

GGZ Standaarden

Deze pdf is gepubliceerd op 05-04-2020 om 09:57. Bekijk de meest actuele versie op
<https://www.ggzstandaarden.nl/generieke-modules/dwang-en-drang>

Autorisatiedatum 21-02-2019 Beoordelingsdatum 21-02-2019

Generieke module

Dwang en drang

Inhoudsopgave

Inhoudsopgave	2
1. Introductie	4
1.1 Introductie	4
2. Samenvatting	5
2.1 Samenvatting	5
2.1.1 Het onderwerp van de module	5
2.1.2 Patiëntenperspectief	6
2.1.3 Kernelementen van goede zorg	6
2.1.4 Herstel, participatie en re-integratie	7
2.1.5 Organisatie van zorg	8
3. 1. Inleiding	10
3.1 1.1 Dwang en drang in de ggz	10
3.1.1 Dwang	10
3.1.2 Drang	13
3.2 1.2 Doelstelling	14
3.3 1.3 Doelgroep	14
3.4 1.4 Uitgangspunten	14
4. 2. Patiëntenperspectief	15
4.1 2.1 Wensen en ervaringen van patiënten	15
4.2 2.2 Kwaliteitscriteria vanuit patiëntenperspectief	18
5. 3. Zorg rondom dwang en drang	20
5.1 3.1 Inleiding	20
5.1.1 Modellen van goede zorg	20
5.2 3.2 Preventie van dwang	20
5.2.1 Participatie van de patiënt	20
5.2.2 Participatie van naastbetrokkenen	21
5.2.3 Samenwerking tussen de verschillende zorgverleners	21
5.2.4 Bejegening	22
5.2.5 Signaleringsplan	22
5.2.6 Risicotaxatie	23
5.3 3.3 Indicatie van dwangtoepassingen	24
5.3.1 Indicatie gedwongen opname	24
5.3.2 Indicatie dwangtoepassingen tijdens een opname	24
5.4 3.4 Behandeling, begeleiding en terugvalpreventie	26
5.5 3.5 Monitoring	27
5.5.1 Consultatie	27
5.5.2 Evaluatie	28

5.6 3.6 Herstel, participatie en re-integratie	29
6. 4. Organisatie van zorg rondom dwang en drang	31
6.1 4.1 Betrokken hulpverleners	31
6.2 4.2 Samenwerking	35
6.2.1 Ketensamenwerking	35
6.2.2 Samenwerking met de politie	37
6.3 4.3 Competenties	38
6.3.1 Kennis	38
6.3.2 Vaardigheden	38
6.3.3 Attitude	38
6.4 4.4 Kwaliteitsbeleid	39
6.4.1 Methodisch werken	39
6.4.2 Registratie	40
6.4.3 Evaluatie van kwaliteit van zorg	41
6.5 4.5 Kosteneffectiviteit en doelmatige zorg	42
6.6 4.6 Financiering	43
7. 5. Kwaliteitsindicatoren	44
7.1 5. Kwaliteitsindicatoren	44
8. 6. Achtergronddocumenten	46
8.1 Samenstelling werkgroep	46
8.2 Dwang in de ambulante setting	47
8.2.1 Achtergrond	47
8.2.2 Doelstelling	48
8.2.3 Methode	49
8.2.4 Resultaten	50
8.2.5 Deel I: Ethische aspecten van ambulante dwang	50
8.2.6 Deel II Kwaliteitscriteria	56
8.2.7 Discussie	57
8.2.8 Conclusie	59
8.3 Beschrijving van de modellen (F)ACT, IHT en HIC	59

1. Introductie

Autorisatiedatum 05-04-2020 Beoordelingsdatum 05-04-2020

1.1 Introductie

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

Deze generieke module beschrijft voor zorgverleners welke elementen er essentieel zijn om dwang te voorkomen en, wanneer dwang onvermijdelijk is, goede zorg bij dwang en drang te waarborgen.

Deze module is momenteel in herziening.



2. Samenvatting

Autorisatiedatum 21-02-2019 Beoordelingsdatum 21-02-2019

2.1 Samenvatting

Van deze generieke module kunt u [hier de samenvattingskaart downloaden](#). Deze behandelt de volgende onderwerpen:

1. Het onderwerp van de module
2. Patiëntenperspectief
3. Kernelementen van goede zorg
4. Herstel, participatie en re-integratie
5. Organisatie van zorg

2.1.1 Het onderwerp van de module

Dwang en drang zijn vormen van beïnvloeding die beogen om iemand iets te laten ondergaan of iemand aan te zetten tot bepaald handelen, hetzij bepaald handelen juist na te laten. Daarmee wordt iemands keuzevrijheid beperkt of zelfs, bij toepassing van dwang, geheel weggenomen. Dit kan in Nederland volgens de Wet Bopz alleen om gevaar in het kader van een psychiatrische stoornis af te wenden - voor de patiënt zelf of voor anderen.

Bij *dwang* in de ggz wordt iemand tegen zijn of haar wil opgenomen in een psychiatrisch ziekenhuis of krijgt deze een vrijheidsbeperkende maatregel opgelegd tijdens het proces van opnemen of tijdens het verblijf in de instelling. Dat kan bijvoorbeeld nodig zijn bij agressie jegens derden, suïcidaliteit of ernstige verwaarlozing.

Drang (bijvoorbeeld bemoeizorg) is minder ingrijpend dan dwang. Bij drang behoudt de patiënt keuzevrijheid, maar sommige keuzeopties worden aantrekkelijk of juist onaantrekkelijk gemaakt, of aan bepaalde voorwaarden verbonden. Vaak betekent dit een keuze tussen twee kwaden (bijvoorbeeld medicatie accepteren of een gedwongen opname). Drang beperkt net als dwang iemands vrijheid, maar laat de patiënt nog ruimte en vormt niet per se een inbreuk op de relatie met de hulpverlener.

De nadruk van de module ligt op het zoveel mogelijk voorkomen en beperken van dwang. Zorgverleners werken bij het voorkomen en uitvoeren van dwangmaatregelen onderling samen, en ook zoveel mogelijk samen met de patiënt, naasten en andere betrokkenen rondom de patiënt. De module is een aanvulling op de [Multidisciplinaire richtlijn Dwang en drang in de ggz](#). Forensische psychiatrie, ouderenpsychiatrie of kinder- en jeugdpsychiatrie blijven buiten beschouwing in de module.

Modellen van zorg voor het voorkomen van dwang

Bij het voorkomen van dwang wordt de (intensiteit van de) zorg afgestemd op de zorgbehoeften van

de patiënt. De meeste zorg wordt ambulant in de thuissituatie verleend. Om een gedwongen opname te voorkomen, wordt de zorg in de ambulante setting versterkt en wordt eventueel gebruik gemaakt van drang (onderhandelen/overhalen). Zo nodig vindt intensivering plaats volgens of in aansluiting op de modellen (Flexible) Assertive Community Treatment ((F)ACT), Intensive Home Treatment (IHT) en High en Intensive Care (HIC) (zie ook de [generieke module Acute psychiatrie](#)).

2.1.2 Patiëntenperspectief

Patiënten en naasten ervaren dwangmaatregelen vaak als schokkend, ingrijpend en traumatiserend. Bij de beoordeling of een dwangmaatregel geëigend is in de hulpverlening gaat het zowel om de juridische als de ethische aanvaardbaarheid van toepassing. Het uitgangspunt dient te zijn dat dwang alleen kan plaatsvinden als voldaan is aan de criteria van de Wet Bopz, als dwang onvermijdelijk is en getoetst is aan drie principes:

1. subsidiariteit (er is geen minder ingrijpend middel beschikbaar);
2. proportionaliteit (het middel staat in verhouding tot het doel);
3. doelmatigheid (het middel is effectief).

De behandelaar moet daarbij gevaar of ernstige schade voor patiënt of anderen afwenden respectievelijk voorkomen. Dwang wordt als uiterste middel en inbreuk op iemands autonomie zoveel mogelijk vermeden, ook in het belang van het vertrouwen tussen patiënt en hulpverlener. Preventie van dwang is steeds het uitgangspunt. Waar het kan, sluiten zorgverleners met uitvoering, communicatie en bejegening aan bij de wensen en belevingswereld van de patiënt. Patiënten en zorgverleners werken samen aan crisis- en signaleringsplannen en aan de evaluatie van de (dwang) behandeling. Ervaringsdeskundigen brengen het perspectief van de patiënt in tijdens de dagelijkse zorgverlening en dragen ertoe bij dat de patiënt zich sneller en beter begrepen voelt.

Patiënten benadrukken dat dwang pas een optie moet zijn als alle alternatieven (motiverende gespreksvoering, intensief contact en desnoods drang) onvoldoende effect hebben. Samenwerking en communicatie (met patiënten en naasten en tussen deskundige professionals in de keten) vinden zij essentieel om de kwaliteit van zorg tijdens dwang te waarborgen. Zij hechten aan toetsbare rapportage en registratie van het proces (preventie, indicatie en uitvoering) met ketenpartners en aan zorgvuldige evaluatie achteraf met alle betrokkenen.

2.1.3 Kernelementen van goede zorg

Preventie

Onder preventie vallen in de ambulante en de klinische setting behandelingen, behandel- en bejegeningswijzen, maatregelen en beleid gericht op het voorkomen van dwangopname of dwangtoepassingen tijdens een opname. Patiënt en naasten participeren daarin zoveel mogelijk. De focus ligt op een respectvolle en herstelgerichte bejegening, het maken of aanpassen van een (crisis)signaleringsplan en risicotaxatie. *Indicatie en besluitvorming*

De Wet BOPZ beschrijft de indicatie voor toepassing van dwang, de te doorlopen procedures en de rechten van de patiënt bij dwangbehandeling. Het gevaarscriterium staat centraal, de vaststelling van een psychische stoornis in het kader van gevaar is de expertise van de psychiater. Gevaar is het

risico dat een bepaald onheil zich voordoet. Bij de beoordeling wordt gelet op de mate van waarschijnlijkheid en op de ernst van de gevolgen als het onheil zich voor zou doen.

Tijdens de dwangopname kunnen drie typen dwangmaatregelen toegepast worden:

1. dwangbehandelingen waarbij altijd sprake moet zijn van een behandelingsplan;
2. middelen of maatregelen niet gericht op behandeling maar in geval van een noodsituatie gericht op het direct wegnemen van gevaar;
3. enkele specifiek omschreven vrijheidsbeperkingen, zoals maatregelen gericht op het beperken van de bewegingsvrijheid van de patiënt om schade aan de gezondheid of verstoring van orde in het ziekenhuis te voorkomen. Voorbeelden: fixatie, separatie of afzondering, het toedienen van vocht of voeding en het toedienen van medicatie, of onder dwang uitvoeren van interventies zoals verzorging, controle (van persoon of de kamer) op alcohol, drugs of scherpe voorwerpen, medische controle en het beperken van bezoek.

Bij de indicatie en uitvoering van dwangtoepassingen tijdens een opname worden de wensen en voorkeuren van de patiënt waar mogelijk gevolgd, tenzij deze niet effectief zijn om het gevaar af te wenden. Daarnaast moet de behandelaar doen wat in de gegeven situatie het best toepasbaar en meest effectief geacht wordt.

Behandeling en begeleiding

De dwang wordt zorgvuldig uitgevoerd: volgens het behandelingsplan en zoveel mogelijk volgens de voorkeuren van de patiënt, onder maximale veiligheid voor alle betrokkenen en met actief informeren en betrekken van naasten, mits de patiënt hierin toestemt.

Monitoring, evaluatie en terugvalpreventie

Dwangtoepassingen zijn tijdelijk. Er wordt beargumenteerd een termijn afgesproken waarop getoetst wordt of de maatregel kan worden beëindigd, in relatie tot de doelen per individuele patiënt. Maatregelen als separatie, afzondering en fixatie worden dagelijks getoetst. Om hernieuwde toepassing van dwang te voorkomen, is het essentieel om de uitvoering met de patiënt en naasten en met betrokken zorgverleners (team) onderling te evalueren. Aan de hand van rapportages, evaluaties en reflectie op het eigen handelen kunnen behandelingsplannen en (crisis)signaleringsplannen worden aangepast om dwangtoepassingen in de toekomst zoveel mogelijk te voorkomen.

2.1.4 Herstel, participatie en re-integratie

Klinische behandeling vormt in principe een intermezzo in een ambulante behandeling. Het voorkomen van dwang - of ernstiger vormen van dwang - begint tijdens de ambulante behandeling, door te reageren op risicosignalen en tijdig zo licht mogelijk doelmatig in te grijpen. Drang verdient daarbij de voorkeur boven dwang.

Gedwongen opgenomen patiënten verkeren vaak in een crisissituatie met een groot risico op gevaar (en schade) voor zichzelf en/of voor anderen. Toepassing van de presentiebenadering en samenwerking met ervaringsdeskundigen en naasten zijn belangrijk voor een herstelgericht behandelklimaat. Hervinden van veiligheid, stabilisatie en autonomie zijn belangrijke doelen die

bijdragen aan participatie en re-integratie, net als een zoveel mogelijk naadloze aansluiting tussen de klinische en ambulante setting. Bijvoorbeeld door het voortzetten van een (crisis)signaleringsplan of het nu klinisch of ambulant is opgezet.

2.1.5 Organisatie van zorg

Samenwerking en behandelklimaat

De bij dwangtoepassingen betrokken zorgverleners zijn de geneesheer-directeur, de regiebehandelaar, de psychiater, de verpleegkundige, de GZ-psycholoog of klinisch psycholoog, de verpleegkundig specialist ggz, de vaktherapeut / activiteitenbegeleider, de ervaringsdeskundige, de patiëntenvertrouwenspersoon en de familievertrouwenspersoon. Hun verantwoordelijkheden zijn per instelling geregeld in [het kwaliteitsstatuut](#).

Goede organisatie van zorg tijdens dwang en drang vraagt allereerst om goede samenwerking tussen alle betrokkenen, waarbij de zorgverlener die daartoe het best is uitgerust en de meest doelmatige zorg kan bieden, de zorg levert. Het behandelteam werkt in een herstelgericht behandelklimaat nauw samen met patiënt en diens naasten. Met regels, afspraken en regelmatig overleg biedt het team goede zorg, met aandacht voor bescherming en veiligheid van zowel patiënt als medewerkers. De regels mogen daarbij niet de overhand hebben, het contact tussen zorgverlener en patiënt is het belangrijkste.

Competenties

Goede, humane en veilige zorg bij dwang vraagt verschillende competenties van het team van betrokken zorgverleners. Behalve om de relevante evidence-based en practice-based kennis rond dwang en drang (juridisch, moreel) gaat het ook om contact leggen, bejegening vanuit een gelijkwaardige, respectvolle en gastvrije houding en vaardigheden rond risicotaxatie, de-escalatie, stresshantering, rapportage en reflectie. Zorgverleners kennen de grenzen van hun deskundigheid en vullen elkaars expertise aan om tot een geïntegreerde en doelmatige behandeling te komen.

Ketensamenwerking

Preventie van dwangtoepassingen door vroegsignalering en de-escalatie vraagt om sterke ambulante teams (FACT, IHT) en een ambulante crisisdienst die gericht werkt om opname te voorkomen. Zo nodig moet intensivering snel mogelijk zijn (ACT-zorg bij FACT, IHT bij kortdurende zorg, deeltijdbehandeling, time-out of respijthuis). De opbouw van een soepele ketensamenwerking vraagt om goede relaties en werkafspraken met opvang- en welzijnswerk, politie en andere (derde maatschappelijke) organisaties vanuit de ambulante teams. Binnen de keten is het bieden van continuïteit van zorg het doel. Tijdens een opname blijft de ambulante behandelaar leidend.

Bij opname vindt binnen 24 uur een zorgafstemmingsgesprek plaats tussen de patiënt, diens naasten, de ambulante behandelaar en de klinische behandelaar.

Evaluatie van kwaliteit van zorg

Door periodiek de landelijk verzamelde cijfers (Argus) over toepassen van dwangmaatregelen te bespreken, ontstaat er bewustzijn op een afdeling over hoe vaak men wat voor soort dwangmaatregelen toepast. Dit kan aanleiding zijn om het beleid tegen het licht te houden of te

reflecteren op de cultuur rond het toepassen van dwang. Met name door reflectie op het eigen handelen kunnen professionals leren van de ervaringen van de patiënt en van de eigen ervaringen. Dat vraagt wel om een teamcultuur en een attitude die waarde hechten aan evalueren en het leren van fouten; om een verankering van evaluatie in het dagelijks handelen.

3. 1. Inleiding

Autorisatiedatum 21-02-2019 Beoordelingsdatum 21-02-2019

3.1 1.1 Dwang en drang in de ggz

Dwang en drang zijn vormen van beïnvloeding waarmee beoogd wordt iemand iets te laten ondergaan of tot bepaald handelen of nalaten aan te zetten. Kenmerkend voor dergelijke vormen van beïnvloeding is dat de keuzevrijheid wordt ingeperkt. Volgens de Wet Bopz kan dwang enkel toegepast worden ter afwending van gevaar in het kader van een psychiatrische stoornis.

In deze module ligt de nadruk op het toepassen van dwang. Dat is enerzijds ingegeven door de ernst van dwang, in vergelijking met drang. Drang is minder ingrijpend, en kan zelfs positief zijn, als het daarmee lukt dwang te voorkomen. Anderzijds is er over de toepassing van drang minder bekend. Gegevens over dwang bieden wel aanknopingspunten voor het zorgvuldig omgaan met drang. Zo vereist ook het toepassen van drang zorgvuldige afweging, en dient drang waar mogelijk vermeden te worden. Daarom wordt in deze module in brede zin gesproken over omgaan met dwang en drang.

3.1.1 Dwang

Bij toepassing van dwang worden handelingsalternatieven uitgesloten. Er is geen sprake meer van enige keuzevrijheid. Dwang in de ggz is op dit moment in Nederland geregeld via de Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Wet Bopz). De Wet Bopz regelt gedwongen opname en gedwongen behandeling van mensen die lijden aan een psychische stoornis.

We spreken van dwang wanneer iemand tegen zijn of haar wil wordt opgenomen in een psychiatrisch ziekenhuis, of als er een vrijheidsbeperkende maatregel wordt opgelegd tijdens het proces van opnemen of tijdens het verblijf in de instelling. Het toepassen van dwang is gericht op het afwenden van gevaar voor de patiënt zelf of voor anderen. Hierbij kan gedacht worden aan agressie jegens derden, suïcidaliteit of ernstige verwaarlozing. Dwangmaatregelen zijn voor patiënten, naasten en hulpverleners vaak schokkende gebeurtenissen. Beoordeling van dwang in de hulpverlening dient af te hangen van zowel de juridische als de ethische aanvaardbaarheid van de toepassing ervan. Het uitgangspunt dient te zijn dat dwang alleen kan plaatsvinden als voldaan is aan de criteria van de Wet Bopz, als dwang onvermijdelijk is en getoetst is aan de principes van subsidiariteit (er is geen minder ingrijpend middel beschikbaar), proportionaliteit (het middel staat in verhouding tot het doel) en doelmatigheid (het middel is effectief). De behandelaar moet daarbij gevaar of ernstige schade voor patiënt of anderen afwenden respectievelijk voorkomen.

