Toelichting Beleidsplan Wvggz

GGZ Nederland

30 juli 2019

Inhoud

[Voorwoord 4](#_Toc16502611)

[Toelichting beleidsplan (artikel 2:2 Wvggz) 6](#_Toc16502612)

[I. Algemene informatie 6](#_Toc16502613)

[II. Inleiding 6](#_Toc16502614)

[III. (Inhoudelijk) Beleidsplan 9](#_Toc16502615)

[1. Vrijwillige en verplichte zorg 9](#_Toc16502616)

[1.0. Visie zorgaanbieder 9](#_Toc16502617)

[1.1. Beleid vrijwillige zorg 9](#_Toc16502618)

[1.1.1. voldoende zorgaanbod op basis van vrijwilligheid 10](#_Toc16502619)

[1.1.2. alternatief zorgaanbod op basis van vrijwilligheid 10](#_Toc16502620)

[1.2. beleid verplichte zorg 10](#_Toc16502621)

[1.2.1. verplichte zorg is uiterste middel 10](#_Toc16502622)

[1.2.2. toetsing aan de beginselen van proportionaliteit, subsidiariteit, doelmatigheid en veiligheid 11](#_Toc16502623)

[1.2.3. voorwaarden ter bevordering deelname aan het maatschappelijk leven 13](#_Toc16502624)

[1.2.4. vastlegging wensen en voorkeuren van betrokkene 1.2.5. honorering van de wensen en voorkeuren van betrokkene 14](#_Toc16502625)

[1.2.6. familie, de directe naasten van betrokkene en de huisarts worden zoveel mogelijk betrokken 15](#_Toc16502626)

[1.2.7. het betrekken van de mogelijke nadelige effecten op de lange termijn 15](#_Toc16502627)

[1.2.8. kinderen en jeugdigen 16](#_Toc16502628)

[Aanvullende eisen beleidsplan indien zorgaanbieder verplichte zorg in de zin van de Wet verplichte ggz ambulant verleent 17](#_Toc16502629)

[1.3. Gebruik richtlijnen 25](#_Toc16502630)

[1.4. Continuïteit van zorg 27](#_Toc16502631)

[2. Intern toezicht op (omgang met) verplichte zorg 27](#_Toc16502632)

# Voorwoord

In deze toelichting op het beleidsplan Wvggz is per onderdeel van het (format) beleidsplan Wvggz nadere achtergrondinformatie opgenomen op basis van de Kamerstukken Wvggz en het Besluit verplichte geestelijke gezondheidszorg (Bvggz). Aangeraden wordt om bij het gebruik van het model beleidsplan deze toelichting te raadplegen.

De tekst in deze toelichting is veelal letterlijk overgenomen uit de Kamerstukken behorende bij de Wet verplichte ggz (Kamerstukken II behorende bij32 399) en uit de Nota van Toelichting bij het Besluit verplichte geestelijke gezondheidszorg (*Stb.* 2019, 198). De tekst is echter niet op citeerwijze weergegeven. Dit is gedaan vanwege de leesbaarheid. Wél is aangegeven uit welk Kamerstuk of van welke pagina van de Nota van Toelichting bij het Besluit verplichte ggz de tekst afkomstig is. Dat is gedaan aan het eind van de paragrafen. Let wel: de bronvermelding in de voetnoot aan het eind van een paragraaf, behelst de hele paragraaf. Dus ook als een paragraaf uit meerdere alinea’s bestaat ziet de betreffende voetnoot dan niet enkel op die alinea.

Er kunnen geen rechten aan het format beleidsplan of de toelichting beleidsplan worden ontleend.

# Toelichting beleidsplan (artikel 2:2 Wvggz)[[1]](#footnote-1)

## I. Algemene informatie

In deze paragraaf kan de zorgaanbieder diens gegevens opnemen, als ook de contactgegevens van de contactpersoon binnen de zorgaanbieder die belast is met het up-to-date houden van het beleidsplan. Door het opnemen van de gegevens van de contactpersoon is voor iedereen werkzaam bij of voor de zorgaanbieder duidelijk met wie hij[[2]](#footnote-2) contact kan opnemen als hij een algemene vraag heeft over het beleidsplan.

## II. Inleiding

Een zorgaanbieder in de zin van de Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg (Wvggz)[[3]](#footnote-3) is op basis van artikel 2:2 Wvggz verplicht een beleidsplan vast te stellen over de toepassing van de verplichte zorg.

Artikel 2:2 Wvggz luidt:

*“1. De zorgaanbieder stelt op basis van de uitgangspunten van artikel 2:1 een beleidsplan vast over de toepassing van de verplichte zorg dat gericht is op het terugdringen en voorkomen van verplichte zorg en het zoeken naar alternatieven op basis van vrijwilligheid.*

*2. De zorgaanbieder geeft in het beleidsplan aan op welke wijze hij zorg draagt voor continuïteit in de zorgverlening indien verplichte zorg overgaat naar zorg op basis van vrijwilligheid of indien zorg op basis van vrijwilligheid overgaat naar verplichte zorg.*

*3. Voordat de zorgaanbieder het beleidsplan vaststelt, vraagt de zorgaanbieder hierover advies aan de cliëntenraad, bedoeld in artikel 2 van de Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen. Artikel 4, eerste en derde lid, en artikel 5, eerste lid, van de Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen zijn van toepassing.*

*4. De zorgaanbieder draagt er zorg voor dat het beleidsplan wordt toegepast bij de voorbereiding, de uitvoering, de evaluatie, de wijziging en de beëindiging van verplichte zorg.”*

