing van assertieve
1835 behandeling en zorg. En de verplichte zorg en middelen en maatregelen en de
1836 psychiatrische/medicamenteuze behandeling. Bij assertieve zorg kan de psychiater taken
1837 delegeren naar anderen van het multidisciplinaire team. In de praktijk is dit veelal een
1838 (F)ACT team, maar dit kan ook een andere setting zijn.

1839

1840 Een aantal specifieke verantwoordelijkheden voor de Wvvgz wordt door de wet (en
1841 jurisprudentie) in de handen van de psychiater gelegd. Waaronder bepaalde taken rond de
1842 zelfbinding en de machtiging op eigen verzoek, het opstellen van de geneeskundige
1843 verklaring, het besluiten tot dwangbehandeling en om bepaalde informatievoorziening aan de
1844 patiënt. Naast deze wettelijke verantwoordelijkheden, heeft de psychiater de professionele
1845 verantwoordelijkheden van een behandelend arts. Ook het (toezien op) overleg met naasten
1846 behoort tot de taken van de psychiater.

1847

1848 **De klinisch psycholoog**

1849

1850 De klinisch psycholoog is verantwoordelijk voor het uitvoeren van de psychologische
1851 diagnostiek, het opstellen van het behandelingsplan en uitvoeren van de (psychologische of
1852 psychotherapeutische) behandeling. Daarnaast speelt de klinisch psycholoog een
1853 belangrijke rol in preventieve interventies en het voorkomen van gedwongen zorg door
1854 vroegtijdige signalering van een zich aandienende crisis.

1855

1856 De klinisch psycholoog heeft een rol in het initiëren van een verzoek tot verplichte zorg en is
1857 als regiebehandelaar betrokken bij de uitvoering van drang en dwangmaatregelen.

1858

1859 Ook de communicatie met de patiënt en diens naasten en het overleg met andere betrokken
1860 professionals is een taak van de klinisch psycholoog.

1861
1862
1863
1864
1865
1866
1867
1868
1869
1870
1871
1872
1873
1874
1875
1876
1877
1878
1879
1880
1881
1882
1883
1884
1885
1886
1887
1888
1889
1890
1891
1892
1893
1894
1895
1896
1897
1898
1899
1900
1901
1902
1903
1904
1905
1906
1907
1908
1909
1910
1911
1912
1913
1914
1915

De verpleegkundige

De verpleegkundige speelt een belangrijke rol als het gaat om (het voorkómen van) dwang en drang. In het geval van een gedwongen 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 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 ambulante begeleidt, heeft specifieke kennis van ambulante begeleiding. Meestal 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 ambulante 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. Waaronder 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 verpleegkundig specialist ggz

De verpleegkundig specialist is een zelfstandig behandelaar met een zelfstandige bevoegdheid.

Als zelfstandig behandelaar binnen een zorgteam is de verpleegkundig specialist regiebehandelaar of medebehandelaar.

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 en omgaan met dwang en drang.

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

1916 **De activiteitenbegeleider**

1917

1918 Het is belangrijk om een zinvolle daginvulling aan te bieden tijdens een gedwongen opname.
1919 Zowel voor therapeutische doeleinden als voor het creëren van een veilige omgeving. Bij het
1920 ontnemen van de vrijheid van een patiënt heeft de overheid c.q. de opnemende instelling de
1921 verplichting te zorgen voor een verblijf met mogelijkheden voor zinvolle activiteiten. Daarom
1922 dienen activiteitenbegeleiding en de mogelijkheid om te sporten (onder deskundige
1923 begeleiding) 7 dagen per week aanwezig te zijn. De activiteiten kunnen van creatieve,
1924 muzikale of psychomotorische aard zijn. Omdat beweging (sport, spel, wandelen) belangrijk
1925 is om met spanning om te gaan, is met name het bieden van fysieke activiteiten essentieel.
1926 Om de patiënten zo veel mogelijk aansluiting te laten houden met het leven van alledag, is
1927 het van belang hen zo snel mogelijk weer deel te laten nemen aan de huishoudelijke taken
1928 op de afdeling. Activiteitenbegeleiders spelen daarom een belangrijke rol in het vinden van
1929 een zinvolle dagbesteding van patiënten en tevens in het toewerken naar dagbesteding na
1930 de opname.

1931

1932 **De vaktherapeut**

1933

1934 Vaktherapeuten op het gebied van beeldende- dans- drama- muziek- en psychomotorische
1935 therapie, zetten tijdens hun therapie actie- en ervaringsgerichte interventies in bij hulpvragen
1936 die klacht- of persoonsgericht zijn. Klachtgerichte hulpvragen zijn gericht op een
1937 ondersteuningsvraag of het voorkomen van terugval. Gedacht kan worden aan:
1938 ondersteuning bij het opheffen, verminderen en accepteren van lichamelijke, verstandelijke,
1939 psychische, psychosomatische, psychosociale of psychiatrische klachten.

1940

1941 Persoonsgerichte hulpvragen richten zich op het bevorderen van het welbevinden, op de
1942 kwaliteit van leven en/of de persoonlijke ontwikkeling van de patiënt. Daarnaast kan therapie
1943 ook dienen als ontspanning voor de patiënt (zie Generieke module Vaktherapie).

1944

1945 **De ervaringsdeskundige**

1946

1947 Ervaringsdeskundigen spelen een belangrijke rol als het gaat om:

- 1948
- 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.
- 1949
- 1950
- 1951
- 1952
- 1953
- 1954

1955 Door de toevoeging van een ervaringsdeskundige aan een team zal de samenwerking
1956 tussen professionals en patiënten verbeteren. Daardoor kan er een zorgvuldigere
1957 besluitvorming (ook rondom verplichte zorg) plaatsvinden.