Gedwongen opname

Volgens de Wet BOPZ kan alleen de Officier van Justitie een verzoek indienen bij de rechter om een machtiging. In geval van een noodsituatie kan ook de burgemeester daartoe tijdelijk beslissen. De Officier en burgemeester worden vaak door een ggz-medewerker gewezen op het dreigende gevaar uitgaande van een persoon met een stoornis. Indien een ggz-medewerker of een ander persoon die

meent dat een gedwongen opname is noodzakelijk is, dan zal deze persoon moeten beargumenteren waarom de onderhavige stoornis relevant is voor toepassing van de Wet Bopz. Vaststelling van een psychische stoornis in het kader van gevaar (dat kan leiden tot toepassing van) dwang en drang is de expertise van de psychiater. De diagnose die de psychiater als deskundige in het kader van de Wet Bopz moet vaststellen, mag men echter niet gelijkstellen aan de diagnose die men bijvoorbeeld in de klinische praktijk of in wetenschappelijk onderzoek moet stellen. De stoornis is pas relevant voor toepassing van de Wet Bopz als deze 'betrokkene gevaar doet veroorzaken' en het gevaar niet op andere wijze is af te wenden. Gevaar kan worden omschreven als: het risico dat een bepaald onheil zich voordoet. Bij de beoordeling van gevaar moet zowel worden gelet op de mate van waarschijnlijkheid dat het onheil zich zal voordoen, als op de schadelijke gevolgen indien het gevreesde onheil zich inderdaad openbaart. Om tot een dwangopname over te gaan is het niet een vereiste dat het dreigende onheil zich ook daadwerkelijk voordoet. Het is essentieel dat het gevaar veroorzaakt wordt door de psychische stoornis. In hoofdstuk 5, paragraaf 4 van de MDR

Bron: Haan, de L., Bikker, O.J., Hoeven, van der C., Hoop, de I. (2017). Multidisciplinaire richtlijn dwang en drang. Utrecht: de Tijdstroom.

staat meer informatie over gevaar.

Drie typen dwangmaatregelen

De Wet Bopz kent onder de dwangopname drie typen dwangmaatregelen:

1. de dwangbehandelingen waarbij altijd sprake moet zijn van een behandelingsplan
2. de middelen of maatregelen niet gericht op behandeling maar in geval van een noodsituatie gericht op het direct wegnemen van gevaar
3. enkele specifiek omschreven vrijheidsbeperkingen, zoals maatregelen gericht op het beperken van de bewegingsvrijheid van de patiënt om schade aan de gezondheid, of verstoring van orde in het ziekenhuis te voorkomen.

Verschillende dwangtoepassingen

In de Wet Bopz wordt onderscheid gemaakt worden tussen verschillende dwangtoepassingen. Het betreft vrijheidsbeperkende interventies (fixatie, separatie of afzondering), het toedienen van vocht of voeding en het toedienen van medicatie. Deze interventies kunnen plaatsvinden in een noodsituatie of in het kader van een dwangbehandeling. In de praktijk bestaan meerdere interventies die onder dwang worden uitgevoerd zoals verzorging onder dwang, controle (van de persoon of de kamer) op alcohol, drugs of scherpe voorwerpen, medische controle en het beperken van bezoek onder dwang. In deze GM zal ingegaan worden op de meest voorkomende dwangtoepassingen en worden de definities overgenomen uit het Argusregistratiesysteem en uit de MDR.

Bron: Haan, de L., Bikker, O.J., Hoeven, van der C., Hoop, de I. (2017). Multidisciplinaire richtlijn dwang en drang. Utrecht: de Tijdstroom.

Hieronder zullen deze dwangtoepassingen kort toegelicht worden. Voor beschrijvingen van weten-schappelijke evidentie van verschillende toepassingen kunt u hoofdstuk 2 en 7 van de MDR raadplegen. Meer informatie over indicatie en uitvoering van specifieke dwangtoepassingen staat in hoofdstuk [Indicatie van dwangtoepassingen](#).

Separatie

Separeren is het insluiten van een patiënt in een speciaal daarvoor bestemde afgesloten en door de minister als separeerverblijf goedgekeurde ruimte; sinds enkele jaren wordt hiervoor ook wel de term Extra Beveiligde Kamer (EBK) gehanteerd. De separeer is een speciaal daarvoor ingerichte kamer, met matras of vastgeklonken bed en veelal zonder meubilair. Separatie dient zeer terughoudend te worden toegepast. De risico's op schadelijke bijwerkingen van separatie zoals angst en stressgevoelens, zijn aanzienlijk. Ook in het kader van veiligheid dient separatie zoveel mogelijk te worden vermeden en moet er gezocht worden naar alternatieven om het gevaar af te wenden.

Afzondering

Afzondering is het voor verzorging, verpleging en behandeling insluiten in een speciaal daarvoor bestemde afzonderingskamer. Een afzonderingskamer is over het algemeen een kale eenpersoonskamer met alleen een bed, soms ook met een tafel, een stoel, een kledingkast en een heel enkele keer een wasgelegenheid. Afzondering mag niet plaatsvinden op de 'eigen' slaapkamer.

Fixatie

Fixatie is het beperken van een patiënt in zijn bewegingsmogelijkheden, hetzij door toepassing van mechanische hulpmiddelen (fixatie in enge zin), hetzij door fysiek vasthouden (holding). Fixatie heeft de intentie dat de patiënt zijn/haar plaats niet kan verlaten of bepaalde ledematen niet kan bewegen. Met mechanische hulpmiddelen zoals riemen, banden, gordels wordt hij/zij vastgebonden in een stoel of een bed, of door middel van hekken, transparante schotten of tentbed vastgebonden of beperkt in de bewegingsmogelijkheden in een bed. Holding is het vasthouden van een patiënt door één of meerdere hulpverleners.

Fixatie met middelen (vastbinden) van patiënten in geval van noodsituaties zal zoveel mogelijk vermeden worden, vanwege het gevaar van ernstige beschadiging en het risico op traumatisering van de patiënt door de gebruikte middelen. Holding is een techniek van veilig fysiek ingrijpen, die tijdens een escalatie kan worden toegepast. Bij holding zijn meerdere medewerkers betrokken die de patiënt op de buik liggend vasthouden. Essentieel is dat bij holding contact met de patiënt behouden blijft en dat respect wordt getoond. Holding kan alleen worden toegepast door professionals die hierin geschoold zijn.

Toedienen van vocht en/of voeding onder dwang

Het onder dwang toedienen van vocht en/of voeding is een maatregel die onder extreme en vaak

complexe omstandigheden wordt toegepast; het gaat om situaties waarin de patiënt uitgedroogd of ondervoed dreigt te raken en de gezondheid van de patiënt dus acuut gevaar loopt. Het gedwongen toedienen van vocht of voeding kan (onder omstandigheden) een levensreddende handeling zijn. Daar komt bij dat het soms moeilijk vast te stellen kan zijn of de patiënt wilsbekwaam dan wel wilsonbekwaam is in zijn keuze om niet te eten of te drinken. Vanwege het somatische karakter van zowel de dwangtoepassing als het gezondheidsgevaar, kunnen er argumenten bestaan om deze dwangtoepassing onder de Wet Geneeskundige Behandelings Overeenkomst (WGBO) uit te voeren, in plaats van onder de Wet Bopz. In deze GM zal echter niet verder ingegaan worden op dwang onder de WGBO.

Medicatie

Bij medicatie als dwangtoepassing gaat het om medicatie die gedwongen aan de patiënt wordt toegediend eventueel via injectie of infuus. Medicatie als dwangtoepassing kan enerzijds plaatsvinden in een noodsituatie (noodmedicatie). Bij een dwangopname of in de kliniek kunnen noodsituaties ontstaan die om onmiddellijk ingrijpen vragen ter afwending van gevaar of schade. Artikel 39 van de Wet Bopz geeft de wettelijke bepalingen om dwangmaatregelen toe te passen ter overbrugging van de noodsituatie. Anderzijds kan medicatie als dwangtoepassing worden gehanteerd in het kader van behandeling. Hierbij dient de toepassing plaats te vinden volgens de richtlijnen met betrekking tot de betreffende stoornis en opgenomen te zijn in het behandelingsplan.

Voor meer informatie met betrekking tot de effectiviteit van verschillende soorten dwangtoepassingen kan hoofdstuk 7 van de MDR Dwang en Drang geraadpleegd worden.

3.1.2 Drang

Zoals eerder beschreven is dwang het uiterste middel om gevaar ten gevolge van een psychische stoornis tegen te gaan. Dwang dient zoveel mogelijk te worden vermeden, om de autonomie van de patiënt te respecteren en de relatie en het wederzijds vertrouwen tussen patiënt en hulpverlener niet op het spel te zetten. Drang is minder ingrijpend dan dwang. Bij drang behoudt de patiënt keuzevrijheid, maar sommige keuzeopties worden aantrekkelijk of juist onaantrekkelijk gemaakt, of aan bepaalde voorwaarden verbonden. Vaak betekent dit een keuze tussen twee kwaden (bijvoorbeeld medicatie accepteren of een gedwongen opname). Drang belemmert dus ook de keuzevrijheid en is dus een vrijheidsbeperkende maatregel, maar geeft meer ruimte aan de patiënt en is niet zonder meer een inbreuk op de relatie met de hulpverlener.

Drang is enerzijds een inperking van autonomie, aangezien de patiënt niet de volledige keuzevrijheid wordt gelaten. Anderzijds kan drang worden ingegeven door het streven om autonomie te behouden en te vergroten. Drang kan erop gericht zijn een verslechtering van de situatie met een toenemend risico op dwang te voorkomen. Bovendien kan drang ertoe bijdragen het vermogen van de patiënt om richting te geven aan zijn of haar leven te versterken. Drang vereist een betrokkenheid bij de patiënt en het aanspreken van de patiënt (ook al is het beperkt) op zijn of haar eigen verantwoordelijkheid. Dit wordt ook wel inmenging met compassie genoemd.

Een belangrijke vorm van drang is bemoeizorg. Deze vorm van zorg kent verschillende gradaties van bemoeienis: van zich beschikbaar stellen en informeren, via adviseren, onderhandelen, overhalen en onder druk zetten, tot overnemen en dwingen. Deze gradaties zijn relevant voor het handelen rond

dwang en drang. Bij voorkeur is behandeling vrijwillig en zorgt de hulpverlener ervoor zich beschikbaar te stellen, te informeren en waar nodig te adviseren (eigen verantwoordelijkheid van de patiënt). Als dat niet mogelijk is dient de hulpverlener eerst te proberen om via drang te behandelen, en dit kan betekenen dat de hulpverlener onderhandelt met de patiënt, de patiënt probeert over te halen en eventueel meer onder druk te zetten (gedeelde verantwoordelijkheid). Als dit allemaal niet lukt dan is het behandelen onder dwang een overweging (plaatsvervangende verantwoordelijkheid). Bij bemoeizorg is de WGBO het juridisch kader. Dat houdt in dat dwang enkel mogelijk is bij wilsonbekwaamheid en ernstig nadeel voor de patiënt. In dit geval dient een wettelijke vertegenwoordiger toestemming te geven. Ontbreekt die toestemming, dan kan de behandelaar eventueel ingrijpen op basis van goed hulpverlenerschap. Hier moet terughoudend mee worden omgegaan.

3.2 1.2 Doelstelling

Doelstelling van de Generieke Module Dwang en Drang is het geven van concrete aanbevelingen en handvatten aan zorgprofessionals en het bieden van informatie aan patiënten en naasten betreffende dwang en drang. Er wordt aandacht geschonken aan preventie, besluitvorming, uitvoering, en evaluatie tijdens opname en behandeling in de ggz gericht op het bevorderen van herstel van de patiënt.

De module is zodanig opgebouwd dat hij in te passen is in bestaande zorgstandaarden en protocollen binnen de gespecialiseerde ggz (S GGz) en generalistische basis ggz (GB GGz). De module is flexibel opgesteld, zodat ingespeeld kan worden op specifieke casuïstiek. De nadruk ligt op algemene kaders gericht op voorkomen en beperken van dwang en het bieden van goede zorg, aansluitend op het perspectief van patiënt en naast-betrokkenen. Concrete invulling van deze kaders vereist reflectie op en overleg over de specifieke situatie.

3.3 1.3 Doelgroep

De Generieke Module is geschreven voor professionals in de ggz die betrokken zijn bij de preventie van, de besluitvorming over en de toepassing van dwang en drang in de ggz in Nederland. De professionals werken bij activiteiten inzake voorkomen en uitvoeren van dwangmaatregelen onderling samen en zij werken ook zo veel mogelijk samen met de patiënt, ouder(s)/verzorger(s) en andere betrokkenen rondom de patiënt. Daarom is de module ook bedoeld voor de patiënt en zijn directe omgeving, om hen van informatie te voorzien over dwang en drang in de behandeling.

3.4 1.4 Uitgangspunten

De inhoud van de Generieke Module is gebaseerd op de recent verschenen multidisciplinaire richtlijn Dwang en Drang, aangevuld met literatuuronderzoek. De Generieke Module wordt geschreven in het kader van de Wet Bopz.

4. 2. Patiëntenperspectief

Autorisatiedatum 21-02-2019 Beoordelingsdatum 21-02-2019

4.1 2.1 Wensen en ervaringen van patiënten

Wensen en ervaringen bij dwangopname

Wensen en ervaringen van patiënten rond dwangopname zijn sterk wisselend. Een krappe meerderheid van de patiënten ervaart deze interventie uiteindelijk (na afloop van de opname) als positief.

Bron: Katsakou, C., & Priebe, S. (2006). Outcomes of involuntary hospital admission: A review. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 114, 232-241.

48% van de patiënten kijkt negatief op de dwangopname terug. Patiënten met een dwangopname zijn minder tevreden over de behandeling dan patiënten die vrijwillig opgenomen waren en vonden de opname minder nodig.

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

Als het gaat om dwangopname komen de volgende thema's bij patiënten naar voren:

- bezorgdheid over schendingen van de autonomie;
- lage kwaliteit van de behandeling;
- de impact op het gevoel van eigenwaarde.

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

Bron: Katsakou, C., & Priebe, S. (2006). Outcomes of involuntary hospital admission: A review. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 114, 232-241.

Wensen en ervaringen bij vrijheidsbeperkende interventies

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

Bron: Hoekstra, T., Lendemeijer, H.H.G.M. & Jansen, M.G.M.J. (2004). Seclusion: the inside story. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 11, 276 -83.

In een recente review van kwalitatief onderzoek naar de ervaringen van patiënten rondom dwangmaatregelen kwamen de volgende thema's naar voren: gevoelens van inbreuk/schending, gebrek aan respect, niet door hun artsen worden gehoord, verlies van menselijke waardigheid door ontbreken van normale menselijke interactie en door isolatie.

Bron: Newton-Howes, G., & Mullen, R. (2011). Coercion in psychiatric care: Systematic review of correlates and themes. *Psychiatric Services*, 62, 465-470.

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

Bron: Grassian, S. & Friedman, N. (1986). Effects of Sensory Deprivation in Psychiatric Seclusion and Solitary Confinement. *International Journal of Law and Psychiatry*, 8, 49-65.

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

Bron: Grassian, S. & Friedman, N. (1986). Effects of Sensory Deprivation in Psychiatric Seclusion and Solitary Confinement. *International Journal of Law and Psychiatry*, 8, 49-65.

Net zoals bij dwangopname keken na verloop van tijd sommige patiënten positiever terug op de dwangmaatregelen.

Bron: Newton-Howes, G., & Mullen, R. (2011). Coercion in psychiatric care: Systematic review of correlates and themes. *Psychiatric Services*, 62, 465-470.

Het contact en de communicatie met hulpverleners zijn van belang als het gaat om de beleving van separatie.

Bron: Hoekstra, T., Lendemeijer, H.H.G.M. & Jansen, M.G.M.J. (2004). Seclusion: the inside story. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 11, 276 -83.

Vrouwelijke patiënten staan negatiever tegenover dwangmaatregelen dan mannen.

Bron: Whittington, R., Bowers, L., Nolan, P., Simpson, A., & Neil, L. (2009). Approval ratings of inpatient coercive interventions in a national sample of mental health service users and staff in England. *Psychiatric Services*, 60, 792-798.

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

Bron: Georgieva, I., Mulder, C.L., & Noorthoorn, E. (2013). Reducing seclusion through involuntary medication: A randomized clinical trial. *Psychiatry Research*, 205, 48-53.

Er is er geen bewijs voor een mogelijk therapeutisch effect van dwang zoals bijvoorbeeld een afname van agitatie of agressie.

Bron: Fisher, W.A. (1994). Restraint and seclusion: A review of the literature. *American Journal of Psychiatry*, 151(11), 1584–1591. Lendemeijer, B. & Shortridge-Baggett, L. (1997). The use of seclusion in psychiatry: A literature review. *Scholarly Inquiry for Nursing Practice*. 11, 299-315. Prinsen, E.J.D. & Van Delden, J.J.M. (2009). Can we justify eliminating coercive measures in psychiatry? *Journal of Medical Ethics*, 35, 69–73.

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

Bron: Nelstrop, L., Chandler-Oatts, J., Bingley, W., Bleetman, T., Corr, F., Cronin-Davis, J. (2006). A systematic review of the safety and effectiveness of restraint and seclusion as interventions for the short-term management of violence in adult psychiatric inpatient settings and emergency departments. *Worldviews Evidence Based Nursing*, 3, 8-18

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

Bron: Georgieva, I., Mulder, C.L., & Noorthoorn, E. (2013). Reducing seclusion through involuntary medication: A randomized clinical trial. *Psychiatry Research*, 205, 48-53.

4.2 2.2 Kwaliteitscriteria vanuit patiëntenperspectief

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

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

In het kader van het onderzoek naar ethische aspecten van ambulante dwang werden kwaliteitscriteria ontwikkeld voor ambulante dwang (bijlage 1). Deze kwaliteitscriteria zijn ook van toepassing op dwang in de kliniek en worden derhalve in de GM opgenomen. Deze kwaliteitscriteria zijn in te delen in de volgende thema's: algemeen, preventie, indicatie, uitvoering, en reportage en evaluatie:

Algemeen

1. Besef dat dwang het uiterste middel dient te zijn. Overweeg eerst alle vrijwillige alternatieven.
2. Samenwerking met patiënt en naasten is essentieel om kwaliteit van zorg te waarborgen
3. Samenwerking met partners in de zorgketen is essentieel om kwaliteit van zorg rondom dwang te waarborgen.
4. Dwang vereist grote deskundigheid van zorgverleners. Zij hebben kennis van de relevante wet- en regelgeving en van mogelijke alternatieven.

Preventie

1. Probeer dwang te voorkomen, bijvoorbeeld met motiverende gespreksvoering en intensief contact met de patiënt en zijn naasten. Tevens kan drang ingezet worden om dwang te voorkomen. Wees je ervan bewust dat dwang enerzijds een grote impact heeft op hun leven en

anderzijds schade kan voorkomen.

2. Neem indien aanwezig kennis van eerdere rapportage en evaluatie rondom dwang bij deze patiënt. Bespreek waar nodig het signaleringsplan, WRAP of crisiskaart met de patiënt.

Indicatie

1. De psychiater is verantwoordelijk voor de indicatiestelling van dwang;
2. Het behandelingsplan dient het uitgangspunt te zijn bij dwang. Neem de voorkeuren van de patiënt rondom dwang en drang op in het behandelingsplan. Bij nieuwe patiënten dient een behandelingsplan aangemaakt te worden.
3. Besteed aandacht aan het contact en communicatie met patiënt en de naasten. Het belang van de patiënt staat voorop.
4. Informeer bij de indicatie van dwang naasten actief en vraag naar hun voorkeuren en mogelijkheden, binnen de wet- en regelgeving.
5. Signaleer wat nodig is in de (individuele) situatie van de patiënt. Dwang moet voldoen aan de criteria van subsidiariteit (er is geen minder ingrijpend middel beschikbaar), proportionaliteit (het middel staat in verhouding tot het doel) en doelmatigheid (het middel is werkzaam).

Uitvoering

1. Bij uitvoering van dwang wordt gehandeld volgens het behandelingsplan. Volg hierbij zoveel mogelijk de voorkeuren van de patiënt.
2. Zorg bij de uitvoering van dwang voor maximale veiligheid voor alle betrokken partijen.
3. Bij uitvoering van dwang is het belangrijk om naasten actief te informeren en te vragen naar hun wensen en mogelijkheden, binnen het kader van de wet- en regelgeving.