Via het opstellen van een beleidsplan moeten zorgaanbieders nadenken over de voorwaarden en voorzieningen die nodig zijn om verplichte zorg te verlenen. Door dit vast te leggen in een beleidsplan is voor alle medewerkers binnen de instelling duidelijk wat de visie van de organisatie is op de manier waarop binnen de organisatie omgegaan wordt met verplichte zorg en welke voorwaarden en voorzieningen de zorgaanbieder daarvoor heeft getroffen. Een belangrijk uitgangspunt daarbij is dat voorop moet staan dat de zorg altijd gericht moet zijn op het terugdringen en voorkomen van verplichte zorg. Eerst moet gezocht worden naar alternatieven op basis van vrijwilligheid. Pas als die niet aanwezig zijn, kan verplichte zorg worden toegepast.[[4]](#footnote-4)

Daarnaast moet de zorgaanbieder in het beleidsplan vastleggen hoe de continuïteit van geestelijke zorg geborgd wordt als een betrokkene de overgang van verplichte zorg naar vrijwillige zorg of van vrijwillige zorg naar verplichte zorg maakt, zodat de continuïteit van zorg niet in het geding komt. Zorgaanbieders moeten in hun beleidsplan aangeven hoe zij gaan zorgen voor een vloeiende overgang waarbij de kwaliteit van geboden zorg en patiëntgerichtheid centraal staat. Voorkomen dient te worden dat de zorg tijdelijk stil komt te liggen en een overgang van verplichte naar vrijwillige zorg of van vrijwillige naar verplichte zorg negatieve effecten heeft op de gezondheid van betrokkene.[[5]](#footnote-5)

Indien verplichte zorg toch noodzakelijk is, dan moet het beleidsplan de manier omschrijven waarop de zorgaanbieder de voorwaarden en voorzieningen heeft gerealiseerd die nodig zijn om bij de voorbereiding, de uitvoering, de evaluatie, de wijziging en de beëindiging van verplichte zorg te handelen overeenkomstig de Wvggz. Daarbij moet in het bijzonder ook gedacht worden aan de uitgangspunten zoals opgenomen in artikel 2:1 Wvggz en de geldende richtlijnen.[[6]](#footnote-6)

Artikel 2:1 Wvggz luidt:

*“1. De zorgaanbieder en de geneesheer-directeur bieden voldoende mogelijkheden voor zorg op basis van vrijwilligheid, om daarmee verplichte zorg zoveel mogelijk te voorkomen.*

*2. Verplichte zorg kan alleen als uiterste middel worden overwogen, indien er geen mogelijkheden voor vrijwillige zorg meer zijn.*

*3. Bij de voorbereiding, de afgifte, de tenuitvoerlegging, de uitvoering, de wijziging en de beëindiging van een crisismaatregel, machtiging tot voortzetting van de crisismaatregel of zorgmachtiging worden van de verplichte zorg de proportionaliteit en subsidiariteit, waaronder begrepen de verplichte zorg in ambulante omstandigheden, alsmede de doelmatigheid en veiligheid beoordeeld.*

*4. Bij de voorbereiding, de afgifte, de uitvoering, de wijziging en de beëindiging van een crisismaatregel, machtiging tot voortzetting van de crisismaatregel of zorgmachtiging wordt rekening gehouden met de voorwaarden die noodzakelijk zijn om deelname van betrokkene aan het maatschappelijk leven te bevorderen.*

*5. Bij de voorbereiding, de uitvoering, de wijziging en de beëindiging van een crisismaatregel, machtiging tot voortzetting van de crisismaatregel of zorgmachtiging worden de wensen en voorkeuren van betrokkene ten aanzien van de zorg vastgelegd.*

*6. De wensen en voorkeuren van betrokkene ten aanzien van de verplichte zorg worden gehonoreerd, tenzij:*

*a. betrokkene niet tot een redelijke waardering van zijn belangen ter zake in staat is, of*

*b. acuut levensgevaar voor betrokkene dreigt dan wel er 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.*

*7. Bij de voorbereiding, de uitvoering, de wijziging en de beëindiging van een crisismaatregel, machtiging tot voortzetting van de crisismaatregel of zorgmachtiging worden de familie, de directe naasten van betrokkene en de huisarts zoveel mogelijk betrokken.*

*8. Bij de voorbereiding, de afgifte, de uitvoering, de wijziging en de beëindiging van verplichte zorg worden de mogelijk nadelige effecten van de verplichte zorg op lange termijn voor betrokkene bij de beoordeling van de subsidiariteit, proportionaliteit, effectiviteit en veiligheid betrokken en indien mogelijk met terzake deskundigen besproken.*

*9. Bij de voorbereiding, de afgifte, de uitvoering, de wijziging en de beëindiging van verplichte zorg bij kinderen en jeugdigen worden zonodig aanvullende zorgvuldigheidseisen gesteld en de mogelijk nadelige effecten van de verplichte zorg op lange termijn op de lichamelijke en geestelijke ontwikkeling van betrokkene en de deelname aan het maatschappelijk leven betrokken bij de beoordeling van de subsidiariteit, proportionaliteit, effectiviteit en veiligheid en indien mogelijk met terzake deskundigen besproken.”*

Verder zal de wijze waarop hij intern toezicht houdt op de uitvoering van verplichte zorg in het beleidsplan omschreven moeten worden.[[7]](#footnote-7)

Hierna volgt per onderdeel een inhoudelijke toelichting.[[8]](#footnote-8)

## III. (Inhoudelijk) Beleidsplan

### 1. Vrijwillige en verplichte zorg

### 1.0. Visie zorgaanbieder

In het beleidsplan kan op deze plek de visie van de zorgaanbieder op zorg - in het bijzonder de visie op het zoveel mogelijk voorkomen en terugdringen van verplichte zorg - worden weergegeven.

De visie van de zorgaanbieder is uitgewerkt in beleid.

