

# HANDREIKING

# AMBULANTE VERPLICHTE ZORG

## Onder de Wet verplichte ggz

Versie 1.0

Vastgesteld door de Bestuurlijke Ketenraad op 20 december 2019

### **Auteurs**

Oswald Bloemen, psychiater GGZ Centraal  
Jan-Pieter Maes, psychiater en geneesheer-directeur Yulius

Niels Mulder, psychiater Parnassia  
Elnathan Prinsen, psychiater Dimence  
Charlotte Smits, psychiater GGZ inGeest  
Houkje Tamsma, psychiater en geneesheer-directeur GGZ Friesland



## Oplegger bij Handreiking ambulante verplichte zorg

Naar aanleiding van vragen uit het veld heeft de NVvP het initiatief genomen om in het kader van de implementatie van de Wet verplichte ggz een handreiking ambulante verplichte zorg op te stellen. De ontwikkeling van de handreiking wordt deels gefinancierd door het ministerie Justitie en Veiligheid.

Op 8 januari 2019 heeft een ketenbrede startbijeenkomst plaatsgevonden. Deelnemende organisaties waren NVvP, NIP, V&VN, Mind, Stichting PVP, GGZ Nederland, OM en Politie. Het doel van dit overleg betrof het identificeren van de aandachtspunten rondom ambulante verplichte zorg en het kaderen van de verwachtingen en de inhoud van de handreiking.

Vervolgens heeft een werkgroep van psychiaters het voortouw genomen in de totstandkoming van de eerste opzet voor de handreiking ambulante verplichte zorg. Deze eerste opzet is tijdens de ketenbrede vervolgbijeenkomst van 11 maart jl. voorgelegd aan alle deelnemende organisaties, waarna de opmerkingen van de deelnemende organisaties door de NVvP zijn verwerkt tot een pre-conceptversie van de handreiking.

De pre-conceptversie van de handreiking is na afronding verstrekt aan de zorginhoudelijke partijen (V&VN en NIP) en Mind en inhoudelijk besproken tijdens een bijeenkomst op 9 mei 2019. De verwerking van de opmerkingen naar aanleiding van deze bijeenkomst vond plaats in samenspraak met de werkgroep van psychiaters.

Na het verwerken van voornoemde opmerkingen is de conceptversie van de handreiking verstrekt aan de deelnemende organisaties en inhoudelijk besproken tijdens een ketenbrede bijeenkomst op 11 juni jl. Bij dit overleg waren MIND, Stichting PVP, OM, NIP, Politie, GGZ Nederland en de NVvP allen aanwezig.

Naar aanleiding van deze bijeenkomst is er door de NVvP gewerkt aan een aangepaste versie van de handreiking. Deze versie is na afronding ter revisie voorgelegd aan de organisaties die hebben deelgenomen aan het betreffende overleg. Het ontvangen commentaar is vervolgens door de werkgroep van psychiaters gewogen en ten dele verwerkt, zodat de handreiking halverwege juli ter vaststelling kan worden aangeboden.

De handreiking wordt mede vastgesteld door ketenpartijen die zijn vertegenwoordigd in het Landelijk Ketenoverleg (LKO) en de Bestuurlijke Ketenraad (BKR) behorende bij de implementatie van de Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg. Een bestuurlijke autorisatieronde door deelnemende organisaties zal zodoende niet plaatsvinden.



## HI Inleiding

### §1.1 De Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg (Wvggz)

Op 1 januari 2020 treedt de Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg (Wvggz) in werking. Deze wet regelt de rechten, plichten, taken en verantwoordelijkheden rondom verplichte zorg in de GGZ. De Wet bijzondere opnemingen psychiatrische ziekenhuizen (Wet bopz) komt hiermee te vervallen. Een belangrijke verandering in de Wvggz ten opzichte van de Wet bopz is dat verplichte zorg niet meer noodzakelijkerwijs in een GGZ-instelling hoeft plaats te vinden, maar ook op een polikliniek of aan huis kan worden gegeven. We spreken dan van ambulante verplichte zorg.

### §1.2 De rol van het patiënt- en familieperspectief

De toepassing van verplichte zorg in de thuissituatie betekent een sterke inmenging in het dagelijks leven van de betrokkene. Met andere woorden, het kan een grote impact hebben op het gevoel van een thuis waar de betrokkene zich veilig voelt. Wanneer er een keuze is, zullen sommige betrokkenen de voorkeur geven aan opname in een accommodatie, anderen juist de voorkeur geven aan behandeling (ook al is dat in het kader van een machtiging) thuis. Bij de laatste groep kan het vooruitzicht op opname ervoor zorgen dat een betrokkene gedragsmatige medewerking verleent om verplichte behandeling thuis te ondergaan.

In de Wvggz spelen de wensen en behoeftes van de betrokkenen en naastbetrokken een grote rol.<sup>1</sup> De betrokkene en naastbetrokkenen hebben hiertoe verschillende mogelijkheden gekregen om hun wensen en voorkeuren ten aanzien van verplichte zorg aan te geven. Zo kan een betrokkene in de gelegenheid worden gesteld om een eigen plan van aanpak op te stellen waarin afspraken worden gemaakt om verplichte zorg te voorkomen. Deze handreiking 'start' echter op het moment dat de afweging dat verplichte zorg noodzakelijk is reeds is gemaakt. Voor de volledigheid wordt hier echter wel verwezen naar de mogelijkheid van het opstellen van een plan van aanpak. Zie hiervoor ook de door MIND opgestelde 'Handreiking eigen plan van aanpak'.<sup>2</sup> De zorgkaart is daarnaast een belangrijk instrument waar de betrokkene met behulp van de zorgverantwoordelijke zijn wensen en voorkeuren kan opnemen. De Wvggz schrijft voor dat een zorgkaart in de voorbereiding van een zorgmachtiging gemaakt moet worden. De voorkeuren van de betrokkene die in de zorgkaart beschreven staan dienen vervolgens zoveel mogelijk gehonoreerd te worden in het zorgplan. Hiertoe wordt de betrokkene en diens naasten<sup>3</sup> bij start van de maatregel opnieuw gehoord door de aanvrager van de maatregel over hun wensen ten aanzien van de aard van de verplichte zorg.<sup>4</sup> Aangeraden wordt om de uitkomsten hiervan te documenteren in het dossier, evenals de redenen waarom de wensen van de betrokkene en naasten wel of niet (kunnen) worden gehonoreerd. Ook wordt geadviseerd om hier continu over in gesprek te blijven met de betrokkene en diens naasten, omdat de wensen en voorkeuren van de betrokkene en diens naasten kunnen veranderen. Dit geldt uiteraard niet enkel voor de wensen en voorkeuren, maar ook voor de omstandigheden waarin zij zich bevinden. Aangeraden wordt zodoende om ook tijdens het opstellen van het zorgplan in de gaten te houden dat de wensen, voorkeuren en omstandigheden van naasten (bijv. eventuele mantelzorgers) kunnen wijzigen.

Daarnaast zijn de crisiskaart en het signaleringsplan beproefde instrumenten waarover enige evidence beschikbaar is. Zo dient er zo snel mogelijk, maar ten minste bij het aflopen van een maatregel, in samenspraak met de betrokkene en naasten, een crisis- en signaleringsplan te worden opgesteld of na evaluatie een bestaand plan te worden aangepast. Het doel hiervan is om herhaling van een maatregel te voorkomen.

De betrokkene en diens naasten hebben recht op een patiëntvertrouwenspersoon en familievertrouwenspersoon voor advies en bijstand, o.a. bij het opstellen van deze documenten. Zo kan de patiëntvertrouwenspersoon, naast de advocaat, advies en bijstand verlenen aan een betrokkene bij het opstellen van een zelfbindingsverklaring, het opstellen, evalueren en actualiseren van een zorgkaart of zorgplan en bij het voorbereiden, uitvoeren en beëindigen van een crisismaatregel, machtiging tot voortzetting van de crisismaatregel of zorgmachtiging. Daarnaast kan een patiëntvertrouwenspersoon, naast de advocaat, advies en bijstand verlenen aan een betrokkene bij de uitvoering van hoofdstuk 9.1 Wvggz (personen met een

<sup>1</sup> In de Wvggz worden 'naastbetrokkenen' omschreven als 'de voor de continuïteit van zorg relevante familie en naasten'. Daarnaast wordt in de Wvggz meermaals gesproken over de familie, naasten en de vertegenwoordiger.

<sup>2</sup> De handreiking is in te zien via: <https://www.dwangindezorg.nl/uitvoering/wvggz/producten/handreikingen>.

<sup>3</sup> Indien van toepassing én na toestemming van de betrokkene, want anders is de gegevensdeling met naasten beperkt.