Rapportage en evaluatie

1. Zorg voor toetsbare rapportage en registratie van het gehele proces (preventie, indicatie en uitvoering) met de ketenpartners.
2. Evalueer de dwang achteraf zorgvuldig met patiënt en naasten. Reflecteer op de situatie: met welk doel is de dwang toegepast, heeft de dwang zijn doel bereikt, wat waren de ervaringen van de patiënt en de naasten en hoe kunnen dergelijke situaties in de toekomst voorkomen worden? Pas op basis van deze evaluatie en reflectie eventueel het behandelingsplan aan.
3. Evalueer de dwang met de betrokken zorgverleners en ketenpartners, waarbij er zowel gereflecteerd wordt op de ervaringen van de patiënt en zijn naasten als op het gehele proces van zorg (preventie, indicatie en uitvoering van de verplichte zorg).

5. 3. Zorg rondom dwang en drang

Autorisatiedatum 21-02-2019 Beoordelingsdatum 21-02-2019

5.1 3.1 Inleiding

5.1.1 Modellen van goede zorg

Om dwang te voorkomen is matched care van belang. Dit betekent dat de zorg zoveel mogelijk ambulant plaatsvindt en pas wordt geïntensiveerd als hier noodzaak voor is. Dit impliceert dat een aanzienlijk deel van de zorg wordt verleend in de thuissituatie van de patiënt. Het intensiveren van zorg vindt plaats volgens de modellen (Flexible) Assertive Community Treatment ((F)ACT), Intensive Home Treatment (IHT) en High en Intensive Care (HIC). Om een gedwongen opname te voorkómen, wordt de zorg in de ambulante setting versterkt en wordt eventueel gebruik gemaakt van drang (onderhandelen/ overhalen). Volgens de beginselen van matched care wordt de zorg afgestemd op de individuele patiënt en ligt de focus op de intensiviteit van zorg die past bij de zorgbehoeften. De intensivering van zorg sluit aan op de (F)ACT-, IHT- en HIC-modellen (zie ook de generieke module Acute psychiatrie). Zie bijlage 2 voor een beschrijving van de afzonderlijke modellen en de rol van reductie van dwangtoepassingen binnen het beschreven model.

5.2 3.2 Preventie van dwang

Onder preventie vallen handelingen, behandel- en bejegeningswijzen, maatregelen en beleid, zowel gericht op het voorkomen van dwangopname als op het voorkomen van dwangtoepassingen tijdens een opname. In deze paragraaf worden verschillende preventiemogelijkheden behandeld. De focus ligt hierbij op participatie van de patiënt, bejegening, participatie van naasten, het signaleringsplan en risicotaxatie.

Uitgangspunt bij de preventie van dwangtoepassingen is dat er gedurende het gehele proces van zorg maatregelen worden genomen die gericht zijn op het voorkomen van dwang. Dit betekent dat preventiemaatregelen niet alleen gericht zijn op de klinische setting, maar juist ook op de ambulante setting. Als toepassing van dwang wordt overwogen, moet altijd worden nagegaan of er andere, minder ingrijpende, manieren zijn om het schadelijk gedrag te hanteren of te voorkomen.

5.2.1 Participatie van de patiënt

Het perspectief van de patiënt staat centraal in de preventie van dwang. Daar waar mogelijk wordt aangesloten bij de wensen en belevingswereld van de patiënt. Zorgverleners dienen daarmee rekening te houden in de wijze van bejegening van de patiënt. Daarnaast wordt met de patiënt gewerkt aan crisisplannen, signaleringsplannen en de evaluatie van de (dwang) behandeling en worden criskarten en signaleringsplannen op basis daarvan aangepast ([zie ook de generieke module Acute psychiatrie](#)). Ervarensdeskundigen brengen het patiëntenperspectief in tijdens de dagelijkse zorgverlening en kunnen zich vaak goed inleven in de patiënt, waardoor deze zich sneller

en beter begrepen voelt.

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

Op teamniveau wordt nagegaan wat de impact is van het gedrag van de patiënt op het team, hoe het team hiermee omgaat en hoe de samenwerking met de patiënt vorm krijgt. Indien de samenwerking met patiënt niet tot stand komt omdat die de noodzaak van hulp niet inziet, kan drang, bij voorbeeld in de vorm van bemoeizorg, een goede mogelijkheid bieden om deze samenwerking alsnog tot stand te brengen teneinde toepassing van dwang te voorkomen (zie ook de [generieke module Ernstige psychiatrische aandoeningen](#)).

5.2.2 Participatie van naastbetrokkenen

Naastbetrokkenen kennen de patiënt goed en kunnen waardevolle informatie geven. Daarnaast kunnen zij richting geven aan een relevant perspectief voor de patiënt. Bij minderjarige patiënten tot 16 jaar is het betrekken van ouders/verzorgers noodzakelijk, zij moeten mede toestemming geven voor behandeling, en het behandelteam trekt in de meeste gevallen samen met hen op om dwang te voorkomen. De aanwezigheid van een naastbetrokkene bij besprekingen kan rust en duidelijkheid geven. Door een actieve rol van naasten kan bovendien het onnodig invoeren van professionele hulp worden teruggedrongen.

Soms is er sprake van een moeilijke interactie of verstoorde relatie tussen patiënt en naasten. Dan is het van belang om te proberen de relatie te herstellen. Naasten spelen immers een belangrijke rol in het leven van de patiënt en kunnen ondersteunend zijn bij behandeling en herstel. De patiënt dient toestemming te geven voor contact en het delen van informatie met naasten. Daarvoor kan overreding of drang nodig zijn.

Overbelasting van naasten en angst voor de patiënt en zijn/haar gedrag voortkomend uit de psychische stoornis kunnen een rol spelen bij crisis. Om hieraan tegemoet te komen kan psycho-educatie worden aangeboden, aangepast aan de behoeften van de naasten en de verschillende fases van het ziekte- en herstelproces van de patiënt en afhankelijk van de relatie die de naaste heeft met de betrokkene. Psycho-educatie kan gericht zijn op de stoornis zelf of specifiek op de dwangbehandeling en/of de crisis. Daarbij dient ook het kader van de gedwongen zorg in de ggz-instelling besproken te worden, inclusief klinische en ambulante zorg na de dwangopname. Indien de patiënt een gezin heeft, kunnen naasten betrokken worden bij gezinsbehandeling, om een gedwongen opname te voorkomen (zie ook de generieke module [Samenwerking en ondersteuning naasten van mensen met psychische problematiek](#)).

5.2.3 Samenwerking tussen de verschillende zorgverleners

Samenwerking tussen de verschillende zorgverleners is essentieel voor preventie. Goede, humane en veilige zorg bij dwang vraagt verschillende kwalificaties van betrokken zorgverleners. Zij dienen in teamverband samen te werken om het doel van goede zorg te waarborgen. Daarnaast kennen ze de

grenzen van hun deskundigheid en vullen ze elkaars expertise aan om tot een geïntegreerde en doelmatige behandeling te komen. Iedere zorgverlener kent zijn eigen verantwoordelijkheden en respecteert die van de andere zorgverleners binnen het team en de verdere (zorg)keten, rekening houdend met de privacy van de patiënt. Training, intervisie, consultatie, ethische reflectie (bijvoorbeeld door middel van een moreel beraad), betrokkenheid van managers en verdeling van taken, bevoegdheden en verantwoordelijkheden zijn manieren om de samenwerking in het team te verbeteren.

Algemeen uitgangspunt bij de samenwerking is dat de verschillende disciplines gebruik maken van de deskundigheid van de andere leden van het multidisciplinaire team. Om samenwerking te bevorderen is het daarom van belang dat iedereen zich bewust is van zijn/haar rol en verantwoordelijkheden binnen dwangtoepassingen. Een beschrijving van de verschillende rollen staat in [Organisatie van zorg rondom dwang en drang](#).

Bij de preventie van dwang is het tevens van belang dat er een goede [samenwerking](#) is in de keten.

5.2.4 Bejegening

Een respectvolle en herstelgerichte bejegening is een onmisbare pijler bij het voorkomen van dwangtoepassingen. De zorgverlener dient oog te hebben voor de beleving en de behoeften van de patiënt, zowel wat betreft contact (tijd, aandacht, geduld en begrip) als wat betreft praktische zaken (eten, drinken, een schoon bed).

Bijzondere aandacht verdient de fase van eerste patiënt-hulpverlenercontacten, in de bemoeizorg en bij aanvang van een opname. Hier wordt de basis gelegd voor vertrouwen tussen zorgverlener en patiënt. Op de afdeling dient altijd een zorgverlener aanwezig en beschikbaar te zijn voor contact met patiënten, ook tijdens overdrachtsmomenten.

Een voorbeeld van een model dat aansluit op deze manier van bejegening, is het model van de eerste vijf minuten.

Bron: Welleman R., Stringer B, Landeweer E et al. (2011). De eerste vijf minuten in de verlenging. Implementatie en borging van best practices dwangreductie (2008-2011)
Amsterdam: GGZ inGeest.

Dit model houdt in dat de patiëntvriendelijk en gastvrij wordt ontvangen. De verpleegkundige probeert contact te maken met de patiënt en informeert naar de eerste behoeften. De beoordeling van eerder betrokken zorgverleners wordt niet zondermeer overgenomen; de verpleegkundige maakt een eigen inschatting van de situatie en een eigen beoordeling hoe daarmee om te gaan.

5.2.5 Signaleringsplan

Het op tijd signaleren van een naderende crisis is essentieel voor preventie van dwangtoepassingen. Ter aanvulling op een behandelingsplan, wordt om deze reden een (crisis)signaleringsplan opgesteld. Dit plan wordt in afstemming met de patiënt en waar mogelijk met de naasten opgesteld. In het plan

staat beschreven welke gedragingen en symptomen duiden op een naderende crisis en wat de patiënt, de naasten, de behandelaren en begeleiders moeten doen om te voorkomen dat de patiënt in crisis raakt. Met de patiënt en naasten kan ook besproken welke vormen van drang behulpzaam kunnen zijn om dwang te voorkomen mocht een dwangopname of vrijheidsbeperkende interventie na opname dreigen. Signaleringsplannen kunnen gericht zijn op het voorkómen van opname en kunnen op de (gesloten) afdeling worden gebruikt om separatie of het gebruik van noodmedicatie te voorkomen. Van belang is dat de patiënt van te voren aangeeft wat zijn of haar wensen zullen zijn in periodes dat hij/zij niet in staat is deze zelf te verwoorden, dan wel hoe anderen hem/haar kunnen helpen op het moment dat hij/zij in crisis is. Als de patiënt nog niet in staat is informatie aan te leveren om toekomstige dwang te voorkomen, kan een naaste soms wel relevante informatie daarover geven.

Signaleringsplannen staan onder verschillende namen bekend en er bestaan verschillende vormen. Enkele voorbeelden zijn de crisiskaart, het (crisis)signaleringsplan, het 'wellness recovery action plan' (WRAP.) of de zelfbindingsverklaring. Bij een zelfbindingsverklaring wordt de patiënt, in een slechte periode, volgens zijn eigen verklaring behandeld ook als hij het er niet mee eens is. Deze laatste heeft dus ook een wettelijke status. Centraal hierin staan de werkzame componenten voor de individuele patiënt, alsmede de mogelijkheid tot empowerment voor de patiënt door wensen en verlangens duidelijk uit te spreken naar anderen. Signaleringsplannen staan onder verschillende namen bekend en er bestaan verschillende vormen. (Zie ook [de generieke module Acute psychiatrie](#) en [de generieke module Herstelondersteuning.](#))

5.2.6 Risicotaxatie

Het taxeren van het risico op gevaarlijke situaties is een belangrijk middel om dwang te voorkomen. Risicotaxatie, gericht op suïcidaal- en zelfbeschadigend gedrag en op agressie, dient structureel door zorgverleners te worden uitgevoerd en in teamverband te worden besproken. Door tijdig te signaleren of er een verhoogde kans is op een van deze gedragingen kan er adequaat ingespeeld worden op de situatie van de individuele patiënt, waarmee eventuele dwangtoepassingen voorkomen kunnen worden.

Een instrument om risico's te inventariseren is de Brøset Violence Checklist (BVC).

Bron: Almvik, R., Woods, P. & Rasmussen, K. (2000). The Brøset Violence Checklist sensitivity, specificity, and interrater reliability. *Journal of interpersonal violence*, 15, 1284 – 1296.

In de BVC wordt dagelijks een inschatting gemaakt van het risico op agressie, geweld en controleverlies. Er wordt gescoord op de aanwezigheid van: verwardheid, geïrriteerdheid, luidruchtigheid, fysiek bedreigend zijn, verbaal bedreigend zijn en aanvallen op voorwerpen. Dit helpt bij het identificeren van voorspellers van agressie en controleverlies. De checklist wordt de eerste vijf dagen van opname ingevuld. De lijst bevat ook mogelijke interventies die uitgevoerd kunnen worden om eventuele agressie te voorkomen of verminderen.

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

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

Meer informatie over de betrouwbaarheid en validiteit van verschillende instrumenten voor risicotaxatie is te vinden in de MDR Dwang en Drang, hoofdstuk 5 paragraaf 3 en in de MDR Diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag.

Bron: Haan, de L., Bikker, O.J., Hoeven, van der C., Hoop, de I. (2017). Multidisciplinaire richtlijn dwang en drang. Utrecht: de Tijdstroom.

5.3 3.3 Indicatie van dwangtoepassingen

In sommige gevallen kunnen preventiemaatregelen onvoldoende uitkomst bieden om dwangtoepassingen te voorkomen. Van de preventiefase gaat de zorg dan over naar de fase van indicatie.

5.3.1 Indicatie gedwongen opname

Maatgevend voor een indicatie tot gedwongen opname is gevaar voortvloeiend uit psychische stoornis en niet anderszins af te wenden. Bij gedwongen opname wordt onderscheid gemaakt tussen een inbewaringstelling (IBS) en een rechterlijke machtiging (RM). Indien sprake is van gevaar dat onmiddellijk dreigend is waardoor een procedure bij de rechter niet afgewacht kan worden, kan de burgemeester op basis van een geneeskundige verklaring van een psychiater iemand per direct tegen zijn wil in een psychiatrische instelling laten opnemen met een IBS. De rechter toetst na enkele dagen of er nog wordt voldaan aan de criteria van de IBS. Als de rechter vervolgens een beschikking geeft duurt een IBS maximaal drie weken. In geval er gevaar aanwezig is dat niet als onmiddellijk dreigend kan worden gekwalificeerd kan de rechter de IBS niet verlengen. Wel kan dan worden overgegaan tot een (verlenging van een) gedwongen opname onder een RM. Een RM is over het algemeen 6 maanden geldig en kan indien nodig worden verlengd met een half jaar of langer.

5.3.2 Indicatie dwangtoepassingen tijdens een opname

Als een patiënt gedwongen opgenomen is kan er een indicatie zijn voor de toepassing van dwangmaatregelen, namelijk:

1. dwangbehandeling

2. middelen of maatregelen in geval van een noodsituatie
3. maatregelen gericht op het beperken van de bewegingsvrijheid van de patiënt om schade aan de gezondheid, of verstoring van orde in het ziekenhuis te voorkomen (zie hoofdstuk 1 van deze generieke module).

Waar een gedwongen opname gericht is op het wegnemen van extern gevaar, is een dwangmaatregel in de instelling gericht op het wegnemen van intern gevaar. Uitgangspunt bij de indicatie en uitvoering van dwangtoepassingen tijdens een opname is dat de wensen en voorkeuren van de patiënt waar mogelijk gevolgd worden, tenzij deze niet effectief zijn om het gevaar af te wenden. Als de voorkeur van de patiënt niet bekend is en deze in redelijkheid niet in staat is deze alsnog te bepalen, moet de behandelaar doen wat in de gegeven situatie het best toepasbaar en meest effectief geacht wordt.

Dwangbehandeling

Er kan tijdens een gedwongen opname slechts onder dwang behandeld worden als die behandeling volstrekt noodzakelijk is om het gevaar af te wenden. In eerste instantie is bij weigering van een behandeling de beste optie de patiënt vaker te zien en te ondersteunen bij andere keuzemogelijkheden, teneinde het gevoel van zelfcontrole en eigenwaarde te versterken en de angst voor hulpeloosheid en afhankelijkheid te verminderen. Cruciaal voor de therapietrouw is de aandacht voor de onderliggende redenen en motieven voor bijvoorbeeld medicatieweigering. Hierbij kan gedacht worden aan eerdere ervaring met bijwerkingen, ervaringen van medepatiënten met onprettige of beangstigende neveneffecten, eigen percepties van behandeling, angst voor vergiftiging en voor bijwerkingen. Ook kan de invloed van familie en vrienden een rol spelen. Indien de weigering van noodzakelijke behandeling binnen redelijke termijn niet beïnvloedbaar is gebleken en er nog steeds gevaar aanwezig is, kan de weg naar dwangbehandeling ingeslagen worden. Daarin past een zorgvuldige onderbouwing van het door de stoornis veroorzaakte gevaar, de afwezigheid van een minder ingrijpend alternatief, en de proportionaliteit en doelmatigheid van dwangbehandeling.

Dwangbehandeling tijdens een gedwongen opname kan volgens de Wet Bopz alleen worden toegepast om gevaar voor de patiënt of anderen voortvloeiend uit de psychische stoornis af te wenden. De overwegingen voor dwangbehandeling staan in Hoofdstuk 3 van de Wet Bopz (art. 38a t/m 38c) en zijn:

1. Zonder overeenstemming over behandelingsplan is geen behandeling mogelijk. Als de weigering van de patiënt gericht is op specifieke onderdelen, dan moet dat in het behandelingsplan worden aangegeven.
2. Wanneer de overeenstemming wél is bereikt (met patiënt of met vertegenwoordiger), maar de patiënt zich (alsnog) tegen de behandeling verzet, kan de behandeling niet worden toegepast. Het verzet van de patiënt telt, ook al berust dat verzet op irreële argumenten.
3. In afwijking van het voorgaande kan het voorgestelde behandelingsplan wél worden toegepast 'voor zover volstrekt noodzakelijk om gevaar voor de patiënt of anderen, voortvloeiende uit de stoornis van de geestvermogens, af te wenden', of 'voor zover aannemelijk is dat zonder die behandeling het gevaar dat de stoornis van de geestvermogens betrokkene doet veroorzaken niet binnen een redelijke termijn kan worden weggenomen'.

Een procedurele eis is dat de psychiater of regiebehandelaar altijd de patiënt vooraf gemotiveerd

informeert over zijn of haar voornemen de dwangbehandeling te gaan toepassen. Vervolgens is een beoordeling van een tweede onafhankelijke psychiater noodzakelijk (second opinion). Daarna dient de behandelaar de patiënt schriftelijk te informeren (art. 40a Wet Bopz) m.b.t. het soort gevaar dat moet worden afgewend, de argumentatie en de mogelijkheden voor beroep tegen het besluit (inschakelen patiënt vertrouwenspersoon (pvp), klacht indienen). De geneesheer-directeur meldt de aanvang van de dwangbehandeling aan de IGJ. De patiënt krijgt in die procedure tot het formele besluit dwangbehandeling (uitreiken van de '40a beslissingsbrief') steeds de ruimte om de behandeling alsnog te accepteren. De patiënt heeft de mogelijkheid tegen het besluit in beroep te gaan bij de klachtencommissie.

Met betrekking tot de indicatie van specifieke dwangtoepassingen dient ook rekening te worden gehouden met contra-indicaties. Bij bijvoorbeeld ernstige intoxicaties, onthouding of verschijnselen van een delier is separeren niet gewenst, tenzij het gevaar niet anders is af te wenden en het vereiste toezicht adequaat is geregeld. Soms is er een contra-indicatie voor kalmerende medicatie. Fixatie kan in deze gevallen een noodzakelijk alternatief zijn.