### 1.1. Beleid vrijwillige zorg

Het eerste uitgangspunt zoals vastgelegd in artikel 2:1 Wvggz is dat de zorgaanbieder en de geneesheer-directeur voldoende mogelijkheden voor zorg op basis van vrijwilligheid bieden, om daarmee verplichte zorg zoveel mogelijk te voorkomen.[[9]](#footnote-9) Door dit vast te leggen in het beleidsplan is voor alle medewerkers binnen de instelling duidelijk wat de visie van de organisatie is waarop binnen de organisatie wordt omgegaan met verplichte zorg en welke voorwaarden en voorzieningen de zorgaanbieder daarvoor heeft getroffen. Er dient een daadwerkelijk aanbod van vrijwillige zorg te zijn. Op de zorgaanbieders en de directeuren zorgkwaliteit rust derhalve de verplichting om dit aanbod te realiseren. Pas indien alternatieven op basis van vrijwilligheid niet (meer) aanwezig zijn, kan verplichte zorg worden overwogen.

In deze paragraaf kan de zorgaanbieder zijn beleid met betrekking tot vrijwillige zorg opnemen.

In acute crisissituaties kunnen het gevaar en de risico’s echter zo ernstig en onmiddellijk dreigend zijn dat het benutten van alternatieven op basis van vrijwilligheid niet verantwoord is. In dergelijke uitzonderlijke situaties kan zonder afbreuk te doen aan het ultimum remedium beginsel tot verplichte zorg worden besloten, indien redelijkerwijs kan worden verwacht dat zorg op basis van vrijwilligheid niet effectief zal zijn.[[10]](#footnote-10)

### 1.1.1. voldoende zorgaanbod op basis van vrijwilligheid

In deze paragraaf kan de zorgaanbieder zijn zorgaanbod op basis van vrijwilligheid omschrijven.

### 1.1.2. alternatief zorgaanbod op basis van vrijwilligheid

In deze paragraaf kan de zorgaanbieder zijn alternatieve zorgaanbod op basis van vrijwilligheid omschrijven.

### 1.2. beleid verplichte zorg

Pas indien er geen mogelijkheden voor zorg op basis van vrijwilligheid zijn die het ernstig nadeel als gevolg van het gedrag van een persoon dat voortvloeit uit zijn psychische stoornis kan wegnemen, kan de zorgaanbieder overgaan op het verlenen van verplichte zorg.[[11]](#footnote-11)

### 1.2.1. verplichte zorg is uiterste middel

Het tweede uitgangspunt zoals vastgelegd in artikel 2:1 Wvggz is dat verplichte zorg alleen als uiterste middel (ultimum remedium) mag worden overwogen, indien er geen mogelijkheden voor vrijwillige zorg meer zijn.[[12]](#footnote-12) Dus dat in beginsel de mogelijkheden voor vrijwillige zorg volledig moeten zijn uitgeput, voordat onvrijwillige zorg kan worden overwogen. ‘In beginsel’ vanwege het feit dat in sommige situaties het eerst benutten van alternatieven op basis van vrijwilligheid niet verantwoord is - zie ook vorige paragraaf - of bijvoorbeeld indien redelijkerwijs kan worden verwacht dat zorg op basis van vrijwilligheid niet effectief zal zijn.

Het ultimum remedium-beginsel veronderstelt een adequaat aanbod aan vrijwillige zorg. Binnen de geestelijke gezondheidszorg zijn op dit terrein diverse initiatieven ontwikkeld. Denk bijvoorbeeld aan de multidisciplinair samengestelde bemoeizorgteams (Assertive Community Treatment (ACT)-teams) die zijn opgezet. Deze teams zoeken actief mensen met een psychische stoornis die zorg mijden op. Door middel van drang, aandacht en overtuigingskracht wordt geprobeerd deze mensen te bewegen om hun geestelijke gezondheid en leefomstandigheden – met behulp van deze teams – zelf in die mate te verbeteren dat verplichte zorg kan worden voorkomen. De ACT-teams verlenen hulp en bijstand in alle aangelegenheden die zich bij een patiënt kunnen voordoen (zoals bijvoorbeeld huisvesting, behandeling, schuldsanering, scholing, ondersteuning en begeleiding sociale en dagelijkse activiteiten). De organisatie van zorg is een primaire verantwoordelijkheid van de ggz-instellingen zelf. Zij zullen dus zelf nieuwe ontwikkelingen moeten stimuleren die gericht zijn op het voorkomen van dwang en een adequaat en kwalitatief goed zorgaanbod moeten bieden dat de noodzaak voor verplichte interventies tot een minimum beperkt.

Het uitgangspunt dat dwang alleen als ultimum remedium kan worden toegepast brengt mee dat dwang niet uit onmacht mag worden toegepast. In dit kader speelt de kwaliteit van de zorgverlening een cruciale rol. De noodzaak van dwang wordt beïnvloed door de kwaliteit van zorg. Het komt voor dat zorgverleners en betrokkenen niet bij machte zijn om met elkaar te communiceren over de noodzaak tot zorg. Dit kan ertoe leiden dat de zorgverleners uiteindelijk uit machteloosheid grijpen naar ingrijpende interventies en daarbij de verbinding met de betrokkene volledig verliezen. Dwang als uiting van machteloosheid moet worden voorkomen omdat een goede verstandhouding tussen de zorgverlener en de betrokkene essentieel is.[[13]](#footnote-13)

De zorgaanbieder kan in deze paragraaf aangeven welke toepassingen aan verplichte zorg[[14]](#footnote-14) deze in voorkomend geval - dus mits aan de criteria daarvoor wordt voldaan - kan verlenen, en welke niet. Zo is voor iedereen duidelijk welke vormen van verplichte zorg kunnen worden toegepast.