<sup>4</sup> Zowel in de voorbereidingsfase voor de aanvraag van een zorgmachtiging als kort voor de uitvoering ervan, wordt de betrokkene gesproken over zijn/haar voorkeuren.



strafrechtelijke titel die worden geplaatst in een accommodatie), bij de uitvoering van een klachtprocedure en bij vragen of klachten over de uitvoering van zorg.<sup>5</sup> De familievertrouwenspersoon heeft daarnaast tot taak om (op verzoek van de naastbetrokkenen van een persoon met een psychische stoornis voor wie een verzoek voor een zorgmachtiging wordt voorbereid of aan wie verplichte zorg wordt verleend door een zorgaanbieder) de naastbetrokkenen te informeren, adviseren, ondersteunen en bijstand te verlenen bij een klachtprocedure.<sup>6</sup> Het bekend zijn van de wensen en voorkeuren van de betrokkene kan helpen in het voorkomen van escalatie. Aangeraden wordt zodoende om als zorgverlener de betrokkene en diens naasten te stimuleren om er gebruik van te maken en daar waar mogelijk deze op te volgen en samen te werken met de betrokkene en familie.

### §1.3 De zorgverantwoordelijke

Ook de zorgverantwoordelijke speelt een belangrijke rol binnen de Wvggz. Zo is de zorgverantwoordelijke onder andere de persoon die samen met de betrokkene het zorgplan opstelt (of daar regie op uitvoert) en verantwoordelijk is voor de uitvoering van de verplichte zorg. In de Regeling verplichte geestelijke gezondheidszorg (Rvggz) zijn meerdere deskundigen aangewezen als mogelijk zorgverantwoordelijke, waaronder de psychiater<sup>7</sup>. Advies is om deze rol (zeker in de beginfase van de Wvggz) te laten vervullen door de psychiater, zodat deze vanuit zijn of haar professie het beste alle afwegingen kan maken die bij verplichte zorg horen. Hiermee wordt tevens aangesloten op de huidige werkwijze, zoals onder andere is belegd in het model-kwaliteitsstatuut ggz.<sup>8</sup>

### §1.4 Doel van de handreiking ambulante verplichte zorg

Voor dwang en drang in het algemeen gelden kwaliteitsstandaarden, zoals de multidisciplinaire richtlijn Dwang en drang in de ggz en de generieke module Dwang en drang.<sup>9</sup> Deze producten zijn opgesteld in het kader van de Wet bopz en geven nog onvoldoende concrete handvatten met betrekking tot ambulante verplichte zorg onder de Wvggz. De belangrijkste reden hiervoor is dat er nog onvoldoende onderzoek is gedaan naar ambulante verplichte zorg. Bovendien is er nauwelijks ervaring met ambulante verplichte zorg, zeker omdat deze in de Wvggz zeer verschilt van de ambulante zorg die bij een voorwaardelijke machtiging wordt uitgevoerd.

Er leven veel vragen in het veld ten aanzien van ambulante verplichte zorg. Het doel van deze handreiking is zodoende om de primaire zorgverleners (psychiaters, verpleegkundigen, gz- en klinisch psychologen en artsen (niet in opleiding (A(N)IOS)) adviezen te geven bij het duiden van de basisprincipes en de overwegingen behorende bij de toepassing van ambulante verplichte zorg. Het uitgangspunt van deze handreiking is om dichtbij de huidige praktijk te beginnen. Immers, ambulante verplichte zorg is geheel nieuw waardoor er gewend zal moeten worden aan de nieuwe praktijk. Om deze reden zal er binnen een jaar met de werkgroep worden bepaald óf en wanneer er een evaluatie van de handreiking zal plaatsvinden. De gedachte hierachter is zodoende om 'klein' te beginnen en van daaruit gecontroleerd stappen te zetten. Met andere woorden: de handreiking betreft een levend document, waaraan in latere stadia voorbeelden en jurisprudentie zullen worden toegevoegd.

Deze handreiking beperkt zich tot ambulante verplichte zorg in het kader van de Wet verplichte ggz.<sup>10</sup> De

<sup>5</sup> Zie art. 11.1 Wvggz.

<sup>6</sup> Zie art. 12.1 Wvggz.

<sup>7</sup> In de Regeling verplichte geestelijke gezondheidszorg (Rvggz) zijn de volgende deskundigen aangewezen als mogelijk zorgverantwoordelijke: –psychiater; –klinisch psycholoog; –klinisch neuropsycholoog; –specialist ouderengeneeskunde; –arts die als verslavingsarts is ingeschreven in het door het College Geneeskundig Specialismen van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij ter bevordering van de Geneeskunst ingestelde profielregister verslavingsgeneeskunde; –gezondheidszorgpsycholoog; –klinisch geriater; –verpleegkundig specialist geestelijke gezondheidszorg.

<sup>8</sup> In het model-kwaliteitsstatuut ggz wordt bepaald dat de psychiater of klinisch psycholoog in alle settings in de ggz als regiebehandelaar kan optreden, waarbij de psychiater ongeacht de specifieke behandelsetting ten minste wordt geconsulteerd en bij evaluaties wordt betrokken indien middelen- of maatregelentoeëpassing dan wel dwangbehandeling in het kader van de Bopz/Wvggz of Wgbo (alleen niet-psychiatrische behandeling) overwogen wordt. Aanvullend hierop stelt het Kwaliteitsstatuut dat er bij een behandeltraject in het kader van de Bopz/Wvggz altijd een psychiater persoonlijk betrokken dient te zijn bij behandel-evaluaties en bij momenten waarop nieuwe vormen van dwang (behandeling) worden overwogen en/of wanneer dwang geïntensiveerd of afgeschaald kan worden.

<sup>9</sup> Waar nodig wordt in deze handreiking verstaan met een verwijzing naar de betreffende richtlijn. De generieke module Dwang en drang wordt op dit moment herzien en de verwachting is dat deze halverwege 2020 beschikbaar zal zijn.

<sup>10</sup> Ook de Wet zorg en dwang (Wzd) maakt het mogelijk om in de ambulante setting onvrijwillige zorg te verlenen. De Wzd



Wvggz is gericht op verplichte zorg aan personen met een psychische stoornis die als gevolg van die stoornis gedrag vertonen dat leidt tot ernstig nadeel voor zichzelf of een ander. Een aantal zaken rondom ambulante verplichte zorg zijn vastgelegd in de Wvggz en het bijbehorende Besluit verplichte geestelijke gezondheidszorg (Bvggz). In deze handreiking zullen deze zaken zodoende eerst worden benoemd. Vervolgens zal er -aan de hand van de verschillende fases in de procedures van verplichte zorg- adviezen worden gegeven ten aanzien van de afwegingen die een zorgverlener kan maken.

---

regelt de onvrijwillige zorg aan mensen met een psychogeriatrische aandoening en mensen met een verstandelijke beperking. In deze handreiking wordt de Wzd echter buiten beschouwing gelaten.



## H2 Wettelijk kader

### Vormen van verplichte zorg

De Wvggz en het bijbehorende Besluit verplichte geestelijke gezondheidszorg (Bvggz) maken het mogelijk om de volgende **vormen van verplichte zorg** toe te passen in de ambulante setting:

- A. toedienen van vocht, voeding en medicatie, alsmede het verrichten van medische controles of andere medische handelingen en therapeutische maatregelen, ter behandeling van een psychische stoornis, dan wel vanwege die stoornis, ter behandeling van een somatische aandoening;
- B. beperken van de bewegingsvrijheid;
- C. insluiten;
- D. uitoefenen van toezicht op betrokkene;
- E. onderzoek aan kleding of lichaam;
- F. onderzoek van de woon- of verblijfsruimte op gedragsbeïnvloedende middelen en gevaarlijke voorwerpen;
- G. controleren op de aanwezigheid van gedragsbeïnvloedende middelen;
- H. aanbrengen van beperkingen in de vrijheid het eigen leven in te richten, die tot gevolg hebben dat betrokkene iets moet doen of nalaten, waaronder begrepen het gebruik van communicatiemiddelen.

Deze zorgvormen mogen in het kader van een zorgmachtiging, (machtiging tot voortzetting van een) crisismaatregel, tijdelijke verplichte zorg in noodsituaties waarin een zorgmachtiging of crisismaatregel niet voorziet en tijdelijk verplichte zorg voorafgaand aan een crisismaatregel worden toegepast.