Middelen of maatregelen in geval van een noodsituatie

De Wet Bopz biedt de mogelijkheid om dwangmiddelen of -maatregelen ook toe te passen 'ter overbrugging van tijdelijke noodsituaties' die de gedwongen opgenomen patiënt ten gevolge van de psychische stoornis veroorzaakt (art. 39 Wet Bopz). In een aantal situaties is men niet in staat tijdig een behandelingsplan op te stellen. Dit kan te maken hebben met gebrek aan tijd, wanneer bijvoorbeeld direct bij opname nog geen gelegenheid geweest is voor overleg met de verschillende partijen en het nog niet mogelijk is geweest om de motieven en achtergronden van een voorgesteld plan toe te lichten. Daarnaast kan ook bij aanwezigheid van een behandelingsplan een niet voorziene gevaarlijke situatie ontstaan. In deze situaties biedt artikel 39 de ruimte om gedwongen interventies in het kader van een noodsituatie toe te passen om gevaar af te wenden. Deze middelen en maatregelen (MenM) kunnen alleen worden toegepast in noodsituaties die niet voorzien zijn in het behandelingsplan en mogen niet langer dan zeven dagen worden toegepast. Daarna moet, indien de maatregelen geheel of gedeeltelijk moeten worden voortgezet, een (nieuw) behandelingsplan worden opgesteld, waarin deze zo nodig zijn opgenomen.

Het onderscheid tussen deze middelen en maatregelen en de eerdergenoemde dwangbehandeling, zit dus in de reden voor het toepassen van de interventie; dwangbehandeling vindt plaats op basis van het behandelingsplan (onder de voorwaarden genoemd in art. 38c), een middel of maatregel volgens artikel 39 vindt plaats om een noodsituatie af te wenden. De middelen en maatregelen die onder artikel 39 van de Wet Bopz kunnen worden toegepast zijn separatie, afzondering, fixatiemedicatie en toediening van vocht en/of voeding.

5.4 3.4 Behandeling, begeleiding en terugvalpreventie

Behandeling en begeleiding

Als preventieve maatregelen niet effectief zijn gebleken en er blijkt een indicatie voor dwang dan dient dit zorgvuldig uitgevoerd te worden. De [eerdergenoemde kwaliteitscriteria](#) bieden houvast voor een zorgvuldige uitvoering van dwang. Het gaat dan om de volgende criteria:

- Bij uitvoering van dwang wordt gehandeld volgens het behandelingsplan. Volg hierbij zoveel mogelijk de voorkeuren van de patiënt.
- Zorg bij de uitvoering van dwang voor maximale veiligheid voor alle betrokken partijen.
- Bij uitvoering van dwang is het belangrijk om naasten actief te informeren en vragen naar hun wensen en mogelijkheden mits de patiënt hiervoor toestemming geeft.

Terugvalpreventie

Om te voorkomen dat dwang opnieuw toegepast moet worden is het essentieel om met de patiënt en met hulpverleners onderling te [evalueren](#). Aan de hand van rapportages, evaluaties en reflectie op het eigen handelen kunnen behandelingsplannen, signaleringsplannen en crisisplannen worden aangepast om dwangtoepassingen in de toekomst zoveel mogelijk te kunnen voorkomen.

5.5 3.5 Monitoring

Bij dwangtoepassingen moet men een termijn afspreken waarop getoetst wordt of de maatregel kan worden beëindigd. Dit dient vergezeld te gaan van een motivatie voor de termijn en de toetsing. Maatregelen als separatie, afzondering en fixatie dienen dagelijks getoetst te worden. Het vastleggen van een termijn is overigens lastig, aangezien individuele gevallen steeds verschillen. Het verdient aanbeveling om per individuele patiënt doelen te stellen, bijvoorbeeld het voortzetten van de dwangbehandeling te toetsen indien zich gedurende een afgesproken periode geen gevaarlijke situatie meer voordoet. Dit dient gerapporteerd te worden in het dossier.

5.5.1 Consultatie

Indien de subsidiariteit, proportionaliteit of doelmatigheid van de beoogde of uitgevoerde dwangtoepassing vragen oproepen, dan is een second opinion door een onafhankelijk, niet bij de behandeling betrokken, expert aangewezen.

Bron: Tilburg, W., van, Veldhuizen, J.R., van, Beijert, E.W., Ven-Dijkman, M.V., van de, Mulder, C.L. Schulte, P.F.J., et al., (2008). Richtlijn besluitvorming dwang: Opname en behandeling. Utrecht: De Tijdstroom.

Daarnaast kan er een beroep worden gedaan op onafhankelijke consultatie door een psychiater, een consultatieteam of het Centrum voor Consultatie en Expertise (CCE). Dit is een middel om behandelaars te helpen om een dwangtoepassing te voorkomen of zo kort mogelijk te laten duren en wordt gezien als een 'best practice'.

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

Uitgangspunt is dat onafhankelijke consultatie wordt ingeroepen als een separatie langer dan vijf tot zeven dagen duurt, waarbij de behandelaar verantwoordelijk is voor het tijdig aanvragen van de consultatie.

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

Voor andere dwangtoepassingen is geen specifieke termijn bepaald. Bij het verstrekken van informatie over de patiënt en eventueel contact met de patiënt door de onafhankelijke psychiater is toestemming van de patiënt nodig. Als het niet mogelijk is om toestemming van de patiënt te verkrijgen omdat deze niet aanspreekbaar is, kan toestemming gevraagd worden aan familie en naasten, in de rol van vertegenwoordiger.

5.5.2 Evaluatie

Op basis van de MDR worden in deze paragraaf landelijke normen voor evaluatie bij dwang- of drangtoepassing beschreven (Ggz normenkader patiëntveiligheid bij toepassing van dwang,

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

Toetsingskader terugdringen separeren en afzonderen

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

) en goede praktijkvoorbeelden van evaluatiemethoden ('best practices') beschreven.

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

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

- Evaluatie met de patiënt na een dwang- of drangtoepassing. Dit kan bijvoorbeeld aan de hand van

een interview met de patiënt, bij wie er sprake is geweest van een dwang- en drangtoepassing. In het interview gaat het om de ervaringen van de patiënt met als doel het verbeteren van kwaliteit van zorg. Zorgverleners dienen ook zelf het vaak moeilijke gesprek aan te gaan met de patiënt en zich bereid te tonen om de situatie die zich heeft voorgedaan open te bespreken. Een gesprek kan bijdragen aan het herstellen van de, door de dwang- of drangtoepassing vaak beschadigde, relatie.

- Het voeren van spiegelgesprekken, waarin patiënten en familieleden met elkaar in gesprek gaan over de zorg die wordt geleverd op de afdeling. Dit wordt geleid door een gespreksleider, de professionals hebben de rol van toehoorder. De spiegelgesprekken kunnen handvatten bieden voor het verbeteren van de zorg.
- De evaluatie met het team. Deze vinden plaats op een vast tijdstip. Tijdens de crisisbespreking worden zowel dwangtoepassingen als andere incidenten besproken. De bespreking is multidisciplinair en vindt eens in de twee weken op een vast tijdstip plaats. Ook betrokkenen buiten de kliniek (bijvoorbeeld dienstdoende artsen) worden uitgenodigd. De bespreking draagt bij aan de bewustwording over de gevolgen van dwang en drang. Bovendien leert men van elkaar en worden protocollen en interventies geëvalueerd en waar nodig aangepast.

5.6 3.6 Herstel, participatie en re-integratie

Het werken volgens de principes van herstelondersteunende zorg vindt plaats in zowel de ambulante als de klinische setting. Klinische behandeling wordt in beginsel beschouwd als een intermezzo in een ambulante behandeling.

Bron: Mierlo, T., van, Bovenberg, F., Voskes, Y., & Mulder, N. (2014). Werkboek HIC: High en intensive care in de psychiatrie. Utrecht: De Tijdstroom.

Om herstel te bevorderen is samenwerking tussen de klinische en ambulante zorg essentieel. Dwangtoepassingen -of wanneer er al sprake is van een dwangtoepassing, ernstiger vormen van dwangtoepassingen - voorkómen begint tijdens de ambulante behandeling, door proactief te reageren op risicosignalen en tijdig zo licht mogelijk doelmatig in te grijpen, waarbij drang de voorkeur geniet boven dwang. Bovendien dienen klinische interventies zoals een signaleringsplan voortgezet te worden in de aansluitende ambulante behandeling, of als deze ambulant opgezet zijn, juist te worden voortgezet in de klinische setting.

Bron: Dröes, J., & Plooy, A. (2010). Herstelondersteunende zorg in Nederland: Vergelijking met Engelstalige literatuur. Tijdschrift voor Rehabilitatie, 19, 6-16.

Toepassing van de presentiebenadering, waarin contact met de patiënt centraal staat, en samenwerking met ervaringsdeskundigen en naastbetrokkenen worden als belangrijke elementen gezien van een herstelgericht behandelklimaat.

Bron: Baart, A. (2011). Een theorie van de presentie. Utrecht: Lemma.

Patiënten die onder dwang worden opgenomen, hebben ernstige psychische problemen en verkeren vaak in een crisissituatie met een groot risico op gevaar (en schade) voor zichzelf en/of voor anderen.

Het behandelklimaat dient de voorwaarden te scheppen voor goede zorg, op het juiste moment en op de juiste plek. Hervinden van veiligheid, stabilisatie en autonomie zijn belangrijke doelen. Dit bevordert verdere participatie en re-integratie. Het behandelteam in de ruimste zin (psychiaters, verpleegkundigen, psychologen, vaktherapeuten, sociotherapeuten en ervaringsdeskundigen) werkt hierbij nauw samen met patiënt en diens naasten. Met regels, afspraken en regelmatig overleg biedt het team goede zorg, met aandacht voor bescherming en veiligheid van zowel patiënt als medewerkers. De regels mogen daarbij niet de overhand hebben, het contact tussen zorgverlener en patiënt is het belangrijkste.

Bron: Baart, A. (2011). Een theorie van de presentie. Utrecht: Lemma.

Kortom, de in dit hoofdstuk beschreven interventies zoals het werken aan een goed contact en een goede bejegening, het opstellen van crisissignaleringsplannen samen met de patiënt en diens naasten, het taxeren van risico's, het werken met ervaringsdeskundigen, het samenwerken met naastbetrokkenen, het consulteren van collega's en het evalueren van en reflecteren op de zorg dragen bij aan herstel, de participatie en de re-integratie van patiënten. Tevens leveren deze interventies een bijdrage aan de preventie van situaties waarin dwang de enige oplossing lijkt. (Zie ook [de generieke module Herstelondersteuning](#), [de generieke module Acute psychiatrie](#) en [de generieke module Ernstige psychische aandoeningen](#).)

6. 4. Organisatie van zorg rondom dwang en drang

Autorisatiedatum 21-02-2019 Beoordelingsdatum 21-02-2019

6.1 4.1 Betrokken hulpverleners

Bij dwangtoepassingen zijn veel zorgverleners betrokken. We bespreken achtereenvolgens de geneesheer-directeur, de regiebehandelaar, de psychiater, de verpleegkundige, de GZ- psycholoog/ klinisch psycholoog, de verpleegkundig specialist ggz, de vaktherapeut/activiteitenbegeleider, de ervaringsdeskundige, de patiëntenvertrouwenspersoon en de familievertrouwenspersoon. Zie voor een uitgebreide beschrijving van de verantwoordelijkheden van deze zorgverleners het Model Kwaliteitsstatuut GGZ.

De geneesheer-directeur

De geneesheer-directeur is volgens de Wet Bopz 'de arts die, hoewel geen directeursfunctie bekleedende, belast is met de zorg voor de algemene gang van zaken op geneeskundig gebied in het psychiatrisch ziekenhuis'. De wetgever maakt de geneesheer-directeur hiermee verantwoordelijk voor de algemene gang van zaken rond (gedwongen) zorg en hiermee dus rond alle toepassingen van dwang in de instelling. In de ggz is de geneesheer-directeur doorgaans een psychiater.

De regiebehandelaar

De regiebehandelaar : Hier wordt de regiebehandelaar bedoeld zoals beschreven in het Model Kwaliteitsstatuut GGZ.

Volgens de Wet Bopz is de behandelaar verantwoordelijk voor de interventies en maatregelen rondom de behandeling, beveiliging en verzorging van de onder dwang opgenomen patiënt. Een fors aantal verantwoordelijkheden legt de Wet Bopz bij 'de voor de behandeling verantwoordelijke persoon' (hierna: regiebehandelaar). Een aantal specifieke verantwoordelijkheden wordt door de wet (en jurisprudentie) in de handen van de psychiater gelegd: bepaalde taken rond de voorwaardelijke machtiging, de zelfbinding en de machtiging op eigen verzoek, het opstellen van de geneeskundige verklaring, het besluiten tot dwangbehandeling en bepaalde informatievoorziening aan de patiënt. Het is van belang dat telkens als er zich een diagnostische fase voordoet en telkens als er besluitvorming over dwangtoepassing plaatsvindt, degenen die diagnosticeren c.q. besluiten zich zo mogelijk op de hoogte stellen van een eventueel al aanwezige regiebehandelaar en in overleg met die regiebehandelaar hun besluitvorming verder vormgeven. Het kan gebeuren dat een zorgverlener die niet de regiebehandelaar is (bijvoorbeeld een verpleegkundige of een dienstdoend psychiater) door de (nood)situatie genooddaakt wordt om een behandelinhoudelijk besluit te nemen, zonder dat er de gelegenheid is om dit af te stemmen met de regiebehandelaar. Het is in dergelijke gevallen van

belang om naderhand zo spoedig mogelijk alsnog met de regiebehandelaar te overleggen en te bezien in hoeverre het genomen besluit past binnen een reeds aangegaan behandeltraject. Aldus blijft iedere behandelaar verantwoordelijk voor zijn eigen besluiten, maar de regie van het gehele behandeltraject ligt bij de regiebehandelaar.

De psychiater

De psychiater is bij eventuele toepassing van dwang verantwoordelijk voor psychiatrische diagnostiek, de besluitvorming over de toepassing van dwangbehandeling en middelen en maatregelen en de psychiatrische/medicamenteuze behandeling. De Wet Bopz legt daarnaast bepaalde specifieke verantwoordelijkheden in handen van de psychiater. Het gaat dan om bepaalde taken rond de voorwaardelijke machtiging, de zelfbinding en de machtiging op eigen verzoek, het opstellen van de geneeskundige verklaring, het besluiten tot dwangbehandeling en om bepaalde informatievoorziening aan de patiënt. Besluitvorming over middelen en maatregelen kan zo nodig, indien de situatie het niet toelaat te wachten op de aanwezigheid van een psychiater, door anderen dan een psychiater worden gedaan onder voorwaarde dat het besluit zo spoedig mogelijk door een psychiater beoordeeld wordt. Naast deze wettelijke verantwoordelijkheden, heeft de psychiater natuurlijk ook de professionele verantwoordelijkheden van een behandelend arts. Ook het (toezien op) overleg met naasten behoort tot de taken van de psychiater.

De klinisch psycholoog of psychotherapeut

De klinisch psycholoog of psychotherapeut is verantwoordelijk voor het uitvoeren van de psychologische diagnostiek, het opstellen van het behandelingsplan en uitvoeren van de (psychologische of psychotherapeutische) behandeling. Daarnaast kan de klinisch psycholoog of psychotherapeut een rol hebben in het initiëren van een verzoek tot dwangopname, het (vroeg) signaleren van een zich aandienende crisis, in preventieve interventies en als regiebehandelaar. Ook het overleg met de naasten kan een taak van de psycholoog of psychotherapeut zijn.

De verpleegkundige

De verpleegkundige speelt een belangrijke rol als het gaat om (de preventie van) dwang en drang. In geval van gedwongen opname is de verpleegkundige vaak degene met wie de onder dwang opgenomen patiënt het eerst in aanraking komt. Het in gang zetten van het overleg tussen ambulante en klinische team met patiënt en diens naasten dient zo snel mogelijk geregeld te worden. Dit overleg staat in de literatuur bekend als zorgafstemmingsgesprek. De verpleegkundige kan een coördinerende rol spelen in het regelen van dit overleg, maar de regiebehandelaar is verantwoordelijk voor het zorgafstemmingsgesprek. Op basis van dit zorgafstemmingsgesprek en het behandelingsplan stelt de verpleegkundige een verpleegplan op, dat dient als leidraad voor het handelen van het gehele verpleegkundig team.

De verpleegkundige speelt ook een belangrijke rol in de risicotaxatie en bij het [signaleringsplan](#). De verpleegkundige die de patiënt ambulant 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. De SPV werkt in het ambulante veld samen met de ambulant werkende verpleegkundige, waarbij de SPV ten opzichte van de verpleegkundige veelal een coachende functie heeft en zich tevens onderscheidt door de uitvoering van een aantal taken op het

gebied van zorgcoördinatie, crisisinterventie, systeemtherapie en consultatie.

De verpleegkundig specialist ggz

De verpleegkundig specialist ggz biedt complexe evidence-based verpleegkundige specialistische zorg in combinatie met geprotocolleerde geneeskundige zorg. De specifieke deskundigheid van een verpleegkundig specialist ggz ligt op het gebied van het omgaan met functionele beperkingen, het inperken van risico's, rehabilitatie, herstel en het inzetten van strategieën om het zelfmanagement te bevorderen. 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 dwangbehandeling en middelen en maatregelen en bij het inhoudelijk ondersteunen van de verpleging bij complexe verpleegproblemen. De verpleegkundig specialist ggz heeft bijzondere aandacht voor de somatische zorg van de patiënt en vraagt een medisch specialist ter consult indien het probleem buiten het deskundigheidsgebied van de verpleegkundig specialist ligt. Daarnaast kan de verpleegkundig specialist ggz een belangrijke schakel vormen in de communicatie met de patiënt en diens naasten. Tot slot heeft de verpleegkundig specialist GGz een belangrijke rol als het gaat om het coachen van verpleegkundigen in het voorkomen en omgaan met dwang en drang.

De activiteitenbegeleider

Het is essentieel om een zinvolle dag invulling aan te bieden tijdens een gedwongen opname, zowel voor therapeutische doeleinden als voor het creëren van een veilige omgeving. Bij het ontnemen van de vrijheid van een patiënt heeft de overheid c.q. de opnemende instelling de verplichting te zorgen voor een verblijf met mogelijkheden voor zinvolle activiteiten. Daarom dienen activiteitenbegeleiding en de mogelijkheid om te sporten zeven dagen per week aanwezig te zijn. De activiteiten kunnen van creatieve, muzikale of psychomotorische aard zijn. Omdat beweging (sport, spel, wandelen) belangrijk is om met spanning om te gaan, is met name het bieden van fysieke activiteiten essentieel. Om de patiënten zo veel mogelijk aansluiting te laten houden met het leven van alledag, is het van belang hen zo snel mogelijk weer deel te laten nemen aan de huishoudelijke taken op de afdeling. Activiteitenbegeleiders spelen daarom een belangrijke rol in het vinden van een zinvolle dagbesteding van patiënten en tevens in het toeleiden naar dagbesteding na de opname (Zie ook de generieke module [Daginvulling en participatie](#)).

De vaktherapeut

Vaktherapeuten (op het gebied van beeldende- dans- drama- muziek en psychomotorische therapie) zetten actie- en ervaringsgerichte interventies in bij hulpvragen die klacht- of persoonsgericht zijn. Klachtgerichte hulpvragen zijn gericht op een ondersteuningsvraag bij het opheffen, verminderen en accepteren van lichamelijke, verstandelijke, psychische, psychosomatische, psychosociale of psychiatrische klachten, en het voorkomen van terugval. Persoonsgerichte hulpvragen richten zich op het bevorderen van het welbevinden, de kwaliteit van leven en of de persoonlijke ontwikkeling van de patiënt. (Zie ook de generieke module [Vaktherapie](#)).

De ervaringsdeskundige

Binnen veel instellingen maken ervaringsdeskundigen deel uit van klinische teams. Ervaringsdeskundigen kunnen een belangrijke rol spelen als het gaat om:

1. Het contact met de patiënt, de bijdrage aan herstel en het bieden van hoop (buddy);
2. Het bevorderen van het contact en het wederzijds begrip tussen patiënten en zorgverleners door het verwoorden van het patiënten perspectief (mediator/ brugfunctie);
3. Het geven van feedback op de kwaliteit van zorg en het gezamenlijk reflecteren op de houding van zorgverleners.