1958

1959 Van een ervaringsdeskundige wordt verwacht dat deze is geschoold in de inzet van
1960 ervaringsdeskundigheid en als lid van het team professioneel handelt. Daarnaast is het van
1961 belang dat door middel van samenwerking regelmatig intervisies plaatsvinden.

1962

1963 Ervaringsdeskundigen kunnen in een kwetsbare positie terechtkomen, bijvoorbeeld als er
1964 geen heldere taakomschrijving voor hen aanwezig is. Of als de verschillende rollen die zij in
1965 het team spelen tot spanningen leiden. Het is daarom van belang om met het gehele team
1966 een open leerproces aan te gaan, waarin alle betrokkenen zich bewust worden van elkaars
1967 waarden, behoeften, krachten, kwetsbaarheden en onderlinge afhankelijkheden, zodat ze
1968 beter op elkaar ingespeeld raken.

1969
1970 Het is tevens van belang dat de patiënt en de naasten goed worden geïnformeerd over de rol
1971 en de functie van de ervaringsdeskundige
1972 (zie Generieke module Herstelondersteuning). Soms kan men ook kiezen voor 2
1973 ervaringsdeskundigen in een team. Dit kan helpen om de kwetsbaarheid van deze positie te
1974 verminderen.

1975

1976 **De familie-ervaringsdeskundige**

1977

1978 Binnen enkele instellingen maken familie-ervaringsdeskundigen (FED) deel uit van
1979 ambulante of klinische teams. Een familie-ervaringsdeskundige heeft ervaringskennis
1980 opgebouwd op grond van eigen ervaringen met een familielid of naaste met psychische
1981 problematiek. De FED kan familie en naasten ondersteunen en handvatten bieden bij het
1982 eigen herstelproces en dat van de patiënt. Ook kan de FED een belangrijke rol spelen bij
1983 vroegsignalering en zorgvuldige besluitvorming omtrent dwang. De patiënt, familie en/of de
1984 naasten worden geïnformeerd over de rol en functie van de FED. (zie ook de Generieke
1985 module Samenwerking en ondersteuning naasten van mensen met psychische
1986 problematiek).

1987

1988 *Overige betrokkenen*

1989

1990 **De patiëntenvertrouwenspersoon**

1991

1992 De patiëntenvertrouwenspersoon (PVP) is een onafhankelijke persoon die, indien de patiënt
1993 hier om vraagt, de belangen behartigt van individuele patiënten. Bij iedere Wvvgg maatregel
1994 wordt de betrokkene geattendeerd op de mogelijkheid om gebruik te maken van een PVP.
1995 De PVP heeft kennis van de rechten van de patiënt en kan hierover advies verlenen aan de
1996 patiënt. Indien er klachten zijn over het verblijf, de behandeling of het behandelend team of
1997 de arts kan de PVP adviseren.

1998

1999 Vaak zal de PVP klachten oplossen door het gesprek met de betreffende professional(s) aan
2000 te gaan. Maar de PVP adviseert de patiënt ook indien een klacht wordt ingediend bij de
2001 klachtencommissie van de zorgaanbieder. Als de patiënt een advocaat nodig heeft, kan de
2002 PVP daarbij behulpzaam zijn. De PVP werkt kosteloos voor de patiënt en heeft altijd toegang
2003 tot de patiënt. Daarnaast moet de patiënt altijd in contact kunnen komen met de PVP.

2004

2005 **De familievertrouwenspersoon**

2006

2007 De familievertrouwenspersoon (FVP) heeft een rol vergelijkbaar met die van de PVP, maar
2008 dan ten behoeve van de naasten van de patiënt. De FVP informeert en adviseert de naasten
2009 van de patiënt op hun verzoek en ondersteunt hen in het contact met professionals,
2010 behandelaren en zorgaanbieders.

2011

2012 Naasten voelen zich soms niet gehoord en gezien en dit kan van invloed zijn op de mate
2013 waarin zij willen participeren in het verlenen van zorg aan de patiënt. In dat geval kan de
2014 FVP bemiddelen. Bijvoorbeeld als er een verschil van inzicht is of als een contact stroef
2015 verloopt. Ook bij klachten en bij klachtenprocedures biedt de FVP ondersteuning.

2016

2017 De FVP is in dienst van de Landelijke Stichting Familievertrouwenspersoon (LSFVP) en
2018 werkt kosteloos voor de naasten.

2019

2020

2021
2022
2023
2024
2025
2026
2027
2028
2029
2030
2031
2032
2033
2034
2035
2036
2037
2038
2039
2040
2041
2042
2043
2044
2045
2046
2047
2048
2049
2050
2051
2052
2053
2054
2055
2056
2057
2058
2059
2060
2061
2062
2063
2064
2065
2066
2067
2068
2069
2070
2071

4.3 Samenwerking binnen netwerken

“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.

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 de belang dat professionals uit de ggz intensief samenwerken met naasten en medewerkers uit het sociale domein. 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 een stoornis, 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 dwang roept bijvoorbeeld vaak verzet op, dat gebruik van nog meer dwang vraagt.

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.

Afspraken

Spelregels

Voor een goede samenwerking is het noodzakelijk dat de betrokken mensen en partijen duidelijke afspraken maken over wie wat doet. Dat ze weten welke informatie iemand nodig heeft om zijn werk te kunnen doen en wat de verantwoordelijkheden van een ieder zijn. Het is belangrijk 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.