### 1.2.2. toetsing aan de beginselen van proportionaliteit, subsidiariteit, doelmatigheid en veiligheid[[15]](#footnote-15)

Het derde uitgangspunt is dat er bij de voorbereiding, de uitvoering, de wijziging en de beëindiging van een crisismaatregel, machtiging tot voortzetting van de crisismaatregel of zorgmachtiging van de verplichte zorg de proportionaliteit, subsidiariteit, waaronder begrepen de verplichte zorg in ambulante omstandigheden, alsmede de doelmatigheid (effectiviteit) en veiligheid worden beoordeeld.[[16]](#footnote-16)

In deze paragraaf in het beleidsplan kan worden aangegeven hoe de toetsing van de verplichte zorg aan de beginselen van proportionaliteit, subsidiariteit, doelmatigheid en veiligheid plaats vindt in onderscheidenlijk de fase van voorbereiding, uitvoering, wijziging en beëindiging van een crisismaatregel, machtiging tot voortzetting van de crisismaatregel of zorgmachtiging.

In de fase van voorbereiding en in de uitvoering van de verplichte zorg is het van belang dat de zorg op maat is. Om zorg op maat te kunnen bieden, dient toetsing aan voornoemde beginselen plaats te vinden. De voortdurende toetsing door alle actoren die bij de uitvoering van de wet betrokken zijn, moet er voor zorgen dat verplichte zorg niet in strijd komt met het ultimum remedium beginsel.

De interventies mogen de vrijheid van betrokkene niet verder beperken dan noodzakelijk is, maar dienen tegelijkertijd ook afdoende te zijn om het aanzienlijke risico op ernstig nadeel af te kunnen wenden. Er zal moeten worden beoordeeld of er geen lichtere interventies mogelijk zijn en of de verplichte zorg effectief is en het aanzienlijke risico op ernstig nadeel ook daadwerkelijk wegneemt. In artikel 2:1, lid 3 Wvggz is ook het toetsingscriterium van de patiëntveiligheid toegevoegd. Zo kunnen psychofarmaca immers ook gepaard gaan met (ernstige) bijwerkingen voor betrokkene. Ook dat moet bij alle actoren continu een aandachtspunt zijn.

Indien verplichte zorg noodzakelijk is, dient onderzocht te worden of deze zorg ambulant kan worden verleend. Het bevorderen van deelname aan het maatschappelijk leven gaat meestal beter wanneer betrokkene in zijn eigen omgeving buiten de instelling verblijft. Er kan dan beter inzicht worden verkregen of en hoe betrokkene in zijn thuissituatie en directe omgeving functioneert en welke begeleiding hij hierbij nodig heeft. Op grond daarvan is het makkelijker concrete voorwaarden te stellen om betrokkene (verder) aan het maatschappelijk leven te laten deelnemen. Met zogenoemde ‘outreachende zorg’ kan betrokkene direct in de eigen woonsituatie worden ondersteund. Daarnaast helpt het dat familie en naasten in de thuissituatie beter in staat zijn om betrokkene actief te ondersteunen en in contact zijn met de hulpverlening ter plekke. In de kliniek staan zij meer op afstand. Soms zal echter verplichte zorg niet ambulant kunnen worden verleend en is opname in een instelling noodzakelijk. Bijvoorbeeld omdat de veiligheid van betrokkene of die van anderen alleen gegarandeerd kan worden in een instelling. Passende zorg is een combinatie van behandeling (welke zorg ook herstel van burgerschap of maatschappelijke deelname omvat) en beveiliging. Het doel blijft uiteindelijk natuurlijk om betrokkene zo snel mogelijk in zijn eigen omgeving te plaatsen, mits en voor zover dat mogelijk is.

Bij de uitvoering van de verplichte zorg wordt bij de toetsing specifiek gekeken naar:

1. Of een opname noodzakelijk is dan wel met ambulante verplichte zorg kan worden volstaan;
2. Hoe door middel van toezicht de veiligheid in geval van ambulante verplichte zorg op voldoende wijze kan worden geborgd;
3. 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;
4. Hoe in geval van ambulante verplichte zorg op verantwoorde wijze wordt omgegaan met fysiek verzet van betrokkene;
5. Op welke wijze de bereikbaarheid en ondersteuning van een ter zake deskundige zorgverlener wordt geborgd voor verzoeken om hulp van betrokkene of diens naasten naar aanleiding van de verleende ambulante verplichte zorg.
6. Op welke wijze in geval van ambulante verplichte zorg wordt toegezien op het voorkomen van grensoverschrijdend gedrag door een zorgverlener.

In hoofdstuk 2 van het Bvggz staan de aanvullende verplichtingen voor de zorgaanbieder voor het beleidsplan bij ambulante verplichte zorg. Ambulante verplichte zorg mag alleen worden verleend indien is voldaan aan de aanvullende waarborgen ten aanzien van het beleidsplan[[17]](#footnote-17) naast de algemene uitgangspunten, criteria voor en doelen van verplichte zorg die al in de Wvggz zijn opgenomen en de algemenere waarborgen die reeds voortvloeien uit andere wetten (zoals de Wkkgz en de Wet BIG).[[18]](#footnote-18) Na paragraaf 1.2.8. volgt een toelichting per onderdeel.[[19]](#footnote-19)

### 1.2.3. voorwaarden ter bevordering deelname aan het maatschappelijk leven

Het vierde uitgangspunt is dat bij de voorbereiding, de uitvoering, de wijziging en de beëindiging van een crisismaatregel, machtiging tot voortzetting van de crisismaatregel of zorgmachtiging rekening wordt gehouden met de voorwaarden die noodzakelijk zijn om deelname van betrokkene aan het maatschappelijk leven te bevorderen.[[20]](#footnote-20)