### Eisen uit het Besluit verplichte geestelijke gezondheidszorg (Bvggz)

Het Bvggz stelt dat ambulante verplichte zorg alleen kan worden toegepast indien de zorgverantwoordelijke<sup>11</sup> voorafgaand aan het vaststellen van het zorgplan **overleg** heeft gepleegd met ten minste één andere deskundige<sup>12</sup> over een aantal punten. De zorgverantwoordelijke betreft bij dit overleg tevens deskundigen van **andere disciplines**, voor zover de aard van de ambulante verplichte zorg daartoe noodzaakt.<sup>13</sup> De punten waarover overlegd dient te worden:

- A. de wijze waarop **toezicht** op de betrokkene moet worden gehouden om diens veiligheid voldoende te borgen. In het zorgplan moet worden beschreven op welke wijze dat toezicht wordt gerealiseerd;
- B. het **aantal zorgverleners** dat op het moment van de daadwerkelijke uitvoering van de ambulante verplichte zorg aanwezig moet zijn om een verantwoorde zorgverlening te borgen. Dit aantal moet worden vastgelegd in het zorgplan.

Daarnaast dient het zorgplan binnen vier weken na de aanvang van de uitvoering van het zorgplan te worden **geëvalueerd**.<sup>14</sup>

<sup>11</sup> Degene die een geregistreerd beroep uitoefent als bedoeld in artikel 3 van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (BIG) en die behoort tot een bij ministeriële regeling aangewezen categorie van deskundigen, verantwoordelijk voor de zorg.

<sup>12</sup> Een deskundige behorende tot een bij ministeriële regeling aangewezen categorie van deskundigen.

<sup>13</sup> Niet van toepassing bij ambulante verplichte zorg op grond van een crisismaatregel of een machtiging tot voortzetting van een crisismaatregel.

<sup>14</sup> Niet van toepassing bij ambulante verplichte zorg op grond van een crisismaatregel of een machtiging tot voortzetting van een crisismaatregel.



### Beleidsplan

Het Bvggz stelt daarnaast een aantal voorwaarden ten aanzien van het **beleidsplan** van de GGZ-instelling:<sup>15</sup> De zorgaanbieder moet in het beleidsplan van de instelling de **randvoorwaarden** voor ambulante verplichte zorg opnemen. Hierin moet ten minste worden vastgelegd:

- A.** welke factoren in ieder geval worden meegewogen bij de beoordeling of ambulante verplichte zorg de **voorkeur** heeft boven opname in een accommodatie, waarbij onder meer rekening wordt gehouden met de wens van betrokkene en de belangen van voor de continuïteit van zorg relevante familie en naasten;
- B.** hoe door middel van **toezicht** de veiligheid in geval van ambulante verplichte zorg op voldoende wijze kan worden geborgd;
- C.** welke factoren in ieder geval worden meegewogen bij de beoordeling van het **aantal zorgverleners** dat met het oog op een verantwoorde zorgverlening aanwezig moet zijn op het moment van de daadwerkelijke uitvoering van de ambulante verplichte zorg;
- D.** hoe in geval van ambulante verplichte zorg op verantwoorde wijze wordt omgegaan met **fysiek verzet** van betrokkene;
- E.** op welke wijze de ter zake deskundige zorgverlener **bereikbaar** moet zijn voor verzoeken om hulp van betrokkene en diens naasten naar aanleiding van de verleende ambulante verplichte zorg én hoe de **ondersteuning** wordt geborgd;
- F.** op welke wijze in geval van ambulante verplichte zorg wordt toegezien op het **voorkomen van grensoverschrijdend gedrag** door een zorgverlener.

### Ultimum remedium

Een zeer belangrijk uitgangspunt in de Wvggz (zoals ook bij de Wet bopz) is dat verplichte zorg alleen als **uiterst middel** kan worden overwogen, wanneer er geen mogelijkheden voor vrijwillige zorg meer zijn (ultimum remedium principe). Verplichte zorg moet zoveel mogelijk worden voorkomen, in eerste plaats door toegankelijke vrijwillige zorg en later door meer assertievere vormen van zorg als bijvoorbeeld bemoeizorg en drang.

Daarnaast moeten continu de principes **doelmatigheid, subsidiariteit, proportionaliteit** en **veiligheid** worden beoordeeld. Dat geldt voor zowel verplichte zorg in een GGZ-accommodatie als in de ambulante setting.

---

<sup>15</sup> Doordat het beleidsplan diverse eisen kan bevatten over de wijze waarop de betreffende instelling omgaat met ambulante verplichte zorg, is het tevens van belang dat zorgprofessionals op de hoogte zijn van het beleidsplan van de instelling.





### H3 Overwegingen bij de basisprincipes van ambulante verplichte zorg

In de voorgaande twee hoofdstukken zijn de Wvvggz, en meer specifiek de mogelijkheid van het toepassen van ambulante verplichte zorg, kort geïntroduceerd en is er stilgestaan bij het relevante wettelijk kader. In dit hoofdstuk zal hier verder op worden doorgegaan, waarbij de achterliggende principes en de overwegingen met betrekking tot de ambulante verplichte zorg verder zullen worden uitgediept. Hiertoe zal er allereerst worden ingegaan op het criterium van ‘ernstig nadeel’, dat onder de Wvvggz is geïntroduceerd. Vervolgens zullen de vier principes van de Wvvggz -subsidiariteit, proportionaliteit, veiligheid en doelmatigheid- worden toegelicht. Daarnaast zal er worden ingegaan op de versterkte rechtspositie van de betrokkene en zal het hoofdstuk worden afgesloten met de introductie van de term ‘fysiek verzet’. Zoals in dit hoofdstuk nader zal worden toegelicht, is de afwezigheid van fysiek verzet gesteld als minimale voorwaarde voor het mogelijk(er) kunnen toepassen van verplichte zorg in de ambulante setting.

#### §3.1 Ernstig nadeel

Zoals hiervoor reeds is benoemd, is de Wvvggz gericht op het leveren van verplichte zorg aan personen met een psychische stoornis die als gevolg van die stoornis gedrag vertonen dat leidt tot ernstig nadeel voor zichzelf of een ander. De term ‘ernstig nadeel’ dient hierbij hetzelfde te worden geïnterpreteerd als bij het gevaarcriterium onder de Wet Bopz. Dat de wetgever met de introductie van het criterium ‘ernstig nadeel’ **niet** bedoeld heeft om het gevaarcriterium uit te breiden, blijkt onder meer uit de volgende passage uit de tweede nota van wijziging behorende bij de Wvvggz: “Met het tweede lid wordt in deze wet en de Wzd eenzelfde definitie gehanteerd voor ernstig nadeel. Met de term ernstig nadeel is geen materiële uitbreiding beoogd ten opzichte van de toepassing van het gevaarcriterium onder de Wet bopz. Dat geen materiële uitbreiding is beoogd ten opzichte van de Wet bopz blijkt ook uit de opsomming van elementen waaruit ernstig nadeel kan bestaan. Deze elementen zijn nagenoeg dezelfde als in de Wet bopz, alleen op onderdelen soms meer op de verschillende doelgroepen toegespitst” (Kamerstuk 32 399, nr. 25).

#### §3.2 De vier principes

Naast het criterium van ‘ernstig nadeel’ zijn tevens de vier principes -subsidiariteit, proportionaliteit, veiligheid en doelmatigheid- zeer van belang binnen de Wvvggz. Vooropgesteld bij het navolgende is dat er een noodzaak tot verplichte zorg wordt of is vastgesteld, waarmee gesteld is dat er geen lichtere alternatieven zijn. Ook verschillen de diverse vormen van zorg van elkaar op het gebied van de subsidiariteit. Daarnaast zijn ook de individuele omstandigheden van belang voor de afweging van de subsidiariteit. Het is dan ook belangrijk dat hierin zoveel mogelijk de voorkeuren van de betrokkene en diens naasten worden gehonoreerd, uiteraard met medeneming van de doelmatigheid, veiligheid en proportionaliteit. Als op voorhand duidelijk is dat een bepaalde vorm van zorg niet doelmatig is, is het nooit vanuit de andere principes te rechtvaardigen. Als iets niet veilig kan worden uitgevoerd, is het ook niet doelmatig. Als de impact van de verplichte zorg niet in verhouding staat tot het weg te nemen probleem, dan is het niet proportioneel en niet te rechtvaardigen. Ook hier wordt overigens uitdrukkelijk **niet** mee bedoeld dat de drempel voor het toepassen van verplichte zorg onder de Wvvggz is verlaagd. Dit zou men wellicht kunnen denken, doordat er onder de Wvvggz maatregelen mogelijk zijn waarvan men wellicht vermoedt dat de impact ervan kleiner is voor de betrokkene. Benadrukt wordt echter dat de drempel tot verplichte zorg gelijk blijft, waardoor de gedachte van ‘een beetje dwang, want er is een beetje gevaar’ absoluut onjuist is.