2072
2073 Een algemeen principe hierbij is: ‘**Niets over ons, zonder ons**’, hetgeen betekent dat
2074 professionals uit diverse domeinen (ggz, gemeente, politie), zoveel mogelijk afspraken
2075 maken en zorgplannen bedenken samen met en in het bijzijn van de betrokkene en diens
2076 naasten. Hierbij kan gebruik gemaakt worden van de principes van de resourcegroepen
2077 (RACT).

2078
2079 **Voorwaarden**

2080
2081 **“Bij toepassing van assertieve en verplichte zorg is het van belang dat alle**
2082 **betrokkenen en betrokken partijen het eens zijn over de juiste aanpak.**

2083
2084 *Coördinatie en regie*

2085
2086 Als assertieve of verplichte zorg noodzakelijk is, dan wordt soms macht gebruikt. Een veel
2087 voorkomend misverstand is dat er in dergelijke situaties, zeker als er sprake is van
2088 handelingsverlegenheid, centrale regie noodzakelijk is. Bij een complexiteitsprobleem is een
2089 simpele, enkelvoudige, oplossing niet toereikend en dus zijn onderlinge afspraken veel
2090 belangrijker. Omdat de afstemming tussen partijen en binnen betrokken teams essentieel is,
2091 is het noodzakelijk om een duidelijke coördinatie te hebben. Er hoeft geen centrale
2092 coördinatie te zijn, vaak is dat zelfs niet eens wenselijk, maar duidelijkheid over wie
2093 verantwoordelijk is voor de afstemming en informatiedeling binnen een team en tussen
2094 partijen is zeer belangrijk. Het gaat vooral om een netwerkbenadering.

2095
2096 *Verantwoordelijkheidsverdeling*

2097
2098 De burgemeester, officier van justitie, rechter, geneesheer-directeur en inspectie hebben een
2099 procedurele verantwoordelijkheid. Zij hebben de verantwoordelijkheid om te beslissen over
2100 vrijheidsbeneming en het teruggeven van vrijheden en moeten erop toezien dat regels
2101 worden nageleefd. Andere betrokkenen hebben een operationele (uitvoeringsgerichte)
2102 verantwoordelijkheid. Deze operationele verantwoordelijkheid kan ook nog eens getrap
2103 uitgevoerd worden. Zo mag de psychiater de toepassing van dwang indiceren en de
2104 uitvoering hiervan aan de verpleging delegeren. De psychiater is in dit geval verantwoordelijk
2105 voor de indicatie van de verplichte zorg en de verpleegkundige voor de uitvoering. Daarbij
2106 heeft de psychiater wel de verantwoordelijkheid om te weten of de uitvoering goed en
2107 volgens de wet verloopt.

2108
2109 Een veel voorkomende valkuil bij handelingsverlegenheid is dat er zonder duidelijke analyse
2110 en plan wordt opgeschaald naar de persoon met een procedurele verantwoordelijkheid. Bij
2111 toepassing van de Wvvgz kan in het geval van handelingsverlegenheid, uitvoeringsmacht
2112 van de burgermeester, officier van justitie of rechter gevraagd worden in het geval van een
2113 gemeentelijk vooronderzoek, of artikel 2.3-aanvraag. Gebruik van doorzettingmacht, zonder
2114 duidelijk achterliggend plan, ligt dan op de loer en is onwenselijk.

2115
2116 Omdat toepassing van verplichte zorg een uiterste (nood)maatregel is, is het van groot
2117 belang om hierover zorgvuldig verantwoording af te leggen. Voor het afleggen van
2118 verantwoording is het nodig de verantwoordelijkheidsverdeling te kennen.

2119
2120 Bij de toepassing van verplichte zorg is er nooit één partij of actor 100% verantwoordelijk. Er
2121 is altijd een gedeelde en getrapte verantwoordelijkheid bij alle betrokkenen. Ook de term
2122 eindverantwoordelijkheid, die impliceert dat er iemand is die de uiteindelijke
2123 resultaatverantwoordelijkheid heeft en dus het afbreukrisico draagt, is misleidend en
2124 ongeschikt om de rolverdeling bij samenwerking te definiëren.

2125

2126 *Eén narratief: een gedeeld verhaal*

2127

2128 **Bij toepassing van assertieve en verplichte zorg is het van belang dat alle betrokkenen**
2129 **en betrokken partijen het eens zijn over de juiste aanpak.** Is dit niet het geval, dan zullen
2130 partijen bij handelingsverlegenheid naar elkaar gaan wijzen om gewenste acties uit te voeren
2131 (opname, vervolging, verzorging). De doelen en verwachtingen zijn dan niet onderling
2132 afgestemd en samenwerking (voor zover je daar al van kan spreken) is tot mislukken
2133 gedoemd. Dit kan spelen binnen een team, of op een afdeling, maar is soms ook aan de
2134 orde als er verschillende partijen bij de zorg betrokken zijn.

2135

2136 Voorwaarde voor goede samenwerking en voor het toepassen van assertieve en verplichte
2137 zorg is dat er een gedeeld verhaal, een narratief is. Als de complexiteit van het probleem
2138 door alle partijen wordt erkend, dan is voor alle betrokkenen ook duidelijk dat een
2139 enkelvoudige simpele oplossing niet voorhanden is en dat mensen tot samenwerking
2140 veroordeeld zijn, met gedeelde verantwoordelijkheid als afgeleide.

2141

2142 Het komen tot één narratief is soms het moeilijkste in de samenwerking. Dit omdat iedereen
2143 een vanuit een eigen professioneel, of persoonlijk perspectief een visie heeft op het
2144 probleem. Een typisch voorbeeld is dat familie aangeeft dat thuis wonen geen optie meer is,
2145 de politie meent dat iemand ziek is en zorg nodig heeft, en dat vanuit het zorgdomein de
2146 veiligheid voorop staat.