Tegenover de legitimatie om een vergaande inbreuk te plegen op iemands fundamentele vrijheid, staat een inspanningsverplichting om kwalitatief goede zorg te bieden. Dit is het beginsel van wederkerigheid[[21]](#footnote-21). De inspanningsverplichting moet ruim worden opgevat en impliceert ook dat gedurende de periode waarin dwang wordt toegepast, aandacht moet worden besteed aan voorzieningen als huisvesting en middelen van bestaan die noodzakelijk zijn alvorens de verplichte zorg te kunnen beëindigen. Ook zal al tijdens de gedwongen zorgverlening moeten worden getracht om betrokkene ontvankelijk te krijgen voor vrijwillige zorg die daarop kan volgen (de nazorg). Nazorg moet worden gezien als een structurele investering in de continuïteit van zorg.[[22]](#footnote-22)

In deze paragraaf in het beleidsplan kunnen de voorwaarden ingevuld worden die noodzakelijk zijn om deelname aan het maatschappelijk leven te bevorderen. Ook kan hier beschreven worden hoe de samenwerking met verschillende partijen is vorm gegeven, nu in de voorwaarden door diverse actoren moet worden voorzien.

### 1.2.4. vastlegging wensen en voorkeuren van betrokkene 1.2.5. honorering van de wensen en voorkeuren van betrokkene

Vanwege de samenhang tussen deze uitgangspunten worden deze onderdelen in de toelichting gezamenlijk behandeld.

Bij de voorbereiding, de uitvoering, de wijziging en de beëindiging van een crisismaatregel, machtiging tot voortzetting van de crisismaatregel of zorgmachtiging worden de wensen en voorkeuren van betrokkene ten aanzien van de zorg vastgelegd.[[23]](#footnote-23) Uitgangspunt is dat de wensen en voorkeuren van betrokkene ten aanzien van de verplichte zorg in beginsel worden gehonoreerd.[[24]](#footnote-24) Hierop zijn een paar uitzonderingen in de wet (in artikel 2:1, lid 6 Wvggz) opgenomen.

NB. Per toepassing van verplichte zorg dient te worden bezien of zich één van de situaties uit de wet voordoet. Overigens is het niet zo dat indien wordt geoordeeld dat betrokkene wilsonbekwaam is, niet aan zijn voorkeuren tegemoet kan worden gekomen. Dat zal per individueel geval bekeken moeten worden.[[25]](#footnote-25)

### 1.2.6. familie, de directe naasten van betrokkene en de huisarts worden zoveel mogelijk betrokken

Het zevende uitgangspunt is dat bij de voorbereiding, de uitvoering, de wijziging en de beëindiging van een crisismaatregel, machtiging tot voortzetting van de crisismaatregel of zorgmachtiging de familie, de directe naasten van betrokkene en de huisarts zoveel mogelijk worden betrokken.[[26]](#footnote-26)

De wijze waarop dit gebeurt kan in deze paragraaf van het beleidsplan worden vastgelegd.

De directe omgeving van betrokkene kan immers een belangrijke rol spelen bij het voorkomen van verplichte zorg of er voor zorgen dat er met minder ingrijpende vormen van onvrijwillige zorg kan worden volstaan, doordat zij betrokkene waar mogelijk (kunnen) ondersteunen bij de deelname aan het maatschappelijk leven. Er zijn echter ook situaties waarin een nauwe betrokkenheid van de familie niet wenselijk is. Vandaar de formulering dat ze ‘zoveel mogelijk’ betrokken worden. Indien betrokkene duidelijk kenbaar maakt dat hij ernstige bezwaren heeft tegen betrokkenheid van bepaalde familieleden of directe naasten zal daar door de verschillende actoren rekening mee moeten worden gehouden. Zo kan de zorgverantwoordelijke in dat geval bijvoorbeeld bepalen dat betrokkene en het betreffende familielid niet gezamenlijk en gelijktijdig worden gehoord, maar afzonderlijk.[[27]](#footnote-27)[[28]](#footnote-28)

### 1.2.7. het betrekken van de mogelijke nadelige effecten op de lange termijn

Het achtste uitgangspunt is dat bij de voorbereiding, de uitvoering, de wijziging en de beëindiging van verplichte zorg de mogelijk nadelige effecten van verplichte zorg op lange termijn voor betrokkene bij de beoordeling van de subsidiariteit, proportionaliteit, effectiviteit en veiligheid worden betrokken en indien mogelijk met terzake deskundigen besproken.[[29]](#footnote-29)

De manier waarop dit gebeurt kan in deze paragraaf worden opgenomen.

Zoals hiervoor al aangegeven - bij het derde uitgangspunt - is de veiligheid van de verplichte zorg als toetsingscriterium toegevoegd. Dit criterium is tevens in het achtste lid van artikel 2:1 Wvggz nader uitgewerkt. Gelet op de soms ernstige bijwerkingen van medicijnen is het van belang dat de mogelijk blijvende schade als gevolg van (langdurig) gebruik van psychofarmaca wordt meegewogen bij de voorbereiding van verplichte zorg en de toetsing van de proportionaliteit, subsidiariteit en effectiviteit. Als medicatie als verplichte zorg is geboden, is het belangrijk om rekening te houden met de ervaringen van betrokkene zelf met het gebruik van verschillende medicijnen en zijn eigen afwegingen over nut en nadeel van verschillende vormen van medicijnen serieus te nemen.[[30]](#footnote-30)

### 1.2.8. kinderen en jeugdigen

Zowel bij de voorbereiding, de uitvoering, de wijziging en de beëindiging van verplichte zorg bij kinderen en jeugdigen worden zo nodig aanvullende zorgvuldigheidseisen gesteld en de mogelijk nadelige effecten van de verplichte zorg op lange termijn op de lichamelijke en geestelijke ontwikkeling van betrokkene en de deelname aan het maatschappelijk leven betrokken bij de beoordeling van de subsidiariteit, proportionaliteit, effectiviteit en veiligheid en indien mogelijk met terzake deskundigen besproken.[[31]](#footnote-31)

Aangezien er minder kennis is over de werking en bijwerkingen van medicatie en therapieën bij jeugdigen dan bij volwassenen, is immers extra zorgvuldigheid bij de toepassing van verplichte zorg bij kinderen en jeugdigen geboden.