Bij de proportionaliteit moet ook meegewogen worden welke impact verplichte zorg in de thussituatie heeft voor de persoonlijke levenssfeer bij die betreffende betrokkene en diens naasten. Iets wat op de korte termijn doelmatig lijkt, is dat wellicht niet op de langere termijn, omdat de inbreuk op de persoonlijke levenssfeer tot effect kan hebben dat er een vertrouwensbreuk optreedt met de hulpverlening waardoor vrijwillige zorg uiteindelijk niet bereikt kan worden. Hier dient tevens de impact op de vertrouwelijkheid van de eigen thussituatie van de betrokkene te worden meegewogen.

Verplichte zorg is ingrijpend en dient te allen tijde zorgvuldig geïndiceerd te worden met in achtneming van bovenstaande principes. In het voorgaande is duidelijk geworden dat deze principes onderling samenhangen en niet los van elkaar beschouwd kunnen worden. Zo zou er bijvoorbeeld vanuit het principe van subsidiariteit allereerst onderzocht dienen te worden of ambulante verplichte zorg mogelijk is voor een betrokkene en hoe dit zich verhoudt tot de wensen van de betrokkene zelf. Hiermee wordt bedoeld dat de subsidiariteit van ambulante verplichte zorg kan verschillen. Zo is het toepassen van ambulante verplichte zorg bij de betrokkene thuis niet per definitie méér subsidiair, doordat dit sterk samenhangt met de voorkeuren van de betrokkene. Het is immers mogelijk dat een betrokkene de ambulante verplichte zorg thuis juist als meer ingrijpend ervaart



dan een klinische opname. Bij het maken van deze afweging spelen de overige drie principes ook een zeer belangrijke rol. Specifiek voor de afweging of de verplichte zorg ambulant geleverd zou kunnen worden, is het principe 'veiligheid' doorslaggevend. Hierbij gaat het zowel om de fysieke en emotionele veiligheid voor de betrokkene als die van de naastbetrokkenen en de hulpverleners. Met andere woorden, zorg die in de intramurale setting wél mogelijk is, kan vanuit het oogpunt van veiligheid onmogelijk zijn in de ambulante setting. Ter illustratie, bij een betrokkene met een psychose is antipsychotische medicatie bewezen effectief waarbij het voor de werking niet uitmaakt of dit klinisch of ambulant wordt toegediend. Echter voor de veiligheid kan de setting wel belangrijk zijn: in geval van bijwerkingen en emotionele nawerking bij de betrokkene, die potentieel gevaarlijk zijn, kan toezicht of nabijheid van deskundige hulpverleners noodzakelijk zijn om dit te monitoren. En in geval van (fysiek) verzet is een te controleren omgeving nodig met voldoende hulpverleners in de buurt om in het uiterste geval met overmacht deze medicatie te kunnen toedienen.

Een ander voorbeeld is insluiten. Insluiten gebeurt nu klinisch onder goed gecontroleerde omstandigheden met verschillende kwaliteitscriteria, waarbij iemand nooit alleen gelaten wordt dan wel er altijd toezicht is en in een ruimte die veilig is. Insluiten gebeurt vrijwel alleen om veiligheid te organiseren; veiligheid voor de omgeving of voor de betrokkene. Wanneer in de thuissituatie zou worden ingesloten, dan is dat niet op die manier te waarborgen.

Nog een ander voorbeeld is het onderzoek naar gedragsbeïnvloedende middelen of gevaarlijke voorwerpen. De doelmatigheid hiervan is in de ambulante setting zeer gering. Deze zaken kunnen immers zonder problemen opnieuw verkregen worden en bijvoorbeeld een mes hoort nu eenmaal in de keuken. Er zijn omstandigheden waarin een onderzoek naar gedragsbeïnvloedende middelen of gevaarlijke onderwerpen wel zinvol kan zijn. Dit kan bijvoorbeeld het geval zijn indien de aanwezigheid ervan reden is tot opschaling van de verplichte zorg tot een opname, omdat de veiligheid/doelmatigheid in de ambulante setting niet gewaarborgd zou kunnen worden. Het begrip 'ambulante setting' dient hierbij echter breed geïnterpreteerd te worden. De polikliniek van een ziekenhuis en diverse woonzorgvormen vallen hier ook onder. Het is van belang om scherp te hebben dat de mogelijkheden voor het leveren van verplichte zorg kunnen verschillen per setting. Dit is het geval doordat bepaalde handelingen soms in specifieke ambulante settings (zoals een RIBW) wél mogelijk kunnen zijn, terwijl de handeling bij iemand thuis wellicht niet of minder goed mogelijk is. Hierbij valt bijvoorbeeld te denken aan het onderzoeken van een huis op drugs. Dit kan thuis bij de betrokkene ondoelmatig zijn, maar in een RIBW wellicht wél doelmatig. Belangrijke factor bij de overweging dat bepaalde handelingen in een dergelijke ambulante setting wellicht wel mogelijk kunnen zijn, is dat de veiligheid en het toezicht daar veelal meer gecontroleerd kunnen worden.

### §3.3 De betrokkene centraal

Uit het voorgaande volgt zodoende dat er bij de keuze voor de vormen van verplichte zorg zo veel mogelijk rekening dient te worden gehouden met de wensen en voorkeuren van de betrokkene en diens naasten. Dit is direct ook één van de belangrijkste doelen van de wet, aangezien de wetgever met de Wvz heeft beoogd om de betrokkene meer centraal te stellen, de betrokkene meer invloed te geven op zijn of haar zorgproces en de naasten meer te betrekken bij de verplichte zorg. Conclusie is dan ook dat verplichte zorg in de ambulante setting enkel mogelijk is wanneer er sprake is van voldoende medewerking van de betrokkene en diens naasten (als minimale voorwaarde voor het waarborgen van de veiligheid) en dan ook nog slechts bij bepaalde vormen van zorg.

Maar wat is hierbij voldoende en welke vorm van zorg kan toegepast worden? Dat is niet altijd eenvoudig te voorspellen, met name wanneer betrokkenen onbekend zijn doordat zij niet eerder in zorg zijn geweest. Van betrokkenen die wel eerder in zorg zijn geweest, kunnen de wensen en voorkeuren immers wel bekend zijn. Met andere woorden, de soort patiëntengroep (nieuw en acuut, nieuw en niet-acuut, bekend en acuut, bekend en niet-acuut) heeft invloed op de manier waarop de vier principes afgewogen en beoordeeld kunnen en moeten worden. Zo helpt kennis uit het verleden van een betrokkene bijvoorbeeld bij het inschatten van de mate waarin ambulante verplichte zorg doelmatig is. Voor het inschatten van de subsidiariteit zijn tevens de patiëntvoorkeuren van belang. Indien een betrokkene echter binnen de acute groep valt, zal er echter weinig/geen tijd zijn om de patiëntvoorkeuren te bespreken. De afweging van de vier principes bij een betrokkene die binnen de acute groep valt, zullen zodoende verschillen van de niet-acute patiëntengroep. Bij de niet-acute groep dienen immers eerst (voor zover mogelijk) de patiëntvoorkeuren geïnventariseerd te worden. De mate waarin een betrokkene reeds bekend is kan hierbij ook een belangrijke rol spelen, doordat er bij het afwegen van de principes bij bekende betrokkenen ook informatie uit het medisch dossier gebruikt kan worden. Hierbij dienen de vier principes ook afgezet te worden tegen onder andere de diagnose van de



betrokkene, de mate van het ernstig nadeel, de eventuele risico's, de draagkracht van de eventuele familie en naasten en de mogelijkheden rondom de uitvoerbaarheid van verplichte zorg.

### §3.4 Fysiek verzet

Het oordeel en de uiteindelijke beslissing over het toepassen van zorg in de ambulante setting hangen mede af van de mate waarin de betrokkene zich al dan niet coöperatief opstelt; is er sprake van verzet of (schoorvoetende) medewerking? Als er sprake is van fysiek verzet zal opname in een accommodatie vrijwel altijd aangewezen zijn. De reden dat er is gekozen voor het hanteren van het criterium van fysiek verzet is dat het in de thuissituatie veel lastiger is om snel te kunnen opschalen in personeel om de veiligheid te kunnen waarborgen. Enige vorm van medewerking door de betrokkene is zodoende benodigd om ambulante verplichte zorg in de ambulante situatie te kunnen toepassen. In theorie zou men de ambulante verplichte zorg wellicht ook kunnen toepassen wanneer fysiek verzet wél voorzien is. Theoretisch gezien is dit te organiseren, maar wordt vanwege de onvoorspelbaarheid en het risico dat wordt gecreëerd voor de hulpverleners niet aangeraden. Dit geldt met name doordat een dergelijke situatie mogelijk zorgt voor onveilige situaties voor hulpverleners die de ambulante verplichte zorg in de dagen erna zullen verlenen. Gezien het feit dat dit risico zich heel ingewikkeld laat voorspellen, dient men zeer terughoudend om te gaan met het toepassen van ambulante verplichte zorg indien fysiek verzet wordt voorzien.