2147

2148 Een duidelijk narratief zou de verschillende problemen moeten omvatten en de afweging in
2149 zich moeten hebben tussen de verschillende ethische perspectieven. Zoals het belang van
2150 het individu versus het belang van de samenleving, de afweging tussen autonomie en,
2151 rechtvaardig handelen, niet schaden en weldoen. En het meest doelmatige ten opzichte van
2152 het meest ideologische perspectief. Het goede om te doen in een geval van een
2153 complexiteitsprobleem met de keuze uit verschillende kwaden, is essentieel om voor
2154 iedereen richting te geven aan het proces van samenwerken.

2155

2156 **Methodisch werken**

2157

2158 Het werken volgens een bepaalde methodiek, zoals F(ACT), IHT, HIC, maar ook
2159 samenwerken in een veiligheidshuis, of een regio-overleg kan een goede samenwerking
2160 waarborgen. Vaak zijn door de methode, in een organisatie, of tussen organisaties heldere
2161 afspraken gemeekt over rollen, taken, verantwoordelijkheden en informatiedeling. Ook een
2162 professioneel statuut van een ggz-instelling kan hierin richtinggevend zijn.

2163

2164 Tegelijkertijd zorgen vastgestelde afspraken en vormen er soms voor dat er niet wordt
2165 stilgestaan bij de noodzakelijk voorwaarden voor een goede samenwerking. Zoals het
2166 beschrijven van de complexiteit, het gedeelde narratief en de afspraken over de coördinatie.
2167 In die gevallen vormt methodisch werken juist een risico voor goede samenwerking. Elk
2168 behandelteam hoort zichzelf daarom de gewetensvraag te stellen: "Wanneer vinden wij dat
2169 we ons werk goed georganiseerd hebben?" En per casus: "Wat is er in dit geval nodig om
2170 het werk goed te regelen?"

2171

2172 Samenwerking in het netwerk is een noodzakelijke competentie voor hulpverleners en allen
2173 die betrokken zijn bij het hulpverleningsproces. Bij elke situatie waar sprake is van
2174 toepassing van dwang en drang dient besproken te worden welke inzet van wie noodzakelijk
2175 is op het gebied van behandeling en vooral ook van kennisdeling. Het delen van kennis over
2176 een goede samenwerking is belangrijk gereedschap voor hulpverleners en mag niet
2177 vergeten worden.

2178

2179
2180
2181
2182
2183
2184
2185
2186
2187
2188
2189
2190
2191
2192
2193
2194
2195
2196
2197
2198
2199
2200
2201
2202
2203
2204
2205
2206
2207
2208
2209
2210
2211
2212
2213
2214
2215
2216
2217
2218
2219
2220
2221
2222
2223
2224
2225
2226
2227
2228
2229

4.4 Competenties

“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.

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 dwangmaatregelen en de bejegening van patiënten in crisis. Daarnaast is kennis over de Wvz 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.

Vaardigheden

Om aan te kunnen sluiten bij de individuele behoeften van een patiënt is het van belang dat zorgverleners present en aandachtig zijn. Dat ze aansluiten bij eerste behoeften en dat ze hartelijk, attent en servicegericht zijn. Daarnaast kunnen zorgverleners tijdig spanning signaleren om dwangtoepassingen 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 en zijn ze in staat om fysiek in te grijpen (holding) als dat nodig is. Met betrekking tot contact kan de zorgverlener op een toegankelijke manier contact leggen en onderhouden met naasten. Ook is goede communicatie en samenwerking met de patiënt, naasten en andere zorgverleners een essentiële vaardigheid. Tot slot zijn overzichts- en planningsvaardigheden nodig om goede zorg te kunnen leveren.

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

2230 daadkracht om te handelen, tegelijkertijd een goed reflectief vermogen om zijn eigen
2231 handelen te allen tijde ter discussie te stellen.

2232

2233 4.5 Kwaliteitsbeleid

2234 *“Een behandelplan, verwoord op een dusdanige wijze dat de patiënt en zijn*
2235 *naasten begrijpen wat er is opgeschreven, geeft richting aan de*
2236 *multidisciplinaire behandeling en verschaft duidelijkheid aan de patiënt en zijn*
2237 *naasten. Uitgangspunt is dat er overeenstemming is tussen de patiënt en de*
2238 *professional.*

2239

2240 Goede zorg vereist beleid gericht op het registreren, monitoren en evalueren van de kwaliteit
2241 van zorg. In deze paragraaf wordt beschreven op welke wijze het kwaliteitsbeleid door
2242 professionals en betrokken organisaties kan worden vormgegeven.

2243

2244 **Methodisch werken**

2245

2246 Om inzicht te krijgen in kwaliteit van zorg is het allereerst van belang dat er zoveel mogelijk
2247 methodisch wordt gewerkt.

2248

2249 De kern van methodisch werken is er dat planmatig naar de realisering van doelstellingen
2250 wordt toegewerkt vanuit een behandelplan. De doelstellingen zijn opgesteld aan de hand van
2251 de beschikbare informatie over de diagnose, de symptomen en de beïnvloedende factoren
2252 en risico's en wensen van de patiënt en naasten. Doelen in het behandelplan zijn allereerst
2253 gericht op het stabiliseren van de crisis en symptoomreductie.

2254

2255 Aangezien de verplichte zorg een onderdeel is van een vaak veel langer lopende
2256 behandeling, worden ook de doelen gericht op herstel (zie Generieke module Herstel)
2257 meegenomen in het behandelplan. Indien er een dwangtoepassing dreigt of reeds is ingezet,
2258 moet de behandelaar beschrijven wat gedaan wordt om de dwangtoepassing te voorkomen
2259 of te beëindigen.