Op grond van deze bepaling zal bijvoorbeeld de zorgverantwoordelijke bij het opstellen van het zorgplan zich rekenschap moeten geven van de mogelijk nadelige gevolgen van de voorgestelde medicatie en therapie op de lange termijn. Naast de opdracht tot een expliciete beoordeling van de nadelige effecten op lange termijn, is er de verplichting om zo nodig extra zorgvuldigheidseisen te stellen en zoveel mogelijk terzake deskundigen te betrekken bij de voorbereiding en toepassing van verplichte zorg aan kinderen en jeugdigen. Dit zal ertoe moeten leiden dat de zorgverantwoordelijke, als hij niet gespecialiseerd is op het terrein van kinder- en jeugdpsychiatrie, een gespecialiseerde psychiater of andere deskundige zoals een orthopedagoog zal moeten betrekken bij het opstellen van een zorgplan of beslissingen over de toepassing van verplichte zorg.

In deze paragraaf in het beleidsplan kan worden opgenomen hoe dit wordt vorm gegeven.

NB. Deze verplichtingen die noodzaken tot extra zorgvuldigheid gelden niet alleen voor de zorgverantwoordelijke. Ze gelden voor alle actoren die bij de toepassing van verplichte zorg bij kinderen en jeugdigen betrokken zijn.[[32]](#footnote-32)

# Aanvullende eisen beleidsplan indien zorgaanbieder verplichte zorg in de zin van de Wet verplichte ggz ambulant verleent

(nadere toelichting bij paragraaf 1.2.2. / artikel 2:1, lid 3 Wvggz)

Verplichte zorg buiten een accommodatie van een zorgaanbieder (hierna: ambulant) is thans toegestaan (onder enkele voorwaarden). Onder de Wet Bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Wet Bopz) was het niet mogelijk om verplichte zorg ambulant te verlenen. Wel bood de Wet Bopz door middel van de voorwaardelijke machtiging de mogelijkheid van hele sterke drang. Dit kwam omdat ambulante behandeling als voorwaarde kon worden gesteld in het kader van een voorwaardelijke machtiging (om op die manier een gedwongen opname te voorkomen). Onder de Wvggz is de verwachting dat betrokkene doordat hij weet dat hij zich niet aan gedwongen zorg kan onttrekken in de meeste gevallen ervoor zal kiezen om thuis de behandeling te laten plaatsvinden (zij het niet van harte). In dat geval is geen sprake van dwang, want betrokkene verzet zich niet, maar wel van hele sterke drang.[[33]](#footnote-33)

Een zorgaanbieder dient de afweging te maken of zijn organisatie verplichte (ambulante) zorg (verantwoord) kan aanbieden.[[34]](#footnote-34) Hij is hiertoe niet verplicht. De zorgaanbieder zal zich daarom in het beleidsplan reeds buigen over de vraag of en zo ja, de wijze waarop hij verplichte zorg in een ambulante situatie zal aanbieden. Ook vanuit de betrokkene is geen sprake van een afdwingbaar recht op het ontvangen van verplichte zorg in een ambulante setting ten aanzien van een bepaalde zorgaanbieder. Indien betrokkene een voorkeur heeft voor ambulante zorg, hoeft die voorkeur door de zorgaanbieder niet altijd gevolgd te worden. Wanneer de zorg namelijk niet op een goede en veilige manier in de ambulante situatie kan worden geboden, kan de zorgaanbieder anders besluiten. Zo kan een zorgaanbieder er voor kiezen om voorzichtig te beginnen. Eventueel kan onderzocht worden of een andere zorgaanbieder die zorg wél ambulant kan bieden. De uitkomst van overleg over de best passende zorg en de zorgaanbieder die het gaat uitvoeren is onderdeel van het verzoekschrift dat de officier van justitie indient bij de rechter. De rechter geeft vervolgens een zorgmachtiging af waarin de haalbaarheid van verantwoorde zorg buiten een accommodatie is afgewogen. Die haalbaarheid is afhankelijk van een aantal factoren, waaronder de zorgbehoefte van betrokkenen en zijn woonsituatie en de mate waarin de zorgverantwoordelijke daarin kan faciliteren.[[35]](#footnote-35)

Een zorgaanbieder moet naast de eisen die gelden voor het beleidsplan op basis van artikel 2:2 en artikel 2:1 Wvggz bij ambulante verplichte zorg voldoen aan de eisen zoals vervat in hoofdstuk 2 van het Bvggz.[[36]](#footnote-36) Bij ambulante verplichte zorg moeten in het beleidsplan ook bepaalde aanvullende eisen die worden gesteld worden opgenomen. Ambulante verplichte zorg kan immers uitsluitend worden toegepast indien de zorgaanbieder in het beleidsplan heeft vastgelegd:

*1˚ 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;*

*2˚ hoe door middel van toezicht de veiligheid in geval van ambulante verplichte zorg op voldoende wijze kan worden geborgd;*

*3˚ 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;*

*4˚ hoe in geval van ambulante verplichte zorg op verantwoorde wijze wordt omgegaan met fysiek verzet van betrokkene;*

*5˚ op welke wijze de bereikbaarheid en ondersteuning, bedoeld in onderdeel d, worden geborgd;*

*6˚ op welke wijze in geval van ambulante verplichte zorg wordt toegezien op het voorkomen van grensoverschrijdend gedrag door een zorgverlener*.[[37]](#footnote-37)

De Inspectie voor Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) kan in het kader van het toezicht op de naleving van de wet het beleidsplan opvragen en beoordelen of voldaan wordt aan de aan het beleidsplan gestelde eisen.[[38]](#footnote-38)

Hierna volgt een toelichting per onderdeel van voornoemde aanvullende eisen die in het beleidsplan moeten worden vastgelegd. De kop van de paragraaf correspondeert met de kop van de paragraaf in het format beleidsplan.