Op deze wijze zal de samenwerking tussen zorgverleners en patiënten verbeteren wat bijdraagt aan een zorgvuldigere besluitvorming rond dwangmaatregelen.

Zij Van een ervaringsdeskundige wordt verwacht dat deze is geschoold in de inzet van ervaringsdeskundigheid en als lid van het team professioneel handelt. Ervaringsdeskundigen kunnen in een kwetsbare positie terecht komen, bijvoorbeeld als er geen heldere taakomschrijving voor hen aanwezig is, of als de verschillende rollen die zij in het team spelen tot spanningen leiden. Het is dus van belang om met het gehele team een open leerproces aan te gaan, waarin alle betrokkenen zich bewust worden van elkaars waarden, behoeftes, krachten, kwetsbaarheden en onderlinge afhankelijkheden.

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

Het is tevens van belang dat de patiënt en de naasten worden geïnformeerd over de rol en de functie van de ervaringsdeskundige. (Zie ook de generieke module [Herstelondersteuning](#).)

De familie ervaringsdeskundige (FED)

Binnen enkele instellingen maken familie-ervaringsdeskundigen deel uit van klinische teams. Een familie- ervaringsdeskundige heeft ervaringskennis opgebouwd op grond van eigen ervaringen met een familielid met psychische problematiek. De FED kan familie en naasten ondersteunen bij het eigen herstelproces en helpt tevens de familie om het herstelproces van de patiënt te ondersteunen. Ook de FED kan een belangrijke rol spelen in vroeg signaleren en zorgvuldige besluitvorming omtrent dwang. De patiënt de naasten worden geïnformeerd over de rol en functie van de FED. (Zie ook de generieke module [Samenwerking en ondersteuning naasten van mensen met psychische problematiek](#))

De patiëntenvertrouwenspersoon

De patiëntenvertrouwenspersoon (pvp) is een onafhankelijke persoon die (in loondienst van de stichting PVP) de belangen behartigt van individuele patiënten zoals zij die zelf zien, indien de patiënt daarom vraagt. De pvp heeft kennis van de rechten van de patiënt en adviseert patiënten over die rechten en indien er klachten zijn over het verblijf, de behandeling en het behandelend team of de arts. Vaak zal de pvp klachten oplossen door het gesprek met de betreffende behandelaar(s) aan te gaan, maar ook adviseert de pvp de patiënt indien de klacht wordt ingediend bij de klachtencommissie van de zorgaanbieder. Ook als de patiënt een advocaat nodig heeft, kan de pvp daarbij behulpzaam zijn. De pvp werkt kosteloos voor de patiënt en heeft altijd toegang tot de patiënt. Zie ook <https://www.pvp.nl>.

De familievertrouwenspersoon

De familievertrouwenspersoon (fvp) heeft een rol vergelijkbaar met die van de pvp, maar dan ten behoeve van de naasten van de patiënt. De fvp informeert en adviseert de naasten op hun verzoek en ondersteunt hen in hun contact met hulpverleners, behandelaars en zorgaanbieders. Ook bij klachten biedt de fvp ondersteuning, dit kan gaan om bemiddeling of ondersteuning in een klachtenprocedure. De fvp is in dienst van de Landelijke Stichting Familievertrouwenspersoon (LSFVP) en werkt kosteloos voor de naaste. Zie ook <https://www.lsfvp.nl>.

6.2 4.2 Samenwerking

Een goede samenwerking tussen de verschillende betrokkenen is een vereiste voor goede zorg. Daarbij moet duidelijk zijn wie de regiebehandelaar is, zoals beschreven staat in de vorige paragraaf. Het streven moet zijn dat de zorg steeds geboden wordt door de zorgverlener die daartoe het best is uitgerust en die de zorg het meest doelmatig kan bieden.

6.2.1 Ketensamenwerking

Samenwerking en consultatie is van belang bij het reduceren van drang en dwang. Het voorkomen van een crisis en opname stelt eisen aan de behandeling. Preventie van opname door vroegsignalering en de-escalatie vereist sterke ambulante teams, zoals FACT of IHT, en een ambulante crisisdienst die opnamevoorkomend werken. De behandeling moet geïntensiveerd kunnen worden als de situatie daar om vraagt. Dit kan door middel van ACT-zorg bij FACT of de inzet van IHT bij kortdurende zorg, maar ook bijvoorbeeld door inzet van deeltijdbehandeling, een korte time-out op een time-out plaats (TOP) of de inzet van bijvoorbeeld een respijthuis. Naast de mogelijkheid van intensivering van ambulante behandeling, moet er goede samenwerking zijn met de partners in de keten (huisartsen, politie, woningbouwverenigingen, maatschappelijk werk). Dit kan een opname helpen te voorkomen of de duur ervan aanmerkelijk bekorten. De verantwoordelijkheid voor de opbouw en regie van de werkrelaties en afspraken met zorgverleners, opvang- en welzijnswerk, politie en andere partijen ligt bij de ambulante teams.

Bron: Barth, M.A.M., & Rookhuizen, B. (2011). Convenant Politie-GGZ 2012, Den Haag.

Continuïteit van zorg dient te worden gewaarborgd door een goede (keten)samenwerking van bijvoorbeeld een (F)ACT-team en de crisisdienst, of een polikliniek en een intensive home treatment (IHT)-team. Een goede samenwerking op de afdeling en een goede samenwerking met andere maatschappelijke instanties zijn van belang en waar nodig worden scholen en wooninstanties betrokken, waarbij tevens aandacht is voor privacyaspecten.

Bron: Bongers, I.M.B., Reek, E., van den, Roman, B., Wijngaart, M., van den, Balogh, L., & Van Dijk, A. (2010). Separeren in de GGZ: Beleid, praktijk en toezicht. Onderzoek naar de vorderingen in het terugdringen van separaties. Tilburg, IVA.

Als patiënten door intensivering van zorg van ambulante zorg overgaan naar klinische zorg, is goede samenwerking tussen deze teams essentieel. De ambulante behandelaar blijft leidend gedurende de opname en werkt nauw samen met de behandelaar in de kliniek. Om de zorg en de behandeling goed af te stemmen wordt een zorgafstemmingsgesprek (ZAG) gepland. Bij opname in de kliniek dient het ZAG binnen 24 uur plaats te vinden. In het ZAG zitten er in principe vier partijen aan tafel: de patiënt, zijn of haar naasten, de ambulante behandelaar en de klinische behandelaar. De aanwezige problematiek wordt besproken en er wordt in het bijzonder aandacht besteed aan de actuele crisissituatie en eventuele aanwezige sociaal-maatschappelijke problemen. Het [signaleringsplan en/of de crisiskaart](#) kunnen hierbij behulpzaam zijn. Tijdens het gesprek staan vragen als 'hoe is de crisissituatie ontstaan', 'welke factoren spelen een rol bij het ontstaan en voortduren daarvan' en 'welke beschermende en herstelfactoren zijn en er en hoe kunnen deze versterkt worden' centraal. Er worden in grote lijnen opnamedoelen geformuleerd en daarnaast wordt er gekeken wat de verwachte duur van de opname is. Tot slot worden afspraken gemaakt over de terugkeer naar de ambulante setting. De ambulante behandelaar houdt tijdens een opname contact met de patiënt en is tevens aanwezig bij de besprekingen van het behandelingsplan en de zorgafstemmingsgesprekken.

Bron: Mierlo, T., van, Bovenberg, F., Voskes, Y., & Mulder, N. (2014). Werkboek HIC: High en intensive care in de psychiatrie. Utrecht: De Tijdstroom.

De samenwerking rond een patiënt strekt meestal verder dan de betrokken ggz-zorgverleners. Zo wordt bijvoorbeeld van de behandelend arts verwacht dat hij of zij overlegt met onder andere de huisarts. Informatie-uitwisseling met naasten en ketenpartners dient zorgvuldig te gebeuren rekening houdend met het beroepsgeheim. Dat houdt in dat de patiënt om toestemming voor het delen van informatie wordt gevraagd. Indien de patiënt andere zorgverleners of naasten niet wil betrekken heeft de zorgverlener de plicht deze vraag regelmatig op passende momenten te herhalen en waar mogelijk de patiënt te overreden.

Aandachtspunten rondom de samenwerking tussen de verschillende betrokken partijen zijn:

- Investeer in de relatie met de patiënt en met de naasten
- Bedenk dat het betrekken van naasten cruciaal is voor het herstel van de patiënt
- Werk intensief samen met de wettelijk vertegenwoordiger bij minderjarige patiënten
- Gebruik de triadekaart (ontwikkeld door Ypsilon)
- Wees alert op privacyaspecten

In 2010 heeft de KNMG in samenwerking met een aantal beroepsorganisaties (w.o. GGZ Nederland)

en patiëntenfederatie NPCF de [Handreiking verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg](#) uitgegeven. In deze handreiking worden 13 algemene aandachtspunten geformuleerd voor de samenwerking tussen zorgverleners. Meer informatie over deze aandachtspunten is te vinden in hoofdstuk 3 van de MDR Dwang en Drang.

Bron: Haan, de L., Bikker, O.J., Hoeven, van der C., Hoop, de I. (2017). Multidisciplinaire richtlijn dwang en drang. Utrecht: de Tijdstroom.

(Zie ook de generieke module [Acute psychiatrie](#))

6.2.2 Samenwerking met de politie

Goede samenwerking met de politie is van belang bij situaties waarbij er (kans op) agressie is. Dit geldt bijvoorbeeld tijdens een crisissituatie, of beoordelingen en opnamen in het kader van IBS of RM en soms op psychiatrische afdelingen. De politie kan de eerste zijn die in contact komt met een patiënt. Wanneer sprake is van (kans op) agressie naar anderen of patiënt zelf, of verstoring van de openbare orde, kan de politie de nodige veiligheidsmaatregelen nemen.

In het Convenant Politie-GGZ 2012 staat de samenwerking tussen de ggz en de politie beschreven.

Bron: Barth, M.A.M., & Rookhuizen, B. (2011). Convenant Politie-GGZ 2012, Den Haag.

Hierin staat onder meer dat de politie verantwoordelijk is voor '*het handhaven van de openbare orde, het wettelijk begrenzen van overlast en het veiligstellen van situaties*'. Zie voor verdere afspraken tussen de ggz en de politie het convenant.

Indien er sprake is van agressie naar zichzelf of anderen, of overlast, veroorzaakt door een (vermoedelijke) psychische aandoening, dan kan de politie besluiten om:

1. De betrokkene rechtstreeks naar het psychiatrisch ziekenhuis in de regio te brengen (indien hier afspraken over zijn gemaakt); of
2. de betrokkene mee te nemen naar het bureau en daar te laten beoordelen door de crisisdienst, door een hulpverlener volgens een lokaal samenwerkingsverband tussen politie en ggz, door een arts in dienst van de politie, of door medewerkers van de gemeente.

In dit verband wordt ook wel gewerkt met veiligheidshuizen. Het zal per regio verschillen hoe de beoordelingsprocedure precies is georganiseerd. Essentieel is dat de betrokkene niet of zo kort mogelijk in een politiecel verblijft, aangezien het gaat om een persoon die vanwege een psychische aandoening behandeling behoeft. In sommige ggz- instellingen is een spoed-poli waar personen beoordeeld kunnen worden.

Professionals in dienst van de ggz schakelen bij (een vermoeden van) agressie of overlast de politie in om de veiligheid te garanderen. Dit kan zijn bij een huisbezoek voor beoordelingen in het kader

van de Wet Bopz, of op een afdeling bij (dreiging van) ernstige agressie. Daarbij is het van groot belang om goede samenwerkingsafspraken te maken over de procedure en over wie op welk moment de leiding neemt. Bij verzoeken vanuit de politie van beoordelingen door de ggz heeft de ggz een uiterste inspanningsverplichting om de wachttijd zo kort mogelijk te laten zijn. Bij verzoeken vanuit de ggz richting de politie is de mate van dreiging/overlast leidend voor de snelheid van de reactie door de politie. (Zie ook de generieke module [Acute psychiatrie](#))

6.3 4.3 Competenties

Zorgverleners die in hun werk te maken hebben met dwangtoepassingen, 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

Bron: Mierlo, T., van, Bovenberg, F., Voskes, Y., & Mulder, N. (2014). Werkboek HIC: High en intensive care in de psychiatrie. Utrecht: De Tijdstroom.

worden in deze paragraaf de belangrijkste competenties voor zorgverleners beschreven

6.3.1 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 dwangtoepassingen 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 ook kennis van de wet- en regelgeving van de Wet Bopz en andere relevante wettelijk kaders van belang.

6.3.2 Vaardigheden

Om aan te kunnen sluiten bij de individuele behoeften van de patiënt is het van belang dat zorgverleners present en aandachtig zijn, aansluiten bij eerste behoeften en dat ze hartelijk, attent en servicegericht zijn. Daarnaast moeten zorgverleners tijdig spanning kunnen 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 indien noodzakelijk, fysiek in te grijpen (holding). Met betrekking tot contact kan de zorgverlener op een toegankelijke manier contact leggen en onderhouden met naasten. Tot slot is samenwerking met patiënt, naasten en andere zorgverleners een essentiële vaardigheid.

6.3.3 Attitude

Naast kennis en vaardigheden is ook attitude essentieel om goede zorg te waarborgen. Allereerst is

er 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 durf en lef nodig van de individuele zorgverlener, maar ook een betrokken teamleider die moed en daadkracht ondersteunen. Daarnaast is flexibiliteit nodig en dient de zorgverlener betrokken, open, transparant en eerlijk te zijn.

Hieronder staan de belangrijkste competenties samengevat.

Competenties van zorgverleners die te maken hebben met dwangtoepassingen

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

- Relevante evidence- based en practice- based kennis rond dwang en drang
- Kennis van de relevante wet- en regelgeving en kunnen beoordelen van subsidiariteit, proportionaliteit en doelmatigheid van interventies
- Contact leggen en behouden vanuit een gelijkwaardige respectvolle en gastvrije houding
- Persoonlijke visie op de mens en zijn plek in de samenleving die aansluit bij het concept van herstelondersteunende zorg en het medische model
- Tijdig spanningen signaleren
- Risico's taxeren
- Verbale en non-verbale de-escalatie
- Proces bewaken en plannen
- Samenwerken met de patiënt, naasten en collega's (ambulant en klinisch)
- Stress hanteren en prioriteren
- Goed ontwikkeld en onderhouden ethisch bewustzijn
- Creativiteit, flexibiliteit, kritische houding, stabiliteit, moed en daadkracht
- Openheid, transparantie en gelijkwaardigheid
- Inlevingsvermogen
- Reflectief vermogen en zelfkennis

6.4 4.4 Kwaliteitsbeleid

Goede zorg vereist beleid gericht op het registeren, monitoren en evalueren van kwaliteit van zorg. In deze paragraaf wordt beschreven op welke wijze het kwaliteitsbeleid door zorgverleners en betrokken organisaties vormgegeven kan worden.

6.4.1 Methodisch werken

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

De kern van methodisch werken is er dat planmatig naar de realisering van doestellingen toe wordt gewerkt. De doelstellingen zijn opgesteld aan de hand van de beschikbare informatie over diagnose,

symptomen en beïnvloedende factoren en risico's en de wensen van de patiënt en naasten. Doelen in het behandelingsplan zijn allereerst gericht op het stabiliseren van de crisis en symptoomreductie. Aangezien de (gedwongen) opname een intermezzo is van een vaak veel langer lopende behandeling worden ook de doelen gericht op [herstel](#) (verbeteren van het functioneren in de thuissituatie, op school, werk of dagbesteding, in relaties met anderen en bij vrijetijdsbesteding) meegenomen in het behandelingsplan. Indien er een dwangtoepassing dreigt of reeds is ingezet, moet de behandelaar beschrijven wat gedaan wordt om de dwangtoepassing te voorkomen of beëindigen.

Methodisch werken omvat het opstellen en uitvoeren van het behandelingsplan, het verpleegplan of begeleidingsplan en het signaleringsplan.

- Er dient voor iedere patiënt te allen tijde, een behandelingsplan met SMART geformuleerde doelen te worden opgesteld, omdat dit richting geeft aan de multidisciplinaire behandeling en duidelijkheid verschaft aan de patiënt en de naasten. Indien mogelijk moet het behandelingsplan samen met de patiënt en naasten worden opgesteld en ondertekend.
- Het verpleeg- of begeleidingsplan is een logisch voortvloeisel uit het behandelingsplan, maar kent op basis van de gediagnosticeerde verpleegproblemen een eigen plan van aanpak en doelstelling. Goede hulpmiddelen hierbij zijn de North American Nursing Diagnosis Association (Nanda), de Nursing Intervention Classification (NIC), de Nursing Outcome Classification (NOC) en de International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). De Nanda, de NIC, de NOC en de ICF zijn classificaties van verpleegkundige verschijnselen, diagnoses, interventies en zorgresultaten. Indien mogelijk worden deze hulpmiddelen gebruikt in overleg met de patiënt.
- Ter aanvulling op het behandelings- en verpleegplan, wordt een (crisis)signaleringsplan opgesteld, indien mogelijk ook samen met de patiënt en naasten. In dit plan staat beschreven welke gedragingen en symptomen duiden op een naderende crisis en wat de patiënt, de naasten, de behandelaren en begeleiders moeten doen om te voorkomen dat de patiënt in crisis raakt.

Er wordt door alle betrokken disciplines systematisch gerapporteerd in het dossier. Het behandelingsplan en het verpleegplan worden iedere drie weken met de patiënt en naasten geëvalueerd en eventueel bijgesteld. Als er sprake is van vrijheidsbeperkende interventies wordt er wekelijks geëvalueerd. In het behandelingsplan worden de wensen van de patiënt beschreven in geval dwang onvermijdelijk is. De uitvoering van het behandelings- en verpleeg-/begeleidingsplan wordt bevorderd en gemonitord door iemand met specifieke kennis over methodisch werken. Bij complexe verpleegproblemen dienen verpleegkundig specialisten ggz de dagelijkse (inhoudelijke) ondersteuning van het verpleegkundig team op zich te nemen. Deze hoogopgeleide verpleegkundige geeft sturing aan het methodisch werken en houdt zicht op het verpleegkundig proces en de specifieke interventies die gericht zijn op het voorkomen van dwangtoepassingen.

6.4.2 Registratie

In de afgelopen jaren zijn er twee opeenvolgende registratiesystemen gebruikt. Het Bopzis-registratiesysteem werd ontwikkeld door de toenmalige Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ, thans IGJ) vanuit haar toezichthoudende taak. Het Argus-registratiesysteem werd ontwikkeld vanuit zorgaanbieders, brancheorganisaties en patiënt en- en familieorganisaties naar aanleiding van de landelijke projecten terugdringen van dwang en drang. Van daaruit had men behoefte aan méér en andersoortige gegevens (dan de verzameling volgens de normen van de IGZ, gestart in 1996) om de

effecten van projecten gericht op terugdringing van toepassing van dwang en drang goed te kunnen evalueren. In 2010 heeft de IGZ besloten van het Bopzis-registratiesysteem over te schakelen op het Argus-registratiesysteem en in 2011 heeft de IGZ het Argus-registratiesysteem verplicht gesteld als vervanger van Bopzis. De registratie van deze interventies in Argus is sinds 1 januari 2012 verplicht voor alle zorgaanbieders in de ggz als gevolg van een wijziging van een van de regelingen in de Bopz. Sinds 10 oktober 2015 is het casusregister Argus ondergebracht bij Stichting Benchmark GGZ.