2260

2261 Een behandelplan, verwoord op een dusdanige wijze dat de patiënt en zijn naasten begrijpen
2262 wat er is opgeschreven, geeft richting aan de multidisciplinaire behandeling en verschaft
2263 duidelijkheid aan de patiënt en zijn naasten. Uitgangspunt is dat er overeenstemming is
2264 tussen de patiënt en de professional.

2265

2266 Aanvullend op het behandelplan worden **crisisafspraken** gemaakt. Deze crisisafspraken
2267 worden vastgelegd in het behandelplan of in een, daarvoor bij de organisatie van zorg
2268 passend, ander document. Crisisafspraken worden in principe gemaakt tussen de patiënt en
2269 de professional en in samenspraak met naasten. In deze afspraken staat beschreven welke
2270 gedragingen en symptomen duiden op een naderende crisis en wat de patiënt, de naasten
2271 en de professionals kunnen of moeten doen om te voorkomen dat de patiënt in crisis raakt.
2272 Ook worden hierin afspraken vastgelegd over wie de dagelijkse verantwoordelijkheden van
2273 de patiënt overneemt indien hij/zij deze niet meer zelf kan uitvoeren (bijvoorbeeld de zorg
2274 voor huisdieren).

2275

2276 Er wordt door alle betrokken disciplines systematisch gerapporteerd in het dossier. Het
2277 behandelplan wordt zo vaak als nodig met de patiënt en naasten geëvalueerd en eventueel
2278 bijgesteld. Uitgangspunt hierbij is dat de frequentie van evaluatie wordt herzien op basis van:

- 2279 • Toenemende mate van de impact van interventies op het dagelijkse leven van de patiënt
2280 (en/of diens naasten).
2281 • Afnemende mate van consensus tussen patiënt, professional en naasten.

2282 Daarnaast is een wijziging van inzicht of een wijziging van de gestelde doelen en de
2283 uitvoering van de daaruit volgende acties altijd reden om het behandelplan te evalueren.
2284

2285 Op het moment dat er sprake is van dwangtoepassingen zonder consensus wordt de
2286 onderbouwing van de patiënt, en eventueel die van de naaste en van de professional
2287 opgenomen in het behandelplan.
2288

2289 **Registratie van verplichte zorg**

2290
2291 Het is van belang dat de registratie van verplichte zorg te allen tijde een doel heeft en dat dit
2292 doel is gericht op de verbetering van de kwaliteit van de te leveren zorg. Te vaak leidt
2293 registratie tot het afleggen van verantwoordelijkheid waardoor de motivatie om te registreren
2294 extern wordt gedreven en er onvoldoende gebruik wordt gemaakt van de verzamelde
2295 informatie. Te weinig richt het zich op het nemen van verantwoordelijkheid waarbij de
2296 professional zijn of haar handelen reflecteert op basis van de verzamelde informatie. En
2297 gemotiveerd een bijdrage levert aan landelijke informatieverzameling die kan leiden tot een
2298 gezamenlijke koers te verbetering van de zorg.
2299

2300 Sinds de ingang van de Wvvgz is de manier van registreren van verplichte zorg veranderd.
2301 In het verleden was er sprake van de Argus registratie en de Bopzis registratie. Het
2302 Argusregistratiesysteem was ontwikkeld vanuit zorgaanbieders, de brancheorganisatie en
2303 patiënt- en familieorganisaties. Het Bopzis werd ontwikkeld door de Inspectie
2304 Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ). Aanpassing van registratie van verplichte zorg was
2305 noodzakelijk omdat de Wvvgz meer mogelijkheden van verplichte zorg kent en geen
2306 beperkingen heeft tot klinische toepassing. In 2019 is daarom het document vormen en
2307 registratie van verplichte zorg opgesteld.
2308

2309 Dit document bevat een overzicht van de vormen van verplichte zorg conform de Wvvgz,
2310 inclusief de wijze van registratie van verplichte zorg. Dit document is tot stand gekomen met
2311 medewerking van vele professionals met expertise op het gebied van de praktijk van
2312 verplichte zorg- en datamanagement. En in overleg met medewerkers van de IGJ en het
2313 ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS). Ook heeft juridische toetsing
2314 plaats gevonden.
2315

2316 In de Wvvgz staat dat de zorgaanbieder zorgt voor het digitaal beschikbaar zijn van deze
2317 gegevens ten behoeve van de uitvoering van deze wet en het toezicht door de inspectie. De
2318 zorgaanbieder verstrekt ten minste eens per 6 maanden een digitaal overzicht van onder
2319 andere de registraties van verplichte zorg.
2320

2321 **Evaluatie van kwaliteit van zorg**

2322
2323 ***“Moreel beraad is een methodische wijze om ethische dilemma’s uit de***
2324 ***dagelijkse praktijk te bespreken aan de hand van waarden en normen.***

2325
2326 Door periodiek de cijfers over toepassen van verplichte zorg te bespreken, ontstaat er
2327 bewustzijn op afdelingen over hoe vaak welk voor soort verplichte zorg wordt toepast. Dit
2328 helpt bij het bepalen van het beleid en het eventueel verder reduceren van
2329 dwangtoepassingen.
2330

2331 Evaluatie draagt tevens bij aan de verandering van de cultuur in organisaties. Dit is een
2332 belangrijke voorwaarde voor het terugdringen van dwangtoepassingen. Evaluatie maakt
2333 professionals ervan bewust dat er geleerd kan worden van de ervaringen van de patiënt en
2334 van de eigen ervaringen. Dit sluit aan bij een specifiek aspect van evaluatie: reflectie op het
2335 eigen handelen.