1. **Of een opname noodzakelijk is dan wel met ambulante verplichte zorg kan worden volstaan**

De zorgaanbieder dient in het beleidsplan vast te leggen 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.[[39]](#footnote-39)

Een belangrijk voordeel van het verlenen van verplichte zorg in de ambulante setting kan zijn dat daarmee opname in een accommodatie wordt voorkomen. Het voorkomen van een opname in een accommodatie is echter geen doel op zich. Het gaat erom wat het beste is voor betrokkene. Een gedwongen opname kan nog steeds op een bepaald moment de meest passende zorg zijn. Ook langdurige opname kan nog steeds nodig zijn. Belangrijk is dat steeds de voorkeur van betrokkene wordt meegewogen, niet alleen in gevallen waarin de zorgbehoefte tot verderstrekkende maatregelen kan leiden, maar ook wanneer van de omgekeerde situatie sprake is, bijvoorbeeld wanneer ambulante dwang in principe tot de mogelijkheden behoort, maar betrokkene een dergelijke behandelwijze niet ziet zitten. Daarnaast moeten ook de belangen van de relevante familie en naasten van betrokkene worden meegewogen. Ook de (woon)omgeving kan een rol spelen in de afweging of gedwongen zorg buiten een accommodatie te realiseren is.

Vaak zal het voor betrokkene het beste zijn om in zijn eigen vertrouwde omgeving te blijven. Er zijn echter ook situaties waarin opname in een accommodatie beter is voor betrokkene, bijvoorbeeld omdat een belangrijk deel van de verplichte zorg dan (sneller) kan worden afgebouwd of omdat het gaat om betrokkenen bij wie beveiligde zorg nodig is. Dit zijn slechts enkele factoren die een rol spelen bij de beoordeling of ambulante verplichte zorg al dan niet de voorkeur heeft boven een opname in een accommodatie.

De zorgaanbieder zal in zijn beleidsplan moeten vastleggen welke factoren in ieder geval bij deze beoordeling moeten worden meegewogen. Met deze factoren zal bij het opnemen van verplichte zorg in het zorgplan rekening moeten worden gehouden.[[40]](#footnote-40)

**2. Hoe door middel van toezicht de veiligheid in geval van ambulante verplichte zorg op voldoende wijze kan worden geborgd**

De zorgaanbieder dient in het beleidsplan vast te leggen hoe door middel van toezicht de veiligheid in geval van ambulante verplichte zorg op voldoende wijze kan worden geborgd.[[41]](#footnote-41) Er is door de wetgever niet voor gekozen dit per (sub)zorgvorm te bepalen hoe dit toezicht moet worden vorm gegeven. De wijze waarop het toezicht voor de specifieke betrokkene het beste kan worden gerealiseerd, moet worden besproken in het overleg dat de zorgverantwoordelijke op grond van artikel 5:13 lid 3 Wvggz heeft. Dit overleg wordt voorafgaand aan het vaststellen van het zorgplan gepleegd en vervolgens vastgelegd in dat zorgplan.[[42]](#footnote-42)

Het wordt van groot belang geoordeeld dat de zorgaanbieder in geval van ambulante verplichte zorg tevoren zorgvuldig nadenkt over de wijze waarop door middel van toezicht de veiligheid op voldoende wijze kan worden geborgd, en dit vastlegt in zijn beleidsplan. Ook wat betreft toezicht geldt de eis van proportionaliteit. Bij toezicht kan gebruik worden gemaakt van domotica. De wijze waarop het toezicht wordt ingericht is aan de zorgaanbieder.

De zorgaanbieder kan bij de vormgeving rekening houden met onder meer zijn patiëntenpopulatie, de sociale omgeving, de voorkeuren van de betrokkene, familie en naasten en hulpverleners, de verschillende subvormen van zorg, nieuwe ontwikkelingen en andere relevante factoren.[[43]](#footnote-43) Het resultaat zal moeten zijn dat de veiligheid voldoende wordt geborgd. Er kan t.z.t. door de zorgaanbieder ook verwezen worden naar de ‘Handreiking ambulante verplichte zorg: Proces en inhoud op hoofdlijnen’[[44]](#footnote-44) - die de NVvP momenteel opstelt met enkele stakeholders[[45]](#footnote-45) - en waarbij dan door de zorgaanbieder dient te worden aangegeven dat de zorgaanbieder deze volgt.