Argusregistratie

Argus is een gegevensset voor vrijheidsbeperkende interventies. Met Argus kan door Bopz-erkende instellingen een eenduidige registratie plaatsvinden van de toegepaste vormen van vrijheidsbeperkende interventies in de ggz: diverse vormen van insluiting, fixatie en de gedwongen toediening van medicatie, vocht en/of voeding, ongeacht de juridische status van de patiënt. Registratie van vrijheidsbeperkende interventies door middel van het Argusregistratiesysteem biedt inzicht in (veranderende) toepassingen hiervan. Argus kan hierbij worden gebruikt als instrument om de kwaliteit van zorg te verbeteren, te leren van de eigen praktijk, verantwoording af te leggen en mogelijkheden voor wetenschappelijk onderzoek te creëren. De Argus-registratie maakt geen onderscheid tussen dwangtoepassingen in het kader van een behandelingsplan of in het kader van het wegnemen van acuut gevaar. Er wordt niet geregistreerd of het om dwangbehandeling of om middelen en maatregelen gaat. In de Argus-registratie wordt toepassing van medicatie alleen geregistreerd als er sprake is van fysiek verzet tijdens het toedienen van de medicatie. Argus registreert alleen de parenterale dwangmedicatie. De items van de gegevensset Argus komen grotendeels overeen met de items uit de Bopz registratie. De Argus gegevensset vraagt echter aanvullend om de daadwerkelijke duur van de toegepaste interventies volgens vastgestelde criteria.

6.4.3 Evaluatie van kwaliteit van zorg

Evaluatie als onderdeel van de structuur Door periodiek (bijv. eens per half jaar) de cijfers over toepassen van dwangmaatregelen te bespreken, ontstaat er bewustzijn op een afdeling over hoe vaak men wat voor soort dwangmaatregelen toepast. Het landelijke [Argussysteem](#) geeft hier inzicht in en kan helpen bij het bepalen van het beleid op een afdeling en om te kijken hoe men dwangtoepassingen verder kan reduceren. Wat betreft de organisatie van de zorg (structuur) is de coördinatie van de evaluatie, bijvoorbeeld door een verpleegkundige, belangrijk zodat evaluatie wordt verankerd in het dagelijks handelen.

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

Evaluatie als motor voor cultuurverandering

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

Belangrijke voorwaarde voor reflectie is dat er een bepaalde teamcultuur en attitude van professionals aanwezig is, waarin men reflectie en evaluatie belangrijk vindt. Als de betrokken professionals niet open staan voor reflectie of het willen leren van fouten, of gebrek aan motivatie hebben om dwang en drang te voorkomen, is reflectie zinloos. Best practices op het gebied van reflectie op het eigen handelen zijn intervisie en moreel beraad.

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

Intervisie is van belang om met (een deel van) het team op een gestructureerde manier mee te denken met complexe zorgsituaties. Het is van belang om intervisie structureel te organiseren. Moreel beraad is een methodische wijze om ethische dilemma's uit de dagelijkse praktijk te bespreken aan de hand van waarden en normen. Het ondersteunt hulpverleners om op morele gronden de best mogelijke beslissing te nemen bij dilemma's. Bij een moreel beraad zijn betrokkenen in de zorg (professionals, management, raad van bestuur, patiënten, familieraadsleden) aanwezig. Met deze multidisciplinaire organisatie kan het een belangrijke bijdrage leveren aan het ontwikkelen van een gemeenschappelijke zorgvisie. Bovendien geeft het ruimte om over de verschillende perspectieven (patiënt, naasten, verschillende hulpverleners) te reflecteren, de waarden af te wegen en tot kwalitatief goed beargumenteerde beslissingen te komen.

Reflecteren op het eigen handelen kan leiden tot minder routinematig werken. Dit houdt in dat professionals, ondanks bepaalde afspraken op de afdeling, voortdurend aandacht dienen te hebben voor de unieke situatie van de specifieke patiënt (zorg op maat). Werkwijzen kunnen dan ook niet worden gestandaardiseerd, maar dienen voortdurend onderzocht te worden op zinvolheid in het geval van de specifieke patiënt en context. Reflectie op eigen handelen en evaluatie van de geboden zorg wordt hiermee steeds belangrijker. Echte cultuurverandering vereist dat men in alle lagen van de organisatie doordrongen is van het belang van reflectie. Het management dient hierachter te staan en dit ook te faciliteren. Dit laatste betekent dat structureel tijd vrijgemaakt moet worden en dat personeel moet worden vrij geroosterd voor reflectiebijeenkomsten, zoals moreel beraad.

Evaluatie en reflectie moeten niet alleen beschouwd worden als bron van inspiratie en motivatie, maar ook als mede bepalend voor de kwaliteit, doeltreffendheid en doelmatigheid van goede zorg.

6.5 4.5 Kosteneffectiviteit en doelmatige zorg

Zorg wordt alleen geïntensiveerd als dit noodzakelijk is voor de specifieke situatie van de patiënt, waardoor er zo min mogelijk onnodige kosten gemaakt worden. Alhoewel kan worden aangenomen dat minder intensieve vormen van zorg minder kosten met zich meebrengen, is voor zover bekend geen informatie beschikbaar over de kosteneffectiviteit van verschillende dwangtoepassingen.

Samenwerking tussen de verschillende ketenpartners is hierbij essentieel, zowel om goede zorg te waarborgen, als om ervoor te zorgen dat zorg tijdig opgeschaald en afgebouwd kan worden. Zie voor meer informatie over samenwerking paragraaf [Samenwerking tussen de verschillende zorgverleners](#) en [Samenwerking](#).

Zeker bij dwangtoepassingen is het essentieel om na te gaan of het uitvoeren van een dwangtoepassing ook daadwerkelijk past in doelmatige zorg. In de Wet Bopz is daarom het principe van doelmatigheid van belang; daarnaast zijn ook de principes van subsidiariteit, en proportionaliteit relevant.

Bij doelmatigheid gaat het in het kader van de Wet Bopz om het feit dat de dwangtoepassing effectief dient te zijn in het afwenden van het gevaar. In breder verband dient hierbij ook te worden gezien of de kosten opwegen tegen de opbrengsten. In de praktijk is het doel van het behandelingsplan breder dan het wegnemen van het gevaar en het voorkomen dat betrokkene onnodig lang in het ziekenhuis moet verblijven. Het behandelingsplan heeft tevens tot doel de stoornis zo te behandelen dat de prognose van de patiënt verbetert en dat er gezondheidswinst optreedt. Het behandelingsplan is gericht op herstel, inclusief verpleging en lichamelijke verzorging die strikt genomen niet tot de psychiatrische behandeling behoren. Deze 'vermenging' van doelstellingen is onontkoombaar en volgt inherent uit de plicht van het goed hulpverlenerschap. Daarbij zal men goed in het dossier moeten vastleggen welke interventies bedoeld zijn om het gevaar af te wenden en welke een ander doel hebben. Hierbij dient ook te worden verantwoord welk juridisch kader gebruikt wordt voor de interventie en voor welk doel dat juridisch kader dwangtoepassing toestaat.

6.6 4.6 Financiering

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

Generalistische Basis ggz De Generalistische Basis ggz heeft vier typen integrale zorgvraagzwaarteproducten per patiënt: kort, middel, intensief en chronisch, zoals beschreven prestaties van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). Aanbieders van de zorg kunnen voor een product verschillende deskundigheden inzetten en het product kan uit verschillende behandelcomponenten bestaan. Voorbeelden hiervan zijn zorg gerelateerde preventie, consultatie en/of gedeeltelijke behandeling door de gespecialiseerde ggz.

Gespecialiseerde ggz De gespecialiseerde ggz wordt enerzijds gefinancierd op basis van de Zorgverzekeringswet volgens de DBC-financiering (diagnose-behandelcombinatie). Patiënten die zijn opgenomen krijgen een DBC die passend is bij de diagnose die gesteld is. Voor patiënten die langer dan drie jaar opgenomen zijn, wordt de zorg gefinancierd vanuit de Wet langdurige zorg. Als er sprake is van gedwongen zorg, valt dit onder deze financieringsvorm.

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

7. 5. Kwaliteitsindicatoren

Autorisatiedatum 21-02-2019 Beoordelingsdatum 21-02-2019

7.1 5. Kwaliteitsindicatoren

Akwa GGZ begeleidt het project 'doorontwikkeling ROM' waarin gekeken wordt hoe de professional de patiënt kan monitoren. Afhankelijk van de in het individueel zorgplan opgenomen doelen, kunnen patiënt en behandelaar samen beslissen hoe en wanneer er geëvalueerd wordt. Dit evalueren kan aan de hand van een set indicatoren en bijhorende meetinstrumenten.

In aanvulling op de indicatorenset zijn twee kwaliteitsindicatoren specifiek van belang m.b.t. dwang: het aantal en duur van dwangtoepassingen en de HIC-monitor.

Kwaliteitsindicatoren zijn essentieel om het zorgproces te verbeteren. Binnen instellingen dient er gewerkt te worden aan het voorkomen van dwangtoepassingen en het verlenen van goede zorg in situaties van dwang en drang. Cruciaal daarbij zijn goede registratie van dwangtoepassingen en adequate implementatie van het model van High en Intensive Care (HIC).

Kwaliteitsindicator 1: Aantal en duur van dwangtoepassingen Met betrekking tot dwang en drang ligt een eerste stap in het bewustwordingsproces van de hoeveelheid dwangtoepassingen die er op de werkvloer gebruikt worden. Zoals beschreven in [Organisatie van zorg rondom dwang en drang](#) moeten alle dwangtoepassingen die worden uitgevoerd in Bopz-erkende instelling worden geregistreerd in het Argussysteem. Registratie van vrijheidsbeperkende interventies door middel van het Argusregistratiesysteem biedt inzicht in (veranderende) toepassingen hiervan. Argus kan hierbij worden gebruikt als instrument om de kwaliteit van zorg te verbeteren, te leren van de eigen praktijk, verantwoording af te leggen en betere mogelijkheden voor wetenschappelijk onderzoek te creëren. Essentieel voor verbetering van het zorgproces is dat de Argusgegevens teruggekoppeld worden aan de betreffende afdelingen en dat er een gericht beleid is binnen instellingen om te werken met de feedbackpunten uit deze terugkoppeling.

Kwaliteitsindicator 2: HIC-monitor Op het moment dat zorg moet worden geïntensiveerd en een verblijf op een gesloten psychiatrische afdeling noodzakelijk is, kan een patiënt geplaatst worden op een HIC-afdeling. Zoals beschreven in [Zorg rondom dwang en drang](#) is het HIC-model de basis voor een HIC-afdeling; het gaat hier om het combineren van de high-care functie en de intensive-care functie, waarbij het doel is om de patiënt zijn eigen regie te laten hervinden en herstel mogelijk te maken.

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

Om kwaliteit van zorg te waarborgen en inzicht te geven in welke mate afdelingen het HIC-model

geïmplementeerd hebben, is de HIC-monitor ontwikkeld. De HIC-monitor leidt hiermee tot een normenkader voor HIC-afdelingen in Nederland. Binnen de monitor wordt getoetst op teamstructuur, teamproces, diagnostiek en behandeling, zorgorganisatie, monitoring, professionalisering, Bopz, ruimtelijke vormgeving, veiligheid en evaluatie en terugkoppeling preventie van dwang en drang, en samenwerking met de triade.

8. 6. Achtergronddocumenten

Autorisatiedatum 21-02-2019 Beoordelingsdatum 21-02-2019

8.1 Samenstelling werkgroep

Bij de totstandkoming van deze generieke module is er door de projectgroep samengewerkt met een stuurgroep en een klankbordgroep. Hieronder wordt een overzicht gegeven van de leden van de verschillende groepen.

verschillende groepen.: Op het moment van publicatie is deze zorgstandaard (nog) niet geautoriseerd door de LVVP, InEen, NVKG en V&VN.

De LVVP ziet vooralsnog af van autorisatie vanwege het ontbreken van spelregels.

De prioriteit van Ineen ligt bij onderwerpen die betrekking hebben op bestuurlijke en organisatorische aspecten van eerstelijnszorg. Deze module is vooral zorginhoudelijk. Met de hoeveelheid zorgstandaarden en modules die op dit moment aan ons voorgelegd worden, zijn wij genooddaakt prioriteiten te stellen. Wij zien daarom af van het beoordelen en autoriseren van deze module.

De NVKG heeft niet geparticipeerd in deze standaard en de inhoud hiervan is minder relevant voor de dagelijkse praktijk van de klinisch geriater; daarom heeft deze standaard de autorisatieprocedure van de NVKG niet doorlopen.

Projectgroep

Organisatie	Vertegenwoordiger
VUmc	Guy Widdershoven
VUmc	Yolande Voskes
VUmc	Laura van Melle
VUmc	Hannah Edelbroek
VUmc	Manon Geldof

Stuurgroep

Organisatie	Vertegenwoordiger
Voorzitter	Niels Mulder
Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland (V&VN)	Patrick Groenewegen
Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP)	Janneke van Gog
Nederlands Instituut voor Psychologen (NIP)	Irma Höfte/ Simon de Groot
Mind	Marlene de Regt/ Menno Tusschenbroek

Klankbordgroep

Organisatie	Vertegenwoordiger
Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland (V&VN)	Irma de Hoop Roos Huyben
Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP)	Adger Hondius Pieter Prins
Nederlands Instituut voor Psychologen (NIP)	Janny Beemink Jeanette Verveen
Mind	Rutger Colin Kips Lotte Kits

8.2 Dwang in de ambulante setting

In de nieuwe Wet Verplichte Geestelijke Gezondheidszorg is gedwongen zorg in de thuissituatie een mogelijkheid. Vooruitlopend op deze wet is onderzoek gedaan naar de ethische aspecten van ambulante dwang. Daarbij is uitgegaan van huidige ervaringen van verschillende partijen en is hen gevraagd zich een beeld te vormen van dwang in de thuissituatie en belangrijke aspecten daarbij. Tevens zijn kwaliteitscriteria voor goede zorg rond dwang geformuleerd. In deze bijlage wordt een samenvatting gegeven van het onderzoek.

8.2.1 Achtergrond

Het wetsvoorstel Wet Verplichte Geestelijke Gezondheidszorg (Wvggz) beoogt de in 1994 ingevoerde Wet Bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Wet Bopz) te vervangen.

Het wetsvoorstel presenteert een nieuwe regeling met betrekking tot personen waarbij verplichte zorg noodzakelijk is om (dreigende) schade voor de betrokkene of zijn omgeving af te wenden.

Bron: Kamerstukken II 2009/10 32 399, nr. 3, p. 4, nb, in de Tweede nota van wijziging is voorgesteld om in de artikelen 3:3, 14:3 en 14:4 “een aanzienlijk risico op ernstige schade voor hemzelf of voor een ander” te vervangen door: ernstig nadeel.

In de Wet Bopz staat de verplichte opname in een psychiatrisch ziekenhuis centraal. De voorwaardelijke machtiging (vw) en de machtiging op eigen verzoek (mev) vormen in de Wet Bopz mogelijkheden tot verplichte behandeling onder voorwaarden buiten ggz- instellingen.

Bron: Broer, J., Koetsier, H., & Mulder, C.L. (2015). Stijgende trend in dwangtoepassing onder de Wet Bopz zet door; implicaties voor de nieuwe Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg. Tijdschrift voor Psychiatrie 57(4), 240-247.

Een aanname was dat met deze machtigingen gedwongen opname voorkomen kon worden.

Bron: Burns T, Rugkåsa J, Molodynski A, Dawson J, Yeeles K, Vazquez-Montes M, e.a. Community treatment orders for patients with psychosis (OCTET): a randomised controlled trial. Lancet 2013; 381: 1627-33.

Het wetsvoorstel Wvggz beoogt ambulant gedwongen zorg mogelijk te maken met als doel gedwongen opname te voorkomen. Er wordt beoogd de minst ingrijpende gedwongen zorg te verlenen en gestreefd naar een zoveel mogelijk ambulante behandeling. De assumptie is dat indien iemand thuis wordt behandeld dit tot een grotere patiënttevredenheid leidt en dat het de participatie van de betrokkene binnen de maatschappij vergemakkelijkt.

Dwang in de thuissituatie is echter precair. Enerzijds is er sprake van in beginsel een minder ingrijpende situatie, omdat de patiënt thuis kan blijven. Anderzijds kan juist het ingrijpen in de persoonlijke leefomstandigheden van de patiënt gevoelens van onveiligheid teweegbrengen. Veiligheid in de thuissituatie stelt andere eisen dan veiligheid in de instelling. De mogelijkheid tot toezicht is beperkt, waardoor de insteek meer gericht zal moeten zijn op inschatting van risico's en creëren van een basis van vertrouwen. Daarnaast treden ook dilemma's op bij het feitelijk toepassen van ambulante dwang. Bij het besluit of én op welk moment dwang toe te passen moet de zorgverlener een afweging maken. Er dient een balans te worden gevonden tussen autonomie als afweerrecht enerzijds, en autonomie als zelfontplooiing en maatschappelijk belang anderzijds.

Een van de belangrijkste veranderingen ten opzichte van de Wet Bopz is dat in tegenstelling tot de instellingsgebonden Wet Bopz, de Wvggz een persoonsvolgende wet is. Hiermee kan zorg zowel ambulant (in de thuissituatie), semimuraal (bijv. op een polikliniek) als intramuraal (in de kliniek) worden toegepast. De beslissing met betrekking tot het opleggen van verplichte zorg ligt bij de rechter, op verzoek van de geneesheer-directeur. Voorafgaand aan het verzoek tot een zorgmachtiging zal door de arts en betrokkene zo mogelijk een zorgkaart

zorgkaart: Zorgkaart zoals bedoeld in de wet verplichte ggz.

worden opgesteld. De patiënt kan in dit stadium zijn voorkeuren aangeven. Vervolgens zal het zorgplan worden opgesteld aan de hand van de zorgkaart. Voorafgaand aan de crisismaatregel kan tevens tijdelijk verplichte zorg opgelegd worden voor de duur van maximaal twaalf uur. Voor zowel de maatregelen als de zorgmachtiging geldt dat deze van tijdelijke duur zijn en dienen te voldoen aan de basisbeginselen van noodzakelijkheid, proportionaliteit, subsidiariteit, effectiviteit en veiligheid.

8.2.2 Doelstelling

De Wet Verplichte ggz creëert een mogelijkheid voor het toepassen van dwang in de thuissituatie. Deze mogelijkheid is relatief nieuw, voor patiënten en professionals. Doel van het onderzoek was om in kaart te brengen welke ethische aspecten er spelen rondom dwangtoepassingen in de ambulante setting volgens patiënten, naasten en professionals. Tevens was het doel op basis van de

gesignaleerde ethische aspecten te komen tot de ontwikkeling van kwaliteitscriteria voor goede zorg en verantwoorde inzet van dwang in de thuissituatie.

8.2.3 Methode

Design In deze kwalitatieve studie werden aan de hand van semi-gestructureerde interviews en focusgroep-discussies perspectieven van stakeholders geëxploreerd. In de interviews werd gewerkt met een topiclijst waarin relevante gespreksonderwerpen waren opgenomen die als leidraad voor de gesprekken dienden.

Bron: Lucassen, P.L.B.J., & oude Hartman, T.C. (2007). Kwalitatief onderzoek. Praktische methoden voor de medische praktijk. Houten: Uitgeverij Bohn Stafleu van Loghum

Voor iedere stakeholder-groep zijn specifieke topiclijsten opgesteld. Belangrijke elementen waren hierbij: ervaringen met crises in de thuissituatie, verwachtingen van dwangtoepassingen in de thuissituatie (kansen en knelpunten), randvoorwaarden, en samenwerking met de kliniek. Topiclijsten voor de focusgroep-discussies werden opgesteld aan de hand van de analyses van de individuele interviews.

Participanten Individuele interviews zijn afgenomen bij zes (oud-) patiënten en één patiëntenvertrouwenspersoon, zes naasten en één familievertrouwenspersoon, acht verpleegkundigen, acht psychiaters, een psycholoog, een huisarts, een politieagent en een medewerker van de psycholance. Inclusie criterium was dat de participanten ervaring hadden met gedwongen opname en/of dwangbehandeling vanuit een persoonlijke of professionele setting. Exclusiecriteria waren voor alle participanten een (focus op) verstandelijke beperking, psychogeriatric of forensische zorg, daar hier een andere wetgeving op van toepassing is. In de werving van professionals werd gestreefd naar diversiteit in ervaring, waaronder met name werk in, en ervaring met FACT-teams, HIC teams en IHT teams. De deelnemers aan de focusgroepdiscussies waren grotendeels in de eerdere fase van het onderzoek geïnterviewd. Participanten werden geworven via de betrokken organisaties uit de stuurgroep en via het netwerk van de projectgroep.