2336
2337 Een elangrijke voorwaarde voor reflectie is dat er een bepaalde teamcultuur en attitude van
2338 professionals aanwezig is, waarin men reflectie en evaluatie belangrijk vindt. Als de
2339 betrokken professionals niet open staan voor reflectie, niet willen leren van fouten, of een
2340 gebrek aan motivatie hebben om dwang en drang te voorkomen, dan is reflectie zinloos.
2341 Best practices op het gebied van reflectie op het eigen handelen zijn intervisie en moreel
2342 beraad. Intervisie is van belang om met (een deel van) het team op een gestructureerde
2343 manier mee te denken met complexe zorgsituaties. Het is van belang om intervisie
2344 structureel te organiseren. **Moreel beraad is een methodische wijze om ethische
2345 dilemma's uit de dagelijkse praktijk te bespreken aan de hand van waarden en
2346 normen.** Het ondersteunt professionals om op morele gronden de best mogelijke beslissing
2347 te nemen bij dilemma's.

2348
2349 Bij een moreel beraad zijn betrokkenen in de zorg (professionals, management, raad van
2350 bestuur, patiënten en familieraadsleden) aanwezig. Met deze multidisciplinaire organisatie
2351 kan het een belangrijke bijdrage leveren aan het ontwikkelen van een gemeenschappelijke
2352 zorgvisie. Bovendien geeft het ruimte om over de verschillende perspectieven (patiënt,
2353 naasten, verschillende professionals) te reflecteren, de waarden af te wegen en tot
2354 kwalitatief goed beargumenteerde beslissingen te komen.

2355
2356 Reflecteren op het eigen handelen kan leiden tot minder routinematig werken. Dit houdt in
2357 dat professionals, ondanks bepaalde afspraken op de afdeling, voortdurend aandacht dienen
2358 te hebben voor de unieke situatie van de specifieke patiënt (zorg op maat). Werkwijzen
2359 kunnen dan ook niet worden gestandaardiseerd, maar dienen voortdurend onderzocht te
2360 worden op zinvolheid in het geval van de specifieke patiënt en context.

2361
2362 Reflectie op eigen handelen en evaluatie van de geboden zorg wordt hiermee steeds
2363 belangrijker. Echte cultuurverandering vereist dat men in alle lagen van de organisatie
2364 doordrongen is van het belang van reflectie. Het management dient hierachter te staan en dit
2365 ook te faciliteren. Dit laatste betekent dat structureel tijd vrijgemaakt moet worden en dat
2366 personeel moet worden vrijgeroosterd voor reflectiebijeenkomsten, zoals moreel beraad.

2367
2368 Evaluatie en reflectie moeten niet alleen worden beschouwd als bron van inspiratie en
2369 motivatie. Ze zijn medebepalend voor de kwaliteit, doeltreffendheid en doelmatigheid van
2370 goede zorg.

2371

2372 **4.6 Kosteneffectiviteit en doelmatige** 2373 **zorg**

2374 Zorg zou vanzelfsprekend alleen moeten worden geïntensiveerd als dit noodzakelijk is voor
2375 de specifieke situatie van de patiënt.

2376
2377 Doelmatige inzet van (assertieve) zorg bij het voorkómen van verplichte zorg kent twee
2378 uitgangspunten. Ten eerste kunnen er afspraken worden gemaakt op welke wijze er wordt
2379 ingezet om het afschalen van zorg zo goed mogelijk te organiseren. Het plannen van een
2380 ontslagdatum bij opname is hier een voorbeeld van. Ook het verhogen van de frequentie van

2381 evaluatie en daarmee het vaker stellen van de vraag of de interventies die zijn ingezet
2382 kunnen worden afgeschaald kan ondersteunend zijn.

2383

2384 Ten tweede is laagdrempelige beschikbaarheid van de verschillende interventies een sleutel
2385 tot doelmatigheid. Het zo snel mogelijk bieden van passende zorg leidt tot een zo snel
2386 mogelijke oplossing van een (dreigende) crisissituatie. In veel gevallen voorkomt dit erger en
2387 verlaagt dit de inzet van overbruggingszorg.

2388

2389 Samenwerking tussen de verschillende netwerkpartners is hierbij essentieel. Zowel om
2390 goede zorg te waarborgen, als om ervoor te zorgen dat zorg tijdig opgeschaald en
2391 afgebouwd kan worden. Zie voor meer informatie over samenwerking paragraaf 4.2. Daarbij
2392 gaat het vooral om netwerksamenwerking op het niveau van de patiënt en diens naasten
2393 (bijvoorbeeld in de vorm van resourcegroepen), zodat de zorg daadwerkelijk geboden en
2394 afgestemd wordt in het bijzijn van de patiënt.

2395

2396 Bij doelmatigheid gaat het in het kader van de Wvvgz om het feit dat de verplichte zorg
2397 effectief dient te zijn in het afwenden van ernstig nadeel. In de praktijk is het doel van het
2398 behandelplan breder dan het wegnemen van het ernstig nadeel en het voorkomen dat
2399 betrokkene onnodig lang in het ziekenhuis moet verblijven. Het behandelplan heeft tevens tot
2400 doel de stoornis zo te behandelen dat de prognose van de patiënt verbetert en dat er
2401 gezondheidswinst optreedt.