Bepalend hierbij is de manier waarop het criterium van fysiek verzet moet worden uitgelegd. In het kader van ambulante verplichte zorg moet fysiek verzet worden beschouwd als de mate waarin de verplichte zorg wel of niet op een (voor de betrokkene, diens naasten én de hulpverleners) fysiek veilige manier wordt toegestaan door de betrokkene. De grens hierbij is het moment waarop fysiek verzet voorzien wordt, niet noodzakelijkerwijs pas nadat de betrokkene daadwerkelijk fysiek verzet vertoont. Het inschatten van de mate van dreiging van fysiek verzet is uiteraard afhankelijk van de omstandigheden en dient per betrokkene te worden bepaald.



## H4 Overwegingen en adviezen bij de uitvoering van ambulante verplichte zorg

In het vorige hoofdstuk is er ingegaan op de overwegingen met betrekking tot de toepassing van ambulante verplichte zorg in zijn algemeenheid. Hieronder zal er voor elke afzonderlijke vormen van zorg nagegaan worden wát er onder welke randvoorwaarden mogelijk is, toegelicht met voorbeelden.

### a. toedienen van vocht, voeding en medicatie, alsmede het verrichten van medische controles of andere medische handelingen en therapeutische maatregelen, ter behandeling van een psychische stoornis, dan wel vanwege die stoornis, ter behandeling van een somatische aandoening;

Hierbij valt te denken aan verplichte medicatie (in de regel depotmedicatie), bloedafname of het meten van bloedsuiker, uitgevoerd door iemand die hiertoe bevoegd en bekwaam is. Zoals in het vorige hoofdstuk is beargumenteerd, is het hierbij vereist dat er geen sprake is van (fysiek) verzet. Wanneer er sprake is van (fysiek) verzet levert dit onveilige situaties op en is dwangmedicatie niet mogelijk (tenzij nood).

Specifiek voor dit voorbeeld is het zodoende denkbaar dat de betrokkene wel medewerking verleent aan het toepassen van de maatregel (b.v. het toelaat dat een hulpverlener zijn/haar arm vastpakt om een depot te accepteren), terwijl hij mondeling wel aangeeft hier ambivalent tegenover te staan.

Naar verwachting zal het toedienen van dwangmedicatie het meeste voorkomen. Bij het toepassen ervan is het belangrijk dat:

- De betrokkene weet wat er gaat gebeuren;
- Er een duidelijk plan van aanpak is;
- De medicatie gereed is om toegediend te worden;
- De lege spuit en naald veilig mee teruggenomen worden;
- Er aandacht is voor eventuele bijwerkingen, de emotionele impact en indien nodig, kan worden voorzien in observatie van de betrokkene na toediening;
- De betrokkene voortdurend de kans heeft om mee te werken;
- Betrokkene weet tot wie hij zich 24/7 kan wenden bij vragen en/of complicaties;
- Zo nodig hulp ter plaatse kan komen bij complicaties.

### b. beperken van de bewegingsvrijheid;

Het beperken van de bewegingsvrijheid, d.w.z. kortdurend fixeren, is in de ambulante setting alleen uitvoerbaar in geval van uiterste nood, bijvoorbeeld wanneer een betrokkene zichzelf of een ander onmiddellijk in gevaar dreigt te brengen. Kortdurend fixeren ten behoeve van het toedienen van medicatie is dan onder goed gecontroleerde omstandigheden mogelijk en soms noodzakelijk ter voorkoming van acuut gevaar voor de betrokkenen en/of anderen.

### c. insluiten;

Het insluiten van een betrokkene wordt niet toegepast in de ambulante situatie, tenzij er sprake is van een uitzonderlijke noodsituatie. Hierbij dient het uitdrukkelijk eenmalig en zo kort mogelijk plaats te vinden. Daarbij dient er overigens te allen tijde contact mogelijk te zijn met de betrokkene (er behoort zodoende altijd een zorgverlener aanwezig te zijn) en dienen de risico's voor de betrokkene en de zorgverlener(s) vooraf goed te worden ingeschat. Insluiten dient gepaard te gaan met professioneel toezicht. Deze verantwoordelijkheid kan niet overgedragen worden aan daartoe niet bevoegde mensen, zeker niet aan mantelzorgers / naastbetrokkenen. Ten slotte dient ook de ruimte waarin ingesloten wordt veilig te zijn.

Uit het bovenstaande volgt dat insluiten (net als het beperken van de bewegingsvrijheid) enkel kan worden toegepast in noodsituaties en alléén kan worden gedaan om een zo kort mogelijke periode te overbruggen, bijvoorbeeld:

- In afwachting van politie-assistentie;
- In afwachting van vervoer naar een opname-afdeling:
  - Door het sluiten van balkondeuren.
  - Door het sluiten van buitendeuren ter voorkoming van weglopen.

**d. uitoefenen van toezicht op betrokkene;**

Het uitoefenen van toezicht in de ambulante setting kan kortdurend door fysieke aanwezigheid van bevoegde zorgprofessionals. Het inzetten van domotica, zoals cameratoezicht, zal eerst zorgvuldig moeten worden onderzocht, voordat dit in de ambulante setting kan worden toegepast. Het ligt op dit moment niet voor de hand dat domotica wordt ingezet onder verantwoordelijkheid van de zorgverlener. Ook naastbetrokkenen kunnen niet verantwoordelijk zijn voor de uitvoering van toezicht. Het is echter niet uitgesloten dat domotica in de toekomst wel een rol zullen gaan spelen. Belangrijk hierbij is echter dat er in een dergelijke situatie sprake is van medewerking van een betrokkene én dat dit wordt vastgelegd in een gepersonaliseerd zorgplan.

**e. onderzoek aan kleding of lichaam;**

Het doen van onderzoek aan het lichaam van de betrokkene kan op sommige momenten wenselijk zijn, bijvoorbeeld voorafgaand aan het vervoer om te voorkomen dat een betrokkene met gevaarlijke voorwerpen of drugs wordt vervoerd. Dit fouilleren wordt echter in de ambulante setting nooit uitgevoerd door zorgverleners, maar wordt daarentegen overgelaten aan daartoe opgeleide personen.

Het doen van onderzoek aan de kleding van de betrokkene is echter wél mogelijk voor een zorgverlener in de ambulante setting. Zo is het bijvoorbeeld denkbaar dat de zorgverlener aan de betrokkene vraagt om zijn/haar zakken leeg te halen en binnenstebuiten te keren. In het algemeen kan echter gesteld worden dat onderzoek aan kleding of lichaam door ggz hulpverleners niet doelmatig is in de ambulante setting.

**f. onderzoek van de woon- of verblijfsruimte op gedragsbeïnvloedende middelen en gevaarlijke voorwerpen;**

Het uitvoerend onderzoek met als doel het wegnemen en weghouden van middelen en voorwerpen hiervan is niet altijd even doelmatig, omdat ze vrijwel direct weer opnieuw kunnen worden gekocht. Er is een uitzondering voorstelbaar, waarbij het onderzoek naar deze middelen in sommige gevallen doelmatig kan zijn om gebruik of gevaar te signaleren en vervolgens eventueel bijvoorbeeld tot opname in een accommodatie over te gaan. Ofwel, aangeraden wordt om per casus af te wegen of de toepassing doelmatig is. In sommige gevallen kan het wél doelmatig zijn. Huizen volledig doorzoeken is niet doelmatig, maar het maken van afspraken en het uitvoeren van wekelijks controles kan wél doelmatig zijn. Dit komt doordat de betrokkene hierdoor mogelijk een extra prikkel heeft om het niet te kopen.

**g. controleren op de aanwezigheid van gedragsbeïnvloedende middelen;**

Urine- en bloedcontroles op de aanwezigheid van drugs is mogelijk, mits de betrokkene hieraan meewerkt.

**h. aanbrenge van beperkingen in de vrijheid het eigen leven in te richten, die tot gevolg hebben dat betrokkene iets moet doen of nalaten, waaronder begrepen het gebruik van communicatiemiddelen.**

De afweging of het aanbrenge van beperkingen doelmatig, subsidiair, proportioneel en veilig kan worden uitgevoerd, is hier opnieuw aan de orde. Bepaalde beperkingen -zoals geen gebruik van alcohol en/of drugs- zijn nauwelijks te monitoren en te handhaven. Zoals hiervoor reeds gesteld is, zal het toepassen van dergelijke beperkingen niet altijd doelmatig zijn. Andere beperkingen kunnen wel doelmatig zijn, zoals het innemen van een telefoon indien er een loverboy in het spel is of de betrokkene via social media de eigen belangen ernstig schaadt, het binnenlaten van de zorgverlener en mantelzorgers en het volgen van dagbesteding. De afweging of een bepaalde beperking wel of niet aanvaardbaar is met het oog op de 4 principes, zal zodoende bij iedere betrokkene opnieuw moeten worden gemaakt. Dit doordat de individuele omstandigheden van de betrokkene bepalend zijn voor de afweging of een beperking wel of niet toegepast kan worden.