Procedure Het onderzoek bestond uit 34 individuele interviews, vier homogene focusgroepen (voor elk van de perspectieven één focusgroep, waarbij psychologen, de huisarts en de psycholance aansloten bij de focusgroep met psychiaters dan wel verpleegkundigen, en twee heterogene focusgroepen. Elk interview duurde tussen de 45 en 90 minuten. De focusgroepen duurden twee uur. *Ethische overwegingen* Alle respondenten ontvingen zowel schriftelijke als mondelinge informatie over het doel van het onderzoek en werd gevraagd informed consent te ondertekenen alvorens deel te nemen aan de interviews of focus-groepen. Toestemming van de medisch ethische commissie van het VUmc is verkregen voor de uitvoering van dit onderzoek.

Analyse De interviews werden opgenomen en getranscribeerd. De analyse van de data was een iteratief proces. Gedurende de dataverzameling werden de interviews eerst geanalyseerd aan de hand van open codering in MAXQDA tot data saturatie optrad. Saturatie van data ontstaat wanneer er geen nieuwe gegevens meer naar voren komen.

Bron: Flick, U. (2012). An introduction to qualitative research. London: Sage.

De transcripten van de interviews vormden de basis voor de thematische analyse: uit alle getranscribeerde interviews werden de belangrijkste thema's geselecteerd en verder uitgewerkt. Deze thema's werden vervolgens toegelicht en verder uitgediept tijdens de homogene focusgroepen. Daarnaast werd in deze focusgroepen een eerste aanzet gedaan tot het formuleren van kwaliteitscriteria. Op basis van de informatie van alle vier de homogene focusgroepen en de analyse van de interviews zijn vervolgens de eerste concept kwaliteitscriteria opgesteld. Deze zijn voorgelegd aan de deelnemers van de twee heterogene focusgroepen, waarna de criteria zijn aangepast.

Betrouwbaarheid en validiteit Ter vergroting van de validiteit van het onderzoek, werd de interpretatie van de interviews uitgevoerd door meerdere onderzoekers.

Bron: Barbour, R.S. (2001). Checklists for improving rigour in qualitative research: A case of the tail wagging the dog? British Medical Journal, 322, 1115–1117.

De analyse en interpretatie van de interviews is ter toetsing op de herkenbaarheid en geloofwaardigheid voorgelegd aan de respondenten ('member check').

Bron: Meadows, L. & Morse, J.M. (2001). Constructing evidence within the qualitative project. In: J.M. Morse, J. Swanson & A. Kuzel (Eds.). The nature of evidence in qualitative inquiry (187–202). Sage Publications: Thousand Oaks.

8.2.4 Resultaten

Uit de analyse kwamen vijf categorieën van ethische aspecten van ambulante dwang naar voren, met elk meerdere thema's. Tevens zijn zeventien kwaliteitscriteria geformuleerd. De ethische aspecten en kwaliteitscriteria zullen hieronder worden beschreven.

8.2.5 Deel I: Ethische aspecten van ambulante dwang

Tabel 1. Overzicht van ethische aspecten van ambulante dwang

Categorie	Thema
1. Voor en nadelen ambulante dwang	• Voordelen - Voorkomen opname - Eerder kunnen ingrijpen • Nadelen - Schade aan (behandel)relatie - Ongeschikte doelgroepen
2. Vormen van dwang	• Medicatie • Beperking van bewegingsvrijheid • Zachte vormen van dwang • Zonder toestemming binnentreden
3. Locatie	• Veilige plek thuis • Polikliniek
4. Kwaliteit en veiligheid	• Veiligheid van betrokkenen • Toezicht • Deskundigheid • Zorgmachtiging • Evaluatie
5. Familie en naasten	• Rol van familie en naasten • Ondersteuning van familie en naasten

1. Voor- en nadelen van ambulante dwang

Voordelen Het voorkomen van een onvrijwillige opname door eventuele toepassing van dwang in de ambulante setting wordt gezien als een voordeel van de WvGGz. Een familielid geeft aan dat een snelle toediening van medicatie een situatie soms kan oplossen, en dat dan een belastende opname voorkomen kan worden: *“Kijk in heel veel crisissituaties is het even dat het overkookt. Met medicatie kan je dan het vuur weer laag krijgen. Moet je iemand dan maar opnemen? Ik vind dat heel ver gaan.”*

Psychiaters noemen dat met name bij manische patiënten een korte medicamenteuze behandeling thuis uitkomst kan bieden in het couperen van de manie. Hierdoor kan een opname voorkomen worden en zo ook de duur van de manie worden verkort. Een psychiater zegt: *“Als je een acute manische ontregeling hebt kan medicatie thuis al voldoende zijn. Terwijl op een moment dat je de patiënt opneemt en die blijft weigeren en dan ben je alsnog de hele procedure in.”*

Hierbij wordt ingespeeld op huidige knelpunten van RM/IBS procedures waarin ingrijpen vaak pas mogelijk is in geval van (dreigend) gevaar. De nieuwe wet zou een uitkomst kunnen zijn doordat sneller doorgepakt kan worden in situaties waarin gevaar of maatschappelijke teloorgang dreigt. Hierbij wordt ook gesproken over situaties met een sluimerend beloop waarbij niet wordt voldaan aan het gevaarscriterium voor opname. Er wordt hierbij vooral gedacht aan bekende patiënten, die zichzelf verwaarlozen of die een acute crisis doormaken op wie de nieuwe situatie van toepassing zal zijn. Een familielid zegt hierover: *“Ik ben een groot voorstander van ingrijpen in een veel vroeger stadium zodat de nawerkingen van het uit een psychose komen veel minder ernstig kan zijn.”*

Professionals zien de nieuwe wet vooral als uitkomst in situaties waarin snelle behandeling vereist is. Met dwangmedicatie in de ambulante setting zou volgens een verpleegkundige winst behaald kunnen worden omdat er in de kliniek weinig vooruitgang kan worden geboekt en daar niet altijd tot behandeling kan worden overgegaan. Een psychiater geeft aan: *“Vaak zijn de argumenten voor een RM net niet voldoende want ja wat is nou gevaar hè? Terwijl je soms gewoon duidelijk ziet dat iemand wel psychotisch is. Je weet gewoon dat als je hem wel aan de medicatie krijgt dat dat*

gewoon uiteindelijk voor zijn gezondheid veel beter is.”

Nadelen Er worden ook nadelen genoemd van ambulante dwang. Alle respondenten geven aan dat het huis een veilige plek moet blijven voor de patiënt. Ook kan de toediening van ambulante dwang schade aanbrengen in de behandelrelatie tussen patiënt en hulpverlener. Deze behandelrelatie wordt als cruciaal gezien in het verdere behandelproces. Schade aan deze relatie en het wederzijdse vertrouwen leidt mogelijk in een later stadium juist tot meer dwang. Een patiënt benadrukt dat patiënten hierdoor mogelijk helemaal niet meer de deur open zullen doen voor hulp. Een verpleegkundige verwoordt dit als volgt: *“Het huis is wel een veilige plek. Dus mijn voorkeur is natuurlijk dat je altijd probeert om ‘on speaking terms’ te blijven. Daar zit de grootste winst want als je de behandelrelatie verpest en het vertrouwen schendt ja wat moet je dan nog? Dan heb je eigenlijk alleen maar verlies.”*

Bovendien lijkt niet iedere doelgroep geschikt voor ambulante dwang. Een verpleegkundige geeft aan dat voor patiënten die kampen met verslavingsproblematiek de mogelijkheid tot gesloten opname niet moet worden ontnomen. Detoxificatie kan immers niet thuis plaatsvinden en daarnaast is de kans op herstel thuis klein. Voor deze doelgroep geldt echter wel dat mogelijk andere vormen van dwang in thuissituatie mogelijk zouden kunnen zijn, zoals een lagere drempel tot observatie.

2. Vormen van dwang

Medicatie Een groot aantal respondenten noemt de toediening van medicatie als een middel om opname te voorkomen. Een verpleegkundige zegt: *“Nou als ik het over ambulante dwangbehandeling heb dan denk ik ook juist het versterken van medicatie omdat ik weet dat als je het niet doet dat hij dan een opname gaat krijgen. Meer, dan heb je wel toezicht nodig, desnoods drie keer per dag. En dan ben je in feite een cliënt thuis aan het behandelen, medicamenteus.”*

Hoe de toediening van medicatie in de thuissituatie in de praktijk zal moeten gebeuren is echter vaak lastig voor te stellen. Een psychiater geeft aan gedwongen medicatie thuis niet als mogelijkheid te zien: *“Ik zie mij niet met zes man politie naar een huisadres gaan om iemand gedwongen te spuiten [...] Dat kun je klinisch doen als je daarin verzeild raakt. Dat zie ik ambulant niet gebeuren.”*

Of medicatie onder dwang thuis een mogelijkheid is hangt volgens respondenten ook af van de mate van verzet. Een verpleegkundige: *“Dat zal per situatie anders zijn denk ik. Ik kan me wel voorstellen dat je iemand met lichte tegenzin het liefste wilt injecteren thuis.”*

Een psychiater is van mening dat andere dwangtoepassingen thuis geen doel treffen en ambulante dwang zich zou moeten beperken tot het toedienen van medicatie. Hij geeft aan: *“Thuiszorg of een gesprek onder dwang, dat werkt niet. Het enige wat bewezen werkt onder dwang is medicatie.”*

Beperking van bewegingsvrijheid Niet alle dwangtoepassingen die in de klinische setting tot de mogelijkheden behoren, kunnen ambulant gerealiseerd worden. Beperking van de bewegingsvrijheid en afzondering of separatie zijn volgens alle respondenten geen reële opties in de ambulante setting. Een verpleegkundige geeft aan: *“Nee want daar [fixatie of separatie] moet 24 uur toezicht op zijn. Je kunt niet iemand opsluiten in zijn eigen huis.”*

Respondenten reageren overwegend afwijzend ten opzichte van de toepassing van fysieke dwang thuis. Een psychiater zegt: *“Nou geen fysieke dwang, vasthouden en aanraken. Dat sowieso niet.”*

Zachtere vormen van dwang Naast medicatie worden ook zachtere vormen van dwang genoemd, zoals verplichte thuiszorg, inzet van domotica, verplicht contact, verplichte gesprekken of verplichte lichamelijke verzorging. Over dit laatste zegt een psychiater het volgende: *“Gedwongen douchen bijvoorbeeld. Ja, we hebben een vrouw die laat alles lopen. Haar ontlasting en weet ik veel. Daarom wordt ze eigenlijk niet getolereerd in de buurt en mag ze de Albert Heijn niet meer in. Ja als die gewoon zou douchen en de schoonmaakster accepteert. Als je die vrouw zou kunnen dwingen dat er schoongemaakt wordt. Dan is ze al een stuk opgeschoten denk ik...”*

Daarnaast wordt het uitoefenen van toezicht op patiënten genoemd als mogelijkheid. Dit toezicht zou op verschillende manieren kunnen worden vormgegeven. Mogelijkheden die worden genoemd zijn: elektronisch toezicht op binnenkomst en verlaten van het huis door betrokkenen of door bezoek (bijv. ter controle van bezoek van drugsdealers), regelmatige controle of contact met de behandelaar op gezette tijden (eventueel telefonisch) en controle op de aanwezigheid van gedrag beïnvloedbare middelen (drugs en alcohol). Een verpleegkundige uit de behoefte om alvorens te behandelen eerst te observeren. Deze observatie zou vervolgens aanleiding kunnen geven tot het zetten van een volgende stap in (gedwongen) behandeling.

Zonder toestemming binnen treden Indien iemand weigert de deur open te doen voor hulpverlening krijgt de toepassing van ambulante dwang een andere dimensie. De wenselijkheid van het betreden van de woning van een patiënt tegen zijn wil is afhankelijk van de mate waarin deze acties als indringend worden ervaren door de patiënt en dient dan ook van te voren met de patiënt te worden afgestemd. Een groot deel van de respondenten is het eens dat indien er gevaar dreigt, de woning wel kan worden betreden. Uiteraard is het hierbij verstandig eerst contact te leggen met familie of naasten of andere zorgverleners (zoals thuiszorg) die mogelijk een sleutel hebben. Een psychiater zegt hierover: *“Tot nu toe ligt het er aan hoe veel zorgen je je maakt zeg maar.[...] Soms heeft de thuiszorg sleutels, dan probeer je in samenspraak met hen de dag erna naar binnen. Als je je echt zorgen maakt dan bel je de politie, ja weet je dat ligt er heel erg aan wat je denkt dat er aan de hand is waarom iemand niet opendoet.”*

Bij patiënten die onder begeleiding wonen kan de woning worden betreden. Een GZ-psycholoog pleit voor het afdwingen van toegang tot een woning volgens een wettelijke machtiging in het kader van goede zorg. De juridische mogelijkheden hiertoe zijn echter onduidelijk. Een psycholance medewerker merkt hierover op: *“Als er straks een bevel ligt bij de rechter dat iemand in het kader van de gedwongen behandeling de zorg moet accepteren, dus die medicatie moet accepteren. Is dat juridisch dan ook gegrond om die deur open te maken? Ik betwijfel het. Want je hebt het bij zorg, vooralsnog over dreigend gevaar, en bij binnentreden over acuut gevaar. Daar zit een flinke wereld tussen.”*

3. Locatie

Veilige plek thuis De thuisomgeving wordt door patiënten en familieleden omschreven als een veilige plek, waarbij het doorbreken van dit gevoel tot trauma kan leiden. Een patiënt omschrijft dit als volgt: *“Om te kunnen herstellen heb je een veilige plek nodig. Thuis moet het veilig zijn en veilig blijven. Je wilt geen zieke omgeving maken van thuis en dat doen ze wel met deze wet, ik ben er echt faliekant op tegen.”*

Gepleit wordt voor het vergroten van het besef dat het bieden van verplichte zorg in het huis van een

patiënt de beleving van thuis als veilige plek kan schaden. Een patiënt benoemt dat hiermee 'het laatste stukje' wordt afgenomen. Hoewel door alle respondenten waarde wordt gehecht aan het belang van het beschermen van thuis als veilige plek, verschillen respondenten in hoever dit respect moet gaan ten aanzien van de uitvoer van ambulante dwang thuis. Psychiaters menen dat het per patiënt zal verschillen of iemand zijn huis als veilige plek beschouwt en daarom niet thuis onder dwang behandeld zou willen worden maar liever wordt opgenomen, terwijl anderen er wellicht wel voor zouden kiezen om thuis te blijven. Volgens een psychiater kan dwangmedicatie alleen thuis worden toegediend wanneer een patiënt dit accepteert: *"Alleen als de patiënt het echt accepteert, dus nog de keuze krijgt je gaat nu mee met de ambulance naar de kliniek daar krijg je het depot of je accepteert het thuis. Als iemand dan zegt doe dan maar thuis, dan kan ik me dat thuis voorstellen."*

Polikliniek De toediening van medicatie in een polikliniek wordt veelal geprefereerd boven toediening bij een patiënt thuis. De patiënt zou dan (onder toezicht van politie) naar een poli kunnen worden gebracht voor een depot. Een verpleegkundige zegt: *"Ja ik zie behandeling thuis onder dwang niet zo plaatsvinden. Ik ga als SPV'er niet met iemand knokken. En ik vind het verkrachtend om met een legertje politieagenten bij iemand thuis binnen te komen. Wel als iemand opgenomen moet worden. Maar niet wekelijks, met een hoop gedoe een spuit er in duwen."*

4. Kwaliteit en veiligheid

Veiligheid van betrokkenen Essentieel bij de uitvoering van dwang in de ambulante setting is de veiligheid van de betrokkenen, zowel patiënten en naasten als zorgverleners. Verpleegkundigen zien de waarborging van de eigen veiligheid als belangrijke voorwaarde voor een verantwoorde uitvoering van ambulante dwang. Het wordt noodzakelijk geacht de risico's in te schatten voorafgaand aan het huisbezoek en hier het beleid op aan te passen. Een verpleegkundige zegt: *"Er zijn allemaal voorwaarden die je elke dag moet toetsen van kan het wel kan het niet. En ik denk als je een cliënt hebt waar je elke dag naartoe moet al is het één, twee of drie keer dat je telkens moet blijven evalueren met betrokkenen van is het wel of is het niet veilig en verantwoord om te doen."*

Veelvuldig wordt benadrukt dat ambulante dwang met name vereist dat, zo nodig, opname kan plaatsvinden om structuur te kunnen bieden aan patiënten en familie of steunsysteem te kunnen ontlasten. Hiermee zou de situatie huis ook veilig kunnen blijven. Een medewerker van de psycholance benadrukt dat er grenzen gesteld moeten worden aan het voortduren van een ambulante traject. Een opname is geïndiceerd wanneer er sprake is van gevaar voor de patiënt of derden: *"Wanneer een cliënt volgens mij echt niet meer thuis kan blijven, is als er direct gevaar ontstaat. Voor de patiënt zelf, de directe of brede omgeving, er extreme overlast ontstaat, dat zijn momenten waarop ik zeg, dan moet je stoppen en dan moet je zeggen kom maar naar binnen."*

Toezicht Bij het toedienen van medicatie thuis dient monitoring van de werking en bijwerking van medicatie plaats te vinden. Psychiaters verschillen echter van mening of er na de gedwongen medicatie thuis constant iemand aanwezig zou moeten zijn voor deze monitoring. Een psychiater zegt: *"Ik denk niet dat er 24 uur iemand bij hoeft te zijn. Als je daar een uur bent en de patiënt slaapt. Ja uh, dan kun je iemand toch slapend achter laten en na, over vier uur weer eens terugkomen om te kijken?"*

Een familielid benadrukt dat bij patiënten die voor het eerst in crisis raken dwangbehandeling thuis alleen onder 24 uur toezicht kan plaatsvinden: *"Als je iemand nog nooit eerder hebt gezien, waarvan je het ziektebeeld niet kent, hoe kun je dan vanuit de thuissituatie beoordelen wat voor iemand goed"*

is? Tenzij je daar een blik hulpverleners opent en hem vierentwintig uur per dag kan observeren. Je weet toch niet wat er aan de hand is?"