2402

2403 Het behandelplan is gericht op herstel, inclusief verpleging en lichamelijke verzorging die
2404 strikt genomen niet tot de psychiatrische behandeling behoren. Deze 'vermenging' van
2405 doelstellingen is onontkoombaar en volgt inherent uit de plicht van het goed
2406 hulpverlenerschap. Daarbij zal men goed in het dossier moeten vastleggen welke
2407 interventies bedoeld zijn om het ernstig nadeel af te wenden en welke interventies een ander
2408 doel hebben.

2409

2410

4.7 Financiering

2411

2412

2413 Goede zorg wordt zoveel mogelijk ingericht volgens de wensen en voorkeuren van de
2414 patiënt. Zorg wordt geïntensiveerd als de patiënt dit nodig heeft, patiënten kunnen dus zowel
2415 ambulant als klinisch behandeld worden. Dit betekent dat er binnen de zorg voor één patiënt
2416 verschillende financieringssystemen relevant kunnen zijn. Hieronder worden deze kort
2417 toegelicht.

2418

Generalistische basis ggz

2419

2420 De generalistische basis ggz heeft vier typen integrale zorgvraagwaarteproducten per
2421 patiënt: kort, middel, intensief en chronisch, zoals beschreven prestaties van de Nederlandse
2422 Zorgautoriteit (NZa). Zorgaanbieders kunnen verschillende deskundigheden inzetten en de
2423 zorg kan uit verschillende behandelcomponenten bestaan. Voorbeelden hiervan zijn
2424 zorggerelateerde preventie, consultatie en/of gedeeltelijke behandeling door de
2425 gespecialiseerde ggz.

2426

Gespecialiseerde ggz

2427

2428 De gespecialiseerde ggz wordt enerzijds gefinancierd op basis van de Zorgverzekeringswet
2429 volgens de DBC-financiering (diagnose-behandelcombinatie). Patiënten die zijn opgenomen
2430 krijgen een DBC die passend is bij de diagnose die is gesteld. Voor patiënten die langer dan
2431

2432 3 jaar opgenomen zijn, wordt de zorg gefinancierd vanuit de Wet langdurige zorg (Wlz). Als
2433 er sprake is van verplichte zorg, valt dit onder deze financieringsvorm.

2434

2435 **Sociale wijkteams en intensief begeleid wonen**

2436

2437 Ondersteuning vanuit de sociale wijkteams alsmede intensief begeleid wonen worden
2438 gefinancierd vanuit de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo). Het gaat hier meestal
2439 om ondersteuning die geregeld wordt via de gemeente en is zowel van toepassing op
2440 algemene voorzieningen als op maatwerkvoorzieningen. Op het moment dat er verplichte
2441 zorg plaatsvindt in een Regionale Instelling voor Beschermd en Begeleid Wonen (RIBW) is
2442 er samenwerking met de gespecialiseerde ggz.

2443

2444 **Financiering van zorg bij verplichte zorg**

2445

2446 Op basis van bovenstaande vindt de verplichte over het algemeen plaats binnen de
2447 specialistische ggz. Crisisdiensten werken daarbij vanuit de Sggz met een
2448 beschikbaarheidsfinanciering.

2449

2450 Indien er sprake is van een strafrechtelijke maatregel is de Wet forensische zorg van
2451 toepassing en wordt de zorg vanuit het ministerie van justitie gefinancierd. Het voorkómen
2452 van verplichte zorg kan in principe overal plaatsvinden en is daarmee niet gerelateerd aan
2453 een zorgaanbieder en/of een specifieke financieringsstroom. In het algemeen kan worden
2454 gesteld dat assertieve zorg een netwerksamenwerking met professionals uit meerdere
2455 domeinen (ggz, sociaal domein, politie) op het niveau van de patiënt en diens naasten
2456 vereist, waarbij in de praktijk de financiering van meerdere kanten zal komen.

2457

2458

2459

2460

2461 5. Kwaliteitsindicatoren

2462

2463 5.1 Inleiding

2464 Kwaliteitsindicatoren zijn essentieel om het zorgproces te verbeteren. Binnen instellingen
2465 dient er gewerkt te worden aan het voorkómen van dwangtoepassingen en het verlenen van
2466 goede zorg in situaties van dwang en drang. Er zijn kwaliteitsindicatoren voor assertieve en
2467 verplichte zorg die iets zeggen over de kwaliteit van de structuur en het proces en
2468 indicatoren over de uitkomst. Cruciaal zijn adequate implementatie van assertieve en
2469 verplichte zorg in de vorm van ambulante en klinische zorgmodellen (o.a. F(ACT), IHT en
2470 HIC vanuit de ggz en sociale wijkteams vanuit het sociaal domein) en registratie en evaluatie
2471 van toepassingen van verplichte zorg.

2472

2473 5.2 Structuur - en proces-indicatoren 2474 bij assertieve en verplichte zorg

2475 **Ambulant**

2476
2477 Uit een aantal onderzoeken is gebleken dat het werken met crisis-signaleringsplannen,
2478 gebruik van integrale zorgvormen (zoals F(ACT)) en een proactieve houding van
2479 professionals naar patiënten die dreigen uit zorg te vallen, dwangopnames kan voorkómen
2480 (outreachinge zorg). Ook zijn er aanwijzingen dat gebruik van Intensieve Behandeling Thuis,
2481 dwangopnames kan voorkómen. Modelgetrouwheid aan deze zorgmodellen is hierbij een
2482 kwaliteitsindicator. Het werken met modelgetrouwheidsschalen bij FACT en IHT en het
2483 toepassen van interprofessionele audits kan de kwaliteit van zorg in deze teams verbeteren
2484 en daarmee bijdragen aan minder dwangtoepassingen. Er zijn geen kwaliteitsindicatoren
2485 voor OGGZ/bemoeizorgteams en of sociale wijkteams.

