

Assertieve en verplichte zorg

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



Patiëntenperspectief

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

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

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

Naastenperspectief

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

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

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

Aanbevelingen:

- Definieer samen met de naasten hun rol en maak samen afspraken hoe de naasten hun rol concreet willen invullen. Houdt hierbij rekening met culturele verschillen.
- Neem als professional de tijd om met betrokken naasten de huidige belasting versus de daadwerkelijke belastbaarheid te bespreken en indien nodig samen te kijken naar een betere balans.
- Is het contact verbroken tussen de patiënt en zijn directe naasten? Bespreek met de patiënt of en op welke wijze hij/zij het contact weer zou willen herstellen.

Kernelementen van goede zorg

Verplichte zorg is een laatste redmiddel

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

Verplichte zorg is een uitzondering

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

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

Principes van herstelondersteunende zorg gelden ook in situaties van assertieve en verplichte zorg
Patiënten voeren de regie over het eigen herstelproces en de relatie tussen patiënt, professional en naasten berust op een vertrouwensband. Bij het toepassen van assertieve en verplichte zorg blijven deze principes overeind, waarbij (tijdelijk) de regie kan worden overgenomen gedurende een periode van verplichte zorg. Crisis(signalerings)plannen zijn gebleken effectief in het voorkomen van verplichte zorg en om kwaliteit van de uitvoering van verplichte zorg te verbeteren.

Organisatie van zorg

Bij assertieve zorg is intensieve samenwerking cruciaal

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

Samenwerking in een complexe situatie zonder eenvoudige oplossingen

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

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

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

Blijf patiënt en naasten betrekken bij de afstemming tussen alle partijen.

Van BOPZ naar Wvggz

Nieuwe wetgeving en nieuwe terminologie

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

Vrijwillige zorg, waarbij er sprake is van overeenstemming over de aard en het doel van hulpverlening zonder dat er sprake is van een juridische maatregel, is hetzelfde gebleven. Dit valt onder de WGBO. Zonder juridische maatregel kan er ook geprobeerd worden om iemand zorg te laten accepteren, bijvoorbeeld via actief contact maken. Tot 2020 werd dit bemoeizorg genoemd. In de nieuwe standaard noemen we het assertieve zorg. Deze vorm van assertieve zorg bestaat er in verschillende gradaties, van actief contact maken tot drang.

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

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

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

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