Deskundigheid Verplichte zorg in de ambulante setting vraagt om specifieke kennis en vaardigheden van zorgverleners. Respondenten benadrukken dat als er meer zorg in de thuissituatie plaatsvindt, begeleiding door kundige professionals een voorwaarde is. Dit vergt een goede opleiding en regelmatige bijscholing. Deskundigheidseisen op het gebied van risicotaxatie, juridische kaders, (afweging van) morele aspecten en communicatie met en instructie van familie worden hierbij genoemd. De uitvoering van de ambulante dwang dient gelegd te worden bij teams die specifieke ervaring hebben op dit gebied, zoals de crisisdienst en de IHT teams. Hierbij wordt benadrukt dat met name het besluit om te starten met de dwangbehandeling door ervaren professionals dient te worden genomen. Psychiaters benadrukken hierbij dat deze beslissing bij de psychiater moet worden gehouden, en niet door andere disciplines kan worden genomen. Goede uitvoer van ambulante dwang vergt tevens een adequate bezetting om zorg te kunnen intensiveren om daarmee opname te kunnen voorkomen. De beddenreductie moet volgens geïnterviewden samengaan met een opbouw in ambulante zorg. Een familielid geeft aan: *"Die ambulante zorgteams moeten genoeg mensen hebben om ervoor te zorgen dat in de thuissituatie de zorg zo goed is dat dwang een uitzondering wordt."*

Zorgmachtiging Een psychiater beschrijft dat een 'zorgmachtiging' een uitkomst zou zijn om van tevoren met patiënt te bespreken wat deze zou willen in een crisissituatie: *"Dat iemand dan zelf zegt van nou als ik in die positie zou verkeren dan mag je wat mij betreft binnen komen, je mag mijn sleutel bij mijn zus op komen halen en het liefst spuit je me dan thuis."*

De 'crisiskaart', een kaart waarin van tevoren iemands wil in crisissituaties wordt vastgelegd, zou in crisissituaties van waarde kunnen zijn. In overeenstemming met deze 'crisiskaart' is de 'zorgkaart' zoals gepresenteerd in de nieuwe Wvggz. Patiënten geven aan dat deze zorgkaart serieus genomen dient te worden. Een patiënt zegt: *"Hoe meer je aansluit bij wat iemand wil in zo'n situatie, hoe minderen traumatisch de dwang ook is die je dan gaat toepassen."*

Een van de voorwaarden voor de uitgave van een 'zorgmachtiging' zou volgens een psychiater en verpleegkundigen een second opinion van een onafhankelijke psychiater moeten zijn. Een psychiater geeft aan: *"Ik vind het toch vaak nog nuttig om een onafhankelijk psychiater vraagt om te kijken of er echt niet een alternatief mogelijk is. Ik kan me voorstellen dat er zo'n zelfde moment is als je besluit om in de thuissituatie echt dwang te gaan toepassen."*

Evaluatie Een belangrijke voorwaarde voor ambulante dwang is volgens psychiaters een goede evaluatie van de dwangtoepassing. In deze evaluatie zal ook het voortduren van de dwangmaatregel en het effect van de dwangmaatregel op de relatie met familieleden moeten worden meegenomen. Patiënten waarschuwen hierbij dat de evaluatie van dwang niet te snel moet plaatsvinden, omdat patiënten eerst goed hersteld moeten zijn. Belang wordt gehecht aan een goede verantwoording voor de toepassing van de dwangmaatregel. Een periodieke evaluatie van de dwangtoepassing en het beleid wordt voornamelijk door de hulpverleners van belang geacht. Hierbij wordt tevens het belang van het betrekken van familie benadrukt. Deze evaluatie dient tevens om te controleren of de dwangmaatregel niet te lang wordt doorgezet. Hierbij wordt ook genoemd dat er een goede registratie van het effect moet zijn.

Een psychiater bepleit toezicht vanuit de inspectie: *“Ik zou een stappenplan ambulante dwang willen dat net zo bindend is als in de kliniek. Waar je formulieren hebt waar staat dat je dwangbehandeling evalueert. De formulieren kan de inspectie controleren. Dus dat er echt toezicht op is en dat het niet vrijblijvend geëvalueerd wordt.”*

Niet alleen individuele gevallen verdienen aandacht, ook de wet als zodanig dient geëvalueerd te worden. Een psychiater zegt hierover: *“Nou ik denk, als we dit gaan doen, dat we goed moeten kijken of het aantal opnames dan ook daadwerkelijk afneemt, of dat het aantal crisismaatregelen enorm toeneemt, maar het aantal opnames gelijk blijft. Dat betekent dus dat we opeens veel meer mensen dwang krijgen. Het is natuurlijk altijd het gevaar dat als het kan dat het ook gebeurt. Dus je zou ook veel breder moeten kijken en een evaluatieperiode moeten nemen.”*

5. Familie en naasten

Rol van de familie en naasten Het betrekken van familie bij de uitvoer van dwang in de thuissituatie kan verstrekken gevolgen hebben voor de onderlinge relatie met de patiënt en voor de rolverdeling met hulpverleners. Respondenten zijn het eens dat familie een rol zou moeten spelen in de behandeling maar over hoe deze betrokkenheid eruit zou moeten zien verschillen de ideeën. Familie kan worden ingezet om verslechtering in toestandsbeeld te signaleren en bijwerkingen van medicatie te observeren. Maar familie moet geen behandelaar worden. Geïnterviewde familieleden staan gemengd tegenover betrokkenheid bij de uitvoer van dwangtoepassingen. Een ouder zegt hierover het volgende: *“Ik ga niet mee doen aan een systeem dat mijn ouderrol ondergraaft.”* Een ander familielid geeft aan minder moeite te hebben met de betrokkenheid bij dwang: *“Ik heb haar wel vaker onder dwang medicatie moeten geven hoor. Ze had namelijk diabetes... Gewoon die injectie erin, punt.”*

Familieleden zijn het erover eens dat als iemand medicatie krijgt in een crisissituatie, de patiënt niet alleen gelaten mag worden. Verpleegkundigen pleiten hierbij unaniem voor meer aandacht voor het steunsysteem, zeker als er sprake gaat zijn van ambulante dwang. Een familielid zegt hierover: *“Ik wil terug in mijn rol als partner. Ik denk dat je daar juist goed moet afstemmen. Volgens mij in die nieuwe wet kan het niet anders dan dat je met familie nog meer gaat afstemmen dan wat er al gedaan wordt.”*

Ondersteuning van familie en naasten Familieleden vinden ondersteuning hierbij van belang bijvoorbeeld in de vorm van coaching, intervisie en psychoeducatie. Een familielid benoemt dat er behalve ‘samenwerken met’ en ‘betrekken van’, ook ‘zorgen voor’ familie belangrijk is.

8.2.6 Deel II Kwaliteitscriteria

De volgende zeventien kwaliteitscriteria voor ambulante dwang en drang resulteerden uit de focusgroepen met patiënten, naasten en professionals. Deze kwaliteitscriteria zijn in te delen in de volgende thema's: algemeen, preventie, indicatie, uitvoering en reportage en evaluatie:

Algemeen

1. Besef dat dwang het uiterste middel dient te zijn. Overweeg eerst alle vrijwillige alternatieven.
2. Samenwerking met patiënt en naasten is essentieel om kwaliteit van zorg te waarborgen
3. Samenwerking met partners in de zorgketen is essentieel om kwaliteit van zorg rondom dwang

te waarborgen.

4. Dwang vereist grote deskundigheid van zorgverleners. Zij hebben kennis van de relevante wet- en regelgeving en van mogelijke alternatieven.

Preventie

1. Probeer dwang te voorkomen, bijvoorbeeld met motiverende gespreksvoering en intensief contact met de patiënt en zijn naasten. Wees je ervan bewust dat dwang enerzijds een grote impact heeft op hun leven en anderzijds schade kan voorkomen.
2. Neem indien aanwezig kennis van eerdere rapportage en evaluatie rondom dwang bij deze patiënt. Bespreek waar nodig het signaleringsplan, WRAP of crisiskaart met de patiënt.

Indicatie

1. De psychiater is verantwoordelijk voor de indicatiestelling van dwang;
2. Het behandelingsplan dient het uitgangspunt te zijn bij dwang. Neem de voorkeuren van de patiënt rondom dwang en drang op in het zorgplan. Bij nieuwe patiënten dient een zorgplan aangemaakt te worden.
3. Besteed aandacht aan het contact en communicatie met patiënt en de naasten. Het belang van de patiënt staat voorop.
4. Informeer bij de indicatie van dwang naasten actief en vraag naar hun voorkeuren en mogelijkheden, binnen de wet- en regelgeving.
5. Signaleer wat nodig is in de (individuele) situatie van de patiënt. Dwang moet voldoen aan de criteria van subsidiariteit (er is geen minder ingrijpend middel beschikbaar), proportionaliteit (het middel staat in verhouding tot het doel) en doelmatigheid (het middel is werkzaam).

Uitvoering

1. Bij uitvoering van dwang wordt gehandeld volgens het zorgplan. Volg hierbij zoveel mogelijk de voorkeuren van de patiënt.
2. Zorg bij de uitvoering van dwang voor maximale veiligheid voor alle betrokken partijen.
3. Bij uitvoering van dwang is het belangrijk om naasten actief te informeren en vragen naar hun wensen en mogelijkheden, binnen het kader van de wet- en regelgeving.

Rapportage en evaluatie

1. Zorg voor toetsbare rapportage en registratie van het gehele proces (preventie, indicatie en uitvoering) met de ketenpartners.
2. Evalueer de dwang achteraf zorgvuldig met patiënt en naasten. Reflecteer op de situatie: met welk doel is de dwang toegepast, heeft de dwang zijn doel bereikt, wat waren de ervaringen van de patiënt en de naasten en hoe kunnen dergelijke situaties in de toekomst voorkomen worden? Pas op basis van deze evaluatie en reflectie eventueel het zorgplan aan.
3. Evalueer de dwang met de betrokken zorgverleners en ketenpartners, waarbij er zowel gereflecteerd wordt op de ervaringen van de patiënt en zijn naasten als op het gehele proces van zorg (preventie, indicatie en uitvoering van de verplichte zorg).

8.2.7 Discussie

Het toepassen van verplichte ambulante zorg binnen de Wet verplichte ggz is nieuw en dit betekent een grote verandering in de gangbare praktijk. Deze veranderingen zorgen voor nieuwe situaties en dilemma's. De ideeën over de ethische aspecten van ambulante dwang lopen uiteen. Sommige respondenten zien het als een uitkomst en anderen geven aan het absoluut geen optie te vinden. Sommige interventies lijken voor veel betrokkenen acceptabel, bijv. gedwongen medicatie ter voorkoming van opname. Ook zachtere vormen van dwang worden genoemd, zoals verplichte thuiszorg, inzet van domotica, verplicht contact, verplichte gesprekken of verplichte lichamelijke verzorging. Tegen andere interventies, zoals beperking van de bewegingsvrijheid, worden sterke bezwaren geuit. De toepassing van dwang in de eigen woning roept veel vragen op. Als alternatief wordt de polikliniek genoemd. Kwaliteit van zorg is belangrijk thema. Dat betreft veiligheid, deskundigheid, toetsing, evaluatie en nazorg. Dwang staat op gespannen voet met de wederkerigheid in de relatie. Dit betekent dat ook de rolverdeling tussen familie en behandelaren aandacht verdient.

Dwang in de thuissituatie wordt gekenmerkt door spanningen en dilemma's. Ambulante dwang staat op gespannen voet met de gedachte dat het eigen huis een veilige plek is voor de patiënt. Anderzijds kan met ambulante dwang een (gedwongen) opname mogelijk voorkomen worden. Ook kan de nadruk in het wetsvoorstel op het zorgplan leiden tot meer aandacht voor de behoeften, wensen en verwachtingen van de patient en de naasten. De rol die volgens de Wvvgz is weggelegd voor het zorgplan vraagt om het actief aangaan van het gesprek over dwang, wat er kan gebeuren in een crisissituatie en welke stappen gezet zullen worden als de patiënt zich niet aan de afspraken houdt. Dit pleit voor goede scholing, zowel over zorginhoudelijke als ethische aspecten van het omgaan met dwang en drang.

De kwaliteitscriteria die werden geformuleerd tijdens de focusgroepen in deze studie spelen in op genoemde ethische dilemma's en geven daarbij richting aan kwalitatief goede zorg. De behoefte aan een dergelijk ethisch kader is breed door het veld geuit. De kwaliteitscriteria vormen een actualisatie van bestaande kwaliteitscriteria voor dwang en drang uit 2001, die op basis van kwalitatief onderzoek naar ervaringen van patiënten, familie en professionals werden opgesteld.

Bron: Berghmans, R., Elfahmi, D., Goldsteen, M. & Widdershoven, G.A.M. (2001).
Kwaliteit
van dwang en drang in de psychiatrie. Utrecht/ Maastricht, GGZ Nederland/
Universiteit Maastricht.

Hoewel bij de formulering van de kwaliteitscriteria in dit onderzoek de nadruk heeft gelegen op ambulante dwang, kan worden vastgesteld dat ze feitelijk locatie overstijgend zijn, en daarmee ook van toepassing op dwang en drang in de kliniek. Dit is in lijn met de Wvvgz die patiëntvolgend is en niet langer meer locatie gebonden.

Een aantal respondenten geeft aan dat de mogelijkheid tot ambulante dwang op gespannen voet staat met het landelijke streven minder dwang toe te passen. Het risico bestaat dat er meer dwang wordt toegepast omdat er meer mogelijkheden bestaan. Ook in de ambulante setting blijft het vrijwillig bieden van zorg het streven. Indien dit niet mogelijk is betekent dit niet dat er direct

overgegaan kan worden op dwang. Een belangrijke eerste stap ligt bij de inzet van drang om verdere dwangtoepassingen te voorkomen. Van belang is aandacht te hebben voor de behoeften en wensen van de patiënt en vanuit dit contact te onderhandelen en de patiënt ervan te overtuigen dat behandeling noodzakelijk is. Kortom, als het gaat om ambulante dwang dient, net als overigens in de kliniek, de zorg enkel geïntensiveerd te worden indien dat nodig is. Dit betekent ook dat er pas opgeschaald wordt naar institutionele settingen wanneer dit echt nodig is. Opschalen van zorg betekent ook dat er aandacht dient te zijn voor het 'afschalen' van zorg. Zo biedt ambulante dwang ook mogelijkheden in het vervolgtraject na opname. Belangrijk bij de inzet van zowel maatregelen als de zorgmachtiging is dat deze van tijdelijke duur zijn en voldoen aan de basisbeginselen van subsidiariteit, proportionaliteit en doelmatigheid.

De gesignaleerde ethische aspecten van ambulante dwang vragen om monitoring. De doelmatigheid van de nieuwe wet in het voorkomen van dwangopnamen is een belangrijk thema, omdat weinig bekend is over de werkingsmechanismen voor het voorkomen van (dwang)opnamen.

8.2.8 Conclusie

Dit onderzoek geeft een verkennend beeld van de nu nog hypothetische situatie rondom dwangtoepassingen in de thuissituatie. De resultaten van de interviews wijzen op ethische dilemma's die in de praktijk kunnen spelen wanneer de Wvggz van kracht zal zijn. Tevens zijn kwaliteitscriteria geformuleerd voor goede zorg rond dwang. Deze zijn niet enkel op ambulante dwang van toepassing, maar zijn relevant ongeacht de locatie. Concluderend kan er gesteld worden dat afstemming met de patiënt en naasten als een essentieel onderdeel wordt gezien van de zorg. Het luisteren naar de wensen en voorkeuren van de patiënt is belangrijk, zeker ook met het oog op herstel. Van groot belang is te blijven volgen hoe de praktijk zich gaat ontwikkelen wanneer de WvGGZ van kracht is en hierbij vooral ook stil te blijven staan bij de belevingen van patiënten en naasten.

8.3 Beschrijving van de modellen (F)ACT, IHT en HIC

(F)ACT-model

Bron: Veldhuizen, R., van, Polhuis, D., Bähler, M., Mulder, N. & Kroon, H. (Red). (2015). Handboek FACT. Utrecht: De Tijdstroom.

Een belangrijk deel van de behandeling van ernstige psychische problemen speelt zich af binnen de ambulante setting in teams voor (flexibel) assertive community treatment ((F)ACT). Het doel van (F)ACT is om patiënten te ondersteunen in hun herstelproces. Herstel kan worden opgevat als het herwinnen van een positief zelfbeeld, het verkrijgen van een actief 'zelfmanagement' en een leven herwinnen buiten de ggz. Zowel recent gediagnosticeerde patiënten (o.a. eerste psychose, adolescenten) als mensen met een langdurige psychische stoornis en zorgmijders vallen in de doelgroep van een (F)ACT team. Uiteraard is juist op dit terrein een zorgvuldig familie- en naastenbeleid van groot belang. Kenmerk van (F)ACT-zorg is dat zorgverleners de patiënt opzoeken als zij denken dat dit nodig is. Dit draagt mogelijk bij aan dwangreductie. Men wacht niet af wanneer

het niet goed gaat met een patiënt, maar men gaat er assertief op af en intervenueert tijdig. Indien nodig kan de zorg worden opgeschaald en kunnen daardoor opnamen in de kliniek worden afgewend. In principe wordt aangesloten bij de wensen van patiënt, echter daar waar nodig kan de zorg ook aspecten van drang bevatten. Drang wordt toegepast om positieve doelen voor patiënten te bereiken en kan dwang voorkomen.

IHT-model

Bron: Prinsen, E., Wel, B., van, Mulder, N., Koning, N., de. (2016). Handboek Intensive Home Treatment. Utrecht: De Tijdstroom.

Als behandeling met (F)ACT onvoldoende uitkomst biedt voor mensen met ernstige psychiatrische problematiek, kan Intensive Home Treatment (IHT) een belangrijke bijdrage leveren bij het begeleiden en behandelen in hun thuissituatie. Het doel van IHT is om in geval van crisis zo snel mogelijk de ambulante zorg op te schalen, zodat de behandeling en begeleiding thuis kunnen blijven plaatsvinden. De behandeling vindt plaats naast de eventueel al lopende (poliklinische) behandeling. Een IHT-team is een team van ggz-professionals die snel en adequaat reageren op een (dreigende) psychische crisis bij een patiënt in zijn of haar eigen omgeving. Het team is in staat om behandeling en ondersteuning te bieden aan de patiënt en diens omgeving in de eigen situatie. In de VS werd aangetoond dat deze vorm van behandeling kan bijdragen aan het verminderen van opnamen (Johnson et al., 2005).

HIC-model

Bron: Mierlo, T., van, Bovenberg, F., Voskes, Y., & Mulder, N. (2014). Werkboek HIC: High en intensive care in de psychiatrie. Utrecht: De Tijdstroom.

Indien er sprake is van een dusdanig ernstige crisis dat een tijdelijk verblijf op een gesloten afdeling noodzakelijk wordt geacht kan de zorg verder worden opgeschaald naar de high & intensive care (HIC). Een opname op de HIC is een tijdelijke onderbreking (of start) van ambulante (vervolg)behandeling en duurt zo kort als mogelijk. Een kortdurende opname vraagt om een proactieve attitude van de ambulante behandelaar. Meestal betekent dit opnamevoorkomend werken, maar soms kan het ook betekenen dat het beter is om de patiënt eerder op te nemen: "Beter een opname twee dagen te vroeg (eventueel met drang) dan een dag te laat (onder dwang)". Belangrijk hierbij is wel dat een (gedwongen) opname alleen dient plaats te vinden in het geval opgeschaalde zorg niet heeft geholpen.

Centraal in het HIC-concept staat het terugdringen van dwang en drang, waarbij een belangrijk uitgangspunt is dat iemand die ernstig ziek is niet alleen gelaten wordt. Op de HIC wordt ingezet op het teruggeven van de regie aan de patiënt om herstel te bevorderen en wordt gebruik gemaakt van evidence- based interventies en best practices. De behandelvisie combineert herstelondersteunende zorg en het medisch model (behandeling van de psychiatrische crisis en bescherming en veiligheid).

Een ander belangrijk uitgangspunt van een HIC is dat het ambulante behandelproces leidend is en er vanaf het begin van de opname zorgafstemming plaatsvindt tussen de HIC-behandelaar, de ambulante behandelaar, de patiënt en zijn of haar meest directe naasten. In het HIC model wordt een combinatie gemaakt van de 'high care-functie' (HC) en de 'intensive care-functie' (IC). Opname vindt in eerste instantie plaats op de HC, welke is vormgegeven volgens principes van healing environment. Indien nodig, kan de zorg ook binnen de kliniek tijdelijk opgeschaald worden door één-op-één begeleiding te bieden in de individuele ruimte van de patiënt, of op de daarvoor speciaal ingerichte ic-afdeling. Op de IC wordt extra veiligheid geboden als er sprake is van ernstige risico's, functiestoornissen en/of een hoge mate van verlies van zelfcontrole. Indien er sprake is van een noodsituatie die niet met andere noodinterventies kan worden opgelost beschikt men op de IC over een extra beveiligde kamer (EBK). De EBK is een gesloten ruimte en is daarmee een vrijheidsbeperkende interventie en moet worden gezien als uiterste maatregel in de opschaling van zorg. Hierbij is van belang dat ook in de zorg in de EBK te allen tijde wordt ingezet op het herstel van contact en het geven van regie aan de patiënt.