2486

2487 **Klinisch**

2488
2489 Op het moment dat zorg moet worden geïntensiveerd en een verplichte zorg op een gesloten
2490 psychiatrische afdeling noodzakelijk is, kan een patiënt worden geplaatst op een HIC-
2491 afdeling. Om kwaliteit van zorg te waarborgen en inzicht te geven in welke mate afdelingen
2492 het HIC-model hebben geïmplementeerd, is de HIC-monitor ontwikkeld. De HIC-monitor
2493 wordt hiermee een normenkader voor HIC-afdelingen in Nederland.

2494

2495 Binnen de monitor wordt getoetst op teamstructuur, teamproces, diagnostiek en
2496 behandeling, zorgorganisatie, monitoring, professionalisering, Wvvgz, ruimtelijke vormgeving
2497 (principes van healing environment), veiligheid en evaluatie en terugkoppeling preventie van
2498 dwang en drang, en samenwerking met de triade. Uit onderzoek is gebleken dat een hogere
2499 HIC modelgetrouwheid geassocieerd is met minder agressie en separaties.

2500

2501 **Risicotaxatie als onderdeel van ambulante en klinische behandeling**

2502

2503 Het taxeren van het risico op gevaarlijke situaties kan een middel zijn om verplichte zorg te
2504 voorkomen. Er wordt aanbevolen dat risicotaxatie, gericht op zelfverwaarlozing,

2505 maatschappelijke teloorgang, suïcidaal- en zelfbeschadigend gedrag en op agressie,
2506 structureel door professionals wordt uitgevoerd en in teamverband wordt besproken. Zowel
2507 in de ambulante als in de klinische situatie.

2508

2509 Door tijdig te signaleren of er een verhoogde kans is op een van deze gedragingen, kan er
2510 worden ingespeeld op de situatie van de individuele patiënt. Daarmee kan eventuele
2511 verplichte zorg worden voorkómen. Er bestaan momenteel geen gestandaardiseerde
2512 risicotaxatieinstrumenten voor het inschatten van bovenstaande risico's op ernstig nadeel,
2513 waarvan is aangetoond dat die beter zijn dan het klinisch oordeel in de huidige praktijk van
2514 de algemene, ambulante psychiatrie.

2515

2516 Een instrument om risico's op agressie te inventariseren is de Brøset Violence Checklist
2517 (BVC). Dit is onderdeel van de crisismonitor toegepast op een klinische HIC-afdeling. In de
2518 BVC wordt dagelijks een inschatting gemaakt van het risico op agressie, geweld en
2519 controleverlies. Er wordt getoetst op de aanwezigheid van: verwardheid, geïrriteerdheid,
2520 luidruchtigheid, fysiek bedreigend zijn, verbaal bedreigend zijn en aanvallen op voorwerpen.
2521 Dit helpt bij het identificeren van voorspellers van agressie en controleverlies. De lijst bevat
2522 ook mogelijke interventies die kunnen worden uitgevoerd om eventuele agressie te
2523 voorkomen of verminderen.

2524

2525 Ook kan de volledige crisismonitor gehanteerd worden, hierin wordt naast de BVC ook de
2526 Kennedy- As V, Brief Psychiatric Rating Scale, de schaal voor gevaar en de Social
2527 Dysfunction and Agression Scale (SDAS) en de Staf Observation Aggression Scale (SOAS-
2528 R; bij agressie incidenten) afgenomen.

2529

2530 Meer informatie over de betrouwbaarheid en validiteit van verschillende instrumenten voor
2531 risicotaxatie is te vinden in de multidisciplinaire richtlijn (MDR) Dwang en drang, hoofdstuk 5
2532 paragraaf 3 en in de MDR Diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag. Er is
2533 aangetoond dat het gebruik van deze crisismonitor leidt tot minder agressie-incidenten en
2534 kortere separatieduur.

2535

2536 **5.3 Kwaliteit van de uitkomst: aantal en** 2537 **duur van toepassingen van verplichte** 2538 **zorg**

2539 Met betrekking tot dwang en drang ligt een eerste stap in het bewustwordingsproces van de
2540 hoeveelheid toepassingen van verplichte zorg die op de werkvloer gebruikt worden, zowel
2541 ambulant als klinisch. Zoals beschreven in hoofdstuk 4 moeten alle toepassingen van
2542 verplichte zorg die worden uitgevoerd in Wvvgz -erkende instellingen worden geregistreerd.

2543

2544 Eens per half jaar leveren instellingen cijfers met betrekking tot toepassingen van verplichte
2545 zorg aan de IGJ. Parallel aan het aanleveren van deze cijfers wordt aanbevolen om op
2546 afdelingsniveau intervisies te organiseren om deze cijfers te bespreken. Ook kunnen
2547 afdelingen uit dezelfde of uit verschillende instellingen deze cijfers samen bespreken om van
2548 elkaar te leren.

2549

2550 Doelstelling kan zijn om samen te streven naar een reductie van verplichte zorg door te leren
2551 van de eigen praktijk die van anderen. Zo kunnen bijvoorbeeld F(ACT)teams bespreken
2552 hoeveel van hun patiënten een zorgmachtiging hebben. Hoeveel zijn opgenomen met een

2553 crisismachtiging en op welke wijze en hoe vaak men ambulante dwang toepast. Door dit te
2554 vergelijken met andere F(ACT) teams kan gewerkt worden aan een reductie van verplichte
2555 zorg. Ditzelfde kan gebeuren op HIC-afdelingen, die eveneens op deze wijze systematisch
2556 kunnen werken aan deze reductie.
2557

2558