## H5 Afwegingen met betrekking tot de ambulante verplichte zorg in relatie tot de procedures

Alhoewel de procedures van een zorgmachtiging, (machtiging tot voortzetting van een) crisismaatregel en tijdelijke verplichte zorg in noodsituaties waarin een ZM/CM niet voorziet of tijdelijke verplichte zorg voorafgaand aan een crisismaatregel van elkaar verschillen, zijn er wel overeenkomstige fasen te onderscheiden die van belang zijn voor de eventuele toepassing van ambulante verplichte zorg. In dit hoofdstuk zal er zodoende per fase worden stilgestaan bij de relevante afwegingen die gemaakt dienen te worden rondom de ambulante verplichte zorg in relatie tot de betreffende procedures.

### §5.1 De ingang / startsituatie

In geval van een crisissituatie zal de GGZ crisisdienst door behandelaren, naasten van betrokkene of de politie worden ingeschakeld. Hierbij is het ook mogelijk dat de woning van de betrokkene wordt binnengedreden.

Voordat de woning zonder toestemming kan worden betreden, moet er uitvoerig contact gezocht zijn met de betrokkene en/of diens naasten. Bij een onbekende betrokkene in crisis betreedt de politie als eerste de woning. In principe heeft de politie een machtiging tot het binnentreden van de woning nodig. Indien daar echter niet op gewacht kan worden (omdat dat te gevaarlijk wordt), zal de politie de woning openbreken. Wanneer de politie om assistentie wordt gevraagd bij het betreden of doorzoeken van de woning zijn de volgende zaken van belang:

- Overleg, indien mogelijk, zodat de werkwijze duidelijk is. Kies hiervoor een geschikt en rustig moment;
- De politie heeft verantwoordelijkheid wanneer zij worden ingeschakeld, zie ook §5.4.4. De politie zal deze verantwoordelijkheid ook nemen. Als dit tot gevolg zou hebben dat er andere besluiten worden genomen, moeten deze achteraf besproken worden (en niet ter plekke).

Bij een zorgmachtiging zijn er meerdere ingangen mogelijk. Het traject kan worden gestart door een Officier van Justitie, het college van Burgemeesters en Wethouders (al dan niet na een verkennend onderzoek), een Geneesheer-Directeur, een zorgverlener, een zorgaanbieder op grond van de Wet forensische zorg en een ambtenaar van de politie.

Een onafhankelijk psychiater zal worden ingezet om een medische verklaring op te stellen. De psychiater stelt hierin een (vermoedelijke) diagnose vast en geeft aan of er een causaal verband is tussen gedrag als gevolg van een psychische stoornis en (onmiddellijk dreigend) ernstig nadeel. Verder geeft hij aan welke vormen van verplichte zorg naar zijn oordeel van toepassing kunnen zijn. Indien de route naar de zorgmachtiging niet via de GGZ loopt is dit in principe het **eerste moment waarop een afweging moet worden gemaakt** of verplichte zorg in de ambulante setting kan worden toegepast of dat opname is aangewezen. Het dient dan wel duidelijk te zijn dat de Wvvgz maatregel echt een ultimum remedium is en dat vormen van verleiding, bemoeizorg en drang niet effectief waren. Indien de route naar de zorgmachtiging wél via de GGZ loopt is dit echter niet het eerste moment waarop deze afweging plaatsvindt. In die situatie heeft **de eigen behandelaar** immers al nagedacht over deze afweging en ligt er al een zorgkaart.

### §5.2. De aanvraag voor een zorgmachtiging of (machtiging tot voortzetting van een) crisismaatregel

In geval van een crisismaatregel neemt de burgemeester het besluit welke zorg noodzakelijk is, op voorpraak van de beoordelend psychiater.

Bij een zorgmachtiging stelt de zorgverantwoordelijke in overleg met de betrokkene, diens naasten en eventueel de vertegenwoordiger een zorgplan op. Dit zorgplan benoemt onder andere welke vormen van verplichte zorg nodig zijn om het (dreigend) ernstig nadeel weg te nemen, voor welke duur en de achterliggende motivatie. De zorgverantwoordelijke **weegt hier opnieuw af** of verplichte zorg ambulant kan worden toegepast of dat betrokkene opgenomen moet worden. De zorgverantwoordelijke neemt op dit moment ook de wensen en voorkeuren van de betrokkene en diens naasten mee in zijn afweging.<sup>16</sup>

<sup>16</sup> Zie ook paragraaf 1.2 van deze handreiking.

De geneesheer-directeur ontvangt de medische verklaring en het zorgplan. Hij beoordeelt het zorgplan op de algemene uitgangspunten van de wet en draagt zijn bevindingen over aan de officier van justitie. De geneesheer-directeur kan evt. afwijken van de medische verklaring en het zorgplan, dus hij maakt ook de afweging of verplichte zorg in de ambulante setting kan of binnen een accommodatie moet plaatsvinden. Het zwaartepunt van de afweging ligt echter bij de onafhankelijke psychiater en bij de zorgverantwoordelijke. In de praktijk zal de geneesheer-directeur de afweging van de onafhankelijke psychiater en de zorgverantwoordelijke niet 'zomaar' overrulen zonder contact met de betrokkene. Indien de geneesheer-directeur van mening is dat het zorgplan aangepast dient te worden, zal hij/zij contact opnemen met de zorgverantwoordelijke. De zorgverantwoordelijke zal het vervolgens verder oppakken met de betrokkene.

De officier van justitie voert vervolgens een toets uit en besluit om wel of niet een verzoekschrift voor een zorgmachtiging in te dienen bij de rechter. De rechter doet ten slotte uitspraak. Hierbij heeft de rechter tevens de mogelijkheid om zaken toe te voegen aan het zorgplan en/of het anderszins aan te passen.

De aanvrager van een machtiging en de onafhankelijk psychiater betrekken bij hun afweging of er voldoende pogingen zijn gedaan (bemoeizorg en drang) om het risico op ernstig nadeel weg te nemen (toetsen van het subsidiariteitsprincipe) en of de Wvvgz maatregel inderdaad het ultimatum remedium is. Deze afweging zal tevens door de opvolgende actoren worden gemaakt, zoals door de zorgverantwoordelijke, de geneesheer-directeur, de Officier van Justitie en de rechter.

### **§5.3. De aanzegging van verplichte zorg**

Nadat de zorgmachtiging of (machtiging tot voortzetting van een) crisismaatregel is verleend door de rechter of -indien er sprake is van een crisismaatregel- de burgemeester, beslist de zorgverantwoordelijke óf en zo ja welke vormen van verplichte zorg hij zal verlenen aan de betrokkene.<sup>17</sup> Deze keuze maakt de zorgverantwoordelijke zelf indien hij of zij psychiater is. Indien de zorgverantwoordelijk zelf geen psychiater is, dient hij of zij eerst af te stemmen met de geneesheer-directeur. Bij beide situaties meldt de zorgverantwoordelijke vervolgens bij de geneesheer-directeur welke keuzes er gemaakt zijn en legt hij of zij ze vast in het dossier van de betrokkene.

De wet vereist de aanzegging van verplichte zorg niet in het geval van tijdelijke verplichte zorg voorafgaand aan een crisismaatregel. Echter gezien de klachtwaardigheid hiervan is het wel aan te bevelen om de betrokkene naast mondeling ook in deze situatie schriftelijk te informeren, bijvoorbeeld door een afschrift te overhandigen. Aangeraden wordt om in het dossier ten minste een goede verantwoording op te nemen.

## **§5.4 De uitvoering**

### **§5.4.1 Uitvoering algemeen**

De Wvvgz beoogt de wensen van betrokkenen meer centraal te stellen en ze invloed te geven op de behandeling tijdens de hele periode van verplichte zorg. Art. 2:1 lid 6 Wvvgz bepaalt dat de voorgenomen gedwongen interventies van het zorgplan in overeenstemming moeten zijn met de wensen van de betrokkene, tenzij de betrokkene niet in staat is tot een redelijke waardering van zijn belangen óf er acuut levensgevaar voor de betrokkene dreigt dan wel een aanzienlijk risico voor een ander is op levensgevaar, ernstig lichamelijk letsel, ernstige psychische, materiële, immateriële of financiële schade, ernstige verwaarlozing of maatschappelijke teloorgang, of om ernstig in zijn ontwikkeling te worden geschaad, dan wel de algemene veiligheid van personen of goederen in gevaar is. De betrokkene heeft hierbij recht op ondersteuning van een patiëntvertrouwenspersoon (PVP). In noodsituaties is het belangrijk dat de hulpverlener transparant is over zijn of haar handelen naar zowel de betrokkene als zijn familieleden en naasten. De verplichte zorg dient regelmatig samen met de betrokkene en diens naasten geëvalueerd te worden. De schadelijke effecten van verplichte zorg op de korte en langere termijn dienen hierbij aandacht te krijgen.

Tijdens de verplichte zorg moet er aandacht zijn voor de maatschappelijke participatie van de betrokkene. Hij of zij moet zoveel als mogelijk mee kunnen blijven doen in de maatschappij. Het beginsel van wederkerigheid is een belangrijk uitgangspunt voor de behandeling. Dit beginsel houdt in dat tegenover de inbreuk die wordt gedaan op iemands vrijheid, er voor de overheid een inspanningsverplichting bestaat om kwalitatief de beste zorg te

---

<sup>17</sup> Mits deze vormen in de zorgmachtiging/crisismaatregel vermeld staan; tenzij sprake is van tijdelijke verplichte zorg in noodsituaties (artikel 8:11 t/m 8:13).



bieden en te zorgen dat iemand ook op zijn of haar niveau daadwerkelijk maatschappelijk kan participeren. Op de online kennisbank <https://www.ggzstandaarden.nl/> staat beschreven hoe kwalitatief goede zorg eruit hoort te zien. In de zorgstandaarden is dit per ziektebeeld of aandoening beschreven. In de generieke modules worden de meest relevante aspecten die voorkomen bij ambulante zorg beschreven. In tabel 1 staan de meest relevante zorgstandaarden en generieke modules voor ambulante dwang genoemd. De generieke module dwang en drang is geschreven op de BOPZ en wordt momenteel aangepast naar de Wvvgz.

Zorgstandaarden	<u>Bipolaire stoornissen</u> <u>Depressieve stoornissen</u> <u>Persoonlijkheidsstoornissen</u> <u>Psychose</u>
Generieke modules	<u>Acute psychiatrie</u> <u>Diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag</u> <u>Diversiteit</u> <u>Dwang en drang</u> <u>Ernstige Psychische Aandoeningen</u> <u>Herstelondersteuning Psychische stoornissen en zwakbegaafdheid (ZB) of lichte verstandelijke beperking (LVB)</u> <u>Samenwerking en ondersteuning naasten van mensen met psychische problematiek</u>

Tabel 1: zorgstandaarden en generieke modules omtrent ambulante dwang.

#### §5.4.2 Veiligheid bij uitvoering<sup>18</sup>

Omdat de Wet verplichte ggz voorziet in situaties die aansluiten bij de praktijk van ambulante behandelingen, is het belangrijk om in een thuissituatie van een betrokkene aandacht te hebben voor de veiligheid van zowel de betrokkene, de naasten van de betrokkene, de hulpverlener en de rechter. In de regio moeten er afspraken worden gemaakt over de aanwezigheid van de politie of een beveiliging en wat te doen als er een onveilige situatie verwacht wordt. De veiligheid voor zowel zorgverleners, betrokkenen als naasten die direct zijn betrokken bij de uitvoering van ambulante dwang moet te allen tijde worden gewaarborgd. Enkele belangrijke randvoorwaarden hiervoor zijn dat:

- De zorg door 2 zorgverleners wordt uitgevoerd bij mogelijk risicovolle situaties;
- De zorgverleners getraind zijn in bejegening, de-escalatie en wetgeving;
- De zorgverleners vooraf onderling afspraken maken over hoe te handelen bij fysieke agressie;
- Bij huisbezoeken collega's van elkaar weten waar ze zijn en alarm slaan als een collega zich niet op de afgesproken tijd meldt en/of niet bereikbaar is;
- Er samenwerkingsafspraken met ketenpartners zijn gemaakt die regelmatig geëvalueerd worden;
- De politie ingeschakeld wordt indien er actief fysiek verzet te verwachten is;
- In een acute situatie 112 wordt gebeld en de situatie wordt uitgelegd;
- De toepassing van dwang buiten de instelling vraagt dat een zorgverlener zich kan legitimeren als zorgverlener;
- De naasten weten hoe en met wie zij contact kunnen zoeken als een spannende situatie dreigt.

Belangrijk is ook de zorg voor de veiligheid van de direct betrokkenen en specifiek ook voor minderjarigen en anderen die afhankelijk zijn van de zorg van de betrokkene. Indien zij betrokken zijn, dient er een kindcheck (<https://www.meldcode.nu/kindcheck/>) en indien aangewezen een melding bij veilig thuis te worden gedaan. Ook tijdens en vlak na de maatregel moet er aandacht zijn voor de minderjarigen en extra maatregelen dienen genomen te worden om te zorgen dat ze niet in een onveilige situatie terecht komen.

<sup>18</sup> In deze paragraaf wordt er aangesloten bij de huidige praktijk (FACT/IHT/CD) en beoogd zodoende geen nieuwe inzichten te verschaffen.



### §5.4.3 Vervoer

Wanneer iemand gedwongen vervoerd moet worden, zal het vervoer in de meeste gevallen plaatsvinden naar een GGZ locatie- of accommodatie. De zorgverlener bepaalt, al dan niet in overleg met collega's, hoe dit vervoer moet plaatsvinden. Er kan een specialistische vervoerder of een ambulance worden ingeschakeld. De zorgverlener draagt de betrokkene over aan de vervoerder, waarbij de zorgverlener idealiter bij de betrokkene blijft tot de vervoerder aanwezig is. Zij kunnen in onveilige situaties ook om politieassistentie vragen.

### §5.4.4 Rol van de politie en samenwerking met de politie

Om de fysieke veiligheid van de zorgverlener en andere betrokkenen te borgen, is de rol van de politie van groot belang. Waar mogelijk volgens de principes doelmatigheid, subsidiariteit, proportionaliteit en veiligheid zal de zorgverlener zijn zorgtaken vervullen. De grens van mogelijkheden van zorgverleners ligt bij fysiek verzet en (escalatie van) geweld. In dat geval is de inzet van politie noodzakelijk.

De Minister van Justitie en Veiligheid heeft in zijn brief van d.d. 13 februari 2019 aangegeven dat de Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg als uitgangspunt heeft dat gedwongen zorg enkel in uiterste gevallen wordt ingezet. De Minister geeft hierbij aan dat, dat ook geldt voor de inzet van de politie. "De politie zal in principe enkel op verzoek van de hulpverleners optreden, assistentie verlenen bij het binnentreden en hen eventueel bijstaan bij het begeleiden naar een opvang- of zorglocatie als de hulpverleners bij de uitvoering van onvrijwillige zorg dit niet meer veilig alleen kunnen doen. De inzet van de politie is hierbij dus alleen op verzoek en alleen als het niet anders kan vanwege gevaar en het risico van (escalatie van) geweld"<sup>19</sup>.

De Wvvgz bepaalt dat de politie onder andere de volgende wettelijke taken heeft bij de toepassing van verplichte zorg:

- I. Het gedurende korte tijd leveren van verplichte zorg aan een persoon, indien dit voorafgaat aan de beslissing over een crisismaatregel en er redelijkerwijs mag worden verondersteld dat er een crisismaatregel zal worden genomen.**

Onder deze verplichte zorg kan, teneinde te laten onderzoeken of een crisismaatregel moet worden genomen en in afwachting van het nemen van de crisismaatregel, tevens worden verstaan het ontnemen van de vrijheid van een persoon én het onverwijld overbrengen van een persoon naar een plaats die geschikt is voor tijdelijk verblijf.<sup>20</sup>

Uit de memorie van Toelichting blijkt dat voor het onverwijld overbrengen geldt dat de betrokkene op de voor hem minst belastende wijze vervoerd moet worden. In situaties waar iemand zich hevig verzet tegen het vervoer naar de instelling kan het echter noodzakelijk zijn dat de hulp van de politie wordt ingeroepen om de woning van betrokkene binnen te kunnen treden of te assisteren bij het vervoer. De primaire verantwoordelijkheid voor het vervoer ligt bij de zorgaanbieder, de politie kan alleen indien dat noodzakelijk is ter ondersteuning worden ingeschakeld. Omdat het hier om doorgaans zeer kwetsbare mensen gaat, zullen hulpverleners die verstand van en ervaring met dergelijke situaties hebben, de politie in alle gevallen moeten vergezellen<sup>21</sup>.

Met betrekking tot het verblijf volgt uit art. 7:3 lid 6 Wvvgz dat het onderbrengen van een betrokkene bij de politie echter uitsluitend plaats kan vinden indien de betrokkene wordt verdacht van het plegen van een strafbaar feit<sup>22</sup>.

---

<sup>19</sup> Brief Minister van Justitie en Veiligheid, Ferd Grapperhaus, 13 februari 2019. Taak politie bij hulp op straat aan personen met verward gedrag en in GGZ-instellingen aan personen met een psychische stoornis.

<sup>20</sup> Art. 7:3 lid 4 Wvvgz.

<sup>21</sup> Integrale artikelsgewijze toelichting Wet verplichte ggz, p. 89. Te raadplegen via: <https://www.dwanginzorg.nl/actueel/nieuws/2018/januari/23/artikelgewijze-toelichting-nieuwe-wetgeving>

<sup>22</sup> In de memorie van Toelichting wordt hierop aanvullend aangegeven dat als er geen sprake is van een vermoeden van een strafbaar feit (waarbij enkel het verstoren van de openbare orde onvoldoende grond is), zij in een andere daartoe geschikte plaats moeten worden opgevangen. In situaties waarin het ordeverstoring gedrag voortduurt en niet is uitgemaakt in hoeverre het gedrag voortkomt uit een geestesstoornis, kan het ordeverstoring gedrag als strafbaar feit aangemerkt worden en kan de politie ervoor kiezen om iemand op grond van art 7:3 lid 6 Wvvgz tijdelijk in een politiecel op te vangen. Het gaat hierbij om opvang in het kader van verplichte zorg, en dus niet om een aanhouding voor het strafbare feit. Dit is een allerlaatste redmiddel, dat enkel dient te worden ingezet als alle andere opvangmogelijkheden zijn uitgeput. Een politiecel is geen geschikte plek voor

- 2. Het gehoor geven aan het verzoek van de burgemeester of de officier van justitie om de hulp van ambtenaren van de politie in te roepen bij de tenuitvoerlegging van de crisismaatregel, de machtiging tot voortzetting van de crisismaatregel onderscheidenlijk de zorgmachtiging.<sup>23</sup> Zij zijn hierbij tevens bevoegd om -uitsluitend voor zover dat redelijkerwijs nodig is voor de tenuitvoerlegging van de crisismaatregel, de machtiging tot voortzetting van de crisismaatregel of de zorgmachtiging- de woning van de betrokkene te betreden, zonder dat zij hiervoor toestemming hebben van de betrokkene;<sup>24</sup>**

Bij de tenuitvoerlegging, dus wanneer de maatregel wordt opgelegd, kunnen hulpverleners en politie op grond van artikel 8:2 Wvvggz de plaats betreden waar betrokkene zich bevindt en hem zo nodig aan lichaam of kleding onderzoeken om (gevaarlijke) voorwerpen van hem af te nemen. Zoals elders benoemd is het advies aan GGZ hulpverleners om niet eigenstandig tegen de wil van betrokkene van deze mogelijkheid gebruik te maken. Indien betrokkene hulpverleners en de politie de toegang weigert tot zijn woning, zal de politie - met inachtneming van de bepalingen van de Algemene wet op het binnentreden -, zich de toegang tot de woning van betrokkene verschaffen voor de tenuitvoerlegging van een zorgmachtiging of crisismaatregel. Het is op dat moment immers lastig om een inschatting te maken over de veiligheid.

In eerste instantie zullen zorgverleners worden belast met de tenuitvoerlegging van de verplichte zorg en het vervoer van betrokkene. Alleen in het geval dat het gevaar zo groot dreigt te worden dat het niet langer verantwoord is om de zorgverleners te belasten met de tenuitvoerlegging en het vervoer, kan de hulp van de politie worden ingeschakeld.

- 3. Het gehoor geven aan het verzoek van de zorgaanbieder, de geneesheer-directeur of de zorgverantwoordelijke om, indien benodigd, de hulp van ambtenaren van de politie in te roepen bij de uitvoering van de crisismaatregel, de machtiging tot voortzetting van de crisismaatregel of de zorgmachtiging;<sup>25</sup>**

Op het moment dat een maatregel of machtiging is opgelegd, kan de politie gevraagd worden om bij de uitvoering daarvan te ondersteunen. De zorgaanbieder is verantwoordelijk voor de afweging of en hoe dwangzorg in een ambulante setting veilig kan worden verleend. Dat neemt niet weg dat in noodsituaties de assistentie van de politie nodig kan zijn, bijvoorbeeld als de veiligheid van hulpverleners, patiënt of andere betrokkenen in het geding zijn. Wanneer de politie wordt ingeschakeld bepaalt zij ook welke middelen er worden ingezet.

Het kan zo zijn dat de betrokkene hulpverleners in het kader van de uitvoering van de maatregel of machtiging de toegang tot zijn woning weigert. Hoewel de hulpverlener in het kader van de Wvvggz bevoegd is om dan zelf binnen te treden, is het advies aan GGZ hulpverleners om dit niet eigenstandig te doen. Indien het uit veiligheidsoverwegingen noodzakelijk is om de woning te betreden doet de hulpverlener een beroep op de politie.

Uit de Memorie van Toelichting blijkt daarnaast, dat mocht de betrokkene bijvoorbeeld medicatie weigeren, of daar niet mee instemmen, dan zal de medicatie ook buiten een accommodatie moeten kunnen worden toegediend. Een proportionaliteitstoets zal ook tot een andere uitkomst kunnen leiden. Mocht vervoer naar een polikliniek nodig zijn, voorziet het wetsvoorstel in een regeling voor gedwongen vervoer naar de instelling waar de medicatie alsnog kan worden toegediend.

- 4. Het deelnemen aan het periodiek regio-overleg;<sup>26</sup>**

---

mensen met ernstige psychische problemen en de duur van de insluiting in een politiecel dient dan ook tot een minimum te worden beperkt.

<sup>23</sup> Art. 8:1 lid 5 Wvvggz.

<sup>24</sup> Art. 8:2 lid 2 Wvvggz.

<sup>25</sup> Art. 8:10 Wvvggz.

<sup>26</sup> Art. 8:31 lid 1 Wvvggz.

### **§5.5. De evaluatie en registratie**

Na afloop van de verplichte zorg moet de zorg met de betrokkene en diens naasten worden geëvalueerd. Tevens dient in het zorgplan van de betrokkene te worden vermeld wanneer en hoe vaak het zorgplan moet worden geëvalueerd met de betrokkene, de vertegenwoordiger, de pvp en de familie of naasten. In deze evaluatie dienen ook de proportionaliteit, subsidiariteit, effectiviteit en veiligheid van de verplichte zorg te worden meegenomen. De uitkomsten van deze evaluatie kunnen als input dienen voor het beleidsplan op instellingsniveau. Minstens moet in geval van ambulante dwang vier weken na aanvang geëvalueerd worden.

De Wvggz is een nieuwe wet met maatregelen waarmee nog geen ervaring is opgedaan. Om deze reden is het noodzakelijk dat alle activiteiten in het kader van de Wvggz (inclusief de inhoud van de medische verklaringen: demografische kenmerken, aard van de stoornis, het ernstig nadeel en de benoemde maatregelen voor verplichte zorg en de evaluatie van de maatregel) per instelling worden geregistreerd en hier jaarlijks verslag van wordt gedaan. In de toekomst zullen deze gegevens landelijk en op anonieme wijze worden verwerkt om het toepassen van activiteiten in het kader van de Wvggz te kunnen monitoren. Daarnaast dienen incidenten die samenhangen met het toepassen van de Wvggz gemeld te worden bij de geneesheer directeur.

Van belang hierbij om te benoemen is dat de verplichte zorg niet alleen in de klinische setting, maar óók in de ambulante setting goed geregistreerd dient te worden. Dit enerzijds ten behoeve van het toezicht door de geneesheer-directeur en de IGJ. Anderzijds een goed overzicht van deze gegevens kan helpen om op grote schaal te evalueren en te leren en verbeteren. Dit is van groot belang gezien de geringe ervaring, onzekerheid en risico's ten aanzien van ambulante verplichte zorg.

### **§5.6. De afschaling / beëindiging van verplichte zorg**

Tijdens de uitvoering kan de zorgverantwoordelijke bepaalde vormen van verplichte zorg stoppen of nalaten (afschalen). De GD (en rechter op verzoek van Ov) kan een zorgmachtiging/crisismaatregel beëindigen als aan beëindiging geen voorwaarden verbonden zijn.<sup>27</sup> Bij dit besluit van de GD gaat het om de afweging of het doel van de verplichte zorg is bereikt en/of dat niet langer wordt voldaan aan de criteria voor verplichte zorg.

---

<sup>27</sup> De GD kan ook het verlenen van verplichte zorg op grond van een ZM of een (voortgezette) CM beëindigen of tijdelijk onderbreken en aan deze beslissing voorwaarden of beperkingen verbinden, zie artikel 8:17, lid 5 en 8:18, lid 8 Wvggz.



## Bijlage I – Hoofdprocesmodel