**3. 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**

De zorgaanbieder moet voorafgaand aan het vaststellen van het zorgplan op basis van een risico-inschatting uitdrukkelijk beoordelen hoeveel zorgverleners aanwezig moeten zijn om het moment van daadwerkelijke uitvoering van de ambulante verplichte zorg. Bij de beoordeling kunnen de betrokken vorm van verplichte zorg, de persoon en aandoening van betrokkene, de sociale omgeving, de bekendheid met reacties van betrokkene, de aanrijtijd van collega-zorgverleners en eventuele andere relevante factoren worden betrokken.[[46]](#footnote-46)

De zorgaanbieder dient in het beleidsplan vast te leggen 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.[[47]](#footnote-47) [[48]](#footnote-48)

**4. Hoe in geval van ambulante verplichte zorg op verantwoorde wijze wordt omgaan met fysiek verzet van betrokkene**

De zorgaanbieder dient in het beleidsplan vast te leggen hoe in geval van ambulante verplichte zorg op verantwoorde wijze wordt omgegaan met fysiek verzet van betrokkene.[[49]](#footnote-49) Fysiek verzet kan bijvoorbeeld bestaan uit een afwerend gebaar, maar kan ook een stevigere vorm aannemen. Ieder vorm kan leiden tot escalatie. Vaak zal het in de setting bij zorgverlening buiten een accommodatie niet mogelijk zijn om bij escalatie direct collegiale ondersteuning te krijgen. Daarom is het belangrijk dat wordt bepaald hoeveel zorgverleners aanwezig moeten zijn bij de uitvoering van de ambulante verplichte zorg.[[50]](#footnote-50)

In de Nota van Toelichting bij het Bvggz staat dat overwogen is om ambulante verplichte zorg niet mogelijk te maken in geval van fysiek verzet. Dit met name omdat dwang buiten de accommodatie (en met name in de eigen woning) inbreuk maakt op het veilige gevoel van betrokkene in zijn eigen woonomgeving. Hier is om meerdere redenen van afgezien. Een van deze redenen is dat er zeer veel verschillende vormen van fysiek verzet mogelijk zijn die lastig op objectieve wijze zijn te onderscheiden. Een enkel afwerende armbeweging richting de zorgverlener hoeft bijvoorbeeld niet tot escalatie te leiden. Als het hierbij blijft en om reden van dit ‘fysiek verzet’ overgegaan zou moeten worden tot opname in een accommodatie kan dat buitenproportioneel zijn en zal dit veelal niet in het voordeel van betrokkene geacht kunnen worden. Voorts moet bedacht worden dat, ook als sprake is van steviger fysiek verzet, het overbrengen naar een accommodatie in feite twee maal moet worden ingegrepen, namelijk eerst bij het vervoer met mogelijk medewerking van de politie en ambulancepersoneel, en vervolgens bij het alsnog in de accommodatie toepassen van de verplichte zorg. Ook in dat geval kan het veilige gevoel van betrokkene dus worden aangetast. Tot slot wordt erop gewezen dat ook binnen een accommodatie betrokkenen zich thuis en veilig kunnen voelen en er in dat aspect dan ook vaak geen verschil is met het gevoel van een betrokkene buiten de accommodatie.

Dit wil overigens niet zeggen dat er geen grenzen zijn bij ambulante verplichte zorg in het geval van fysiek verzet. Beoordeeld zal moeten worden hoe in geval van ambulante verplichte zorg op verantwoorde wijze wordt omgegaan met fysiek verzet. Het is van belang dat iedere zorgaanbieder hier tevoren over nadenkt, uitgaand van zijn eigen patiëntenpopulatie, en dit vastlegt in zijn beleidsplan. Hierbij zullen meerdere aspecten aan de orde kunnen komen. Gedacht kan worden aan zaken als manieren om te de-escaleren, wanneer de hulp van collega’s moet worden ingeschakeld (bijvoorbeeld een gedragsdeskundige), de benodigde deskundigheid en ervaring van het personeel in het omgaan met agressie, hoe de veiligheid van betrokkene en zorgverleners kan worden geborgd en wanneer het verlenen van gedwongen zorg, gezien de mate van verzet, niet verantwoord is en opname van betrokkene om die reden de voorkeur heeft. Het is aan de zorgaanbieder hier nader invulling aan te geven, mede rekening houdend met zijn eigen patiëntenpopulatie. In het kader van het toezicht kan de IGJ beoordelen of hetgeen door de zorgaanbieder ter zake in het beleidsplan is vastgelegd redelijkerwijs kan leiden tot het op verantwoorde wijze omgaan met fysiek verzet.[[51]](#footnote-51)

Voor de goede orde wordt opgemerkt dat het ook mogelijk is dat betrokkene pas een tijd na de uitvoeringshandeling zodanig verzet toont dat dit gevolgen kan hebben voor de veiligheid. Dit is echter een aspect dat moet worden meegenomen bij de beoordeling van het vereiste toezicht.[[52]](#footnote-52)

NB. Nu professionals zich moeten houden aan onder meer de richtlijnen en (veld)normen van hun beroepsgroep, verwijst GGZ Nederland ook naar (het concept van) de *‘Handreiking ambulante verplichte zorg: Proces en inhoud op hoofdlijnen’* (d.d. 14 mei 2019). In deze (concept)handreiking[[53]](#footnote-53) - die NVvP samen met enkele stakeholders[[54]](#footnote-54) heeft opgesteld - staat (onder meer) dat zij adviseren fysiek verzet als grens te nemen voor de inzet van verplichte ambulante zorg:

*“Deze handreiking geeft twee belangrijke adviezen mee. Ten eerste om fysiek verzet als grens te nemen voor de inzet van verplichte ambulante zorg. Bij fysiek verzet zal ambulante zorg nauwelijks uitvoerbaar zijn binnen bovengenoemde principes en zal (dag)klinische opname aangewezen zijn. In zeer uitzonderlijke noodsituaties kan hiervan eenmalig en zo kort mogelijk worden afgeweken. De patiënt wordt dus in principe voor een keuze gesteld: verplichte zorg met fysieke medewerking in de ambulante setting óf verplichte opname. Ambulante verplichte zorg zal op deze manier neerkomen op een sterke vorm van drang. Het tweede advies is om gezien het risico op trauma voor de patiënt (en zijn naasten) en de veiligheid van de zorgverlener, veel voorzichtigheid met ambulante verplichte zorg te betrachten. Het advies is om voorzichtig te beginnen en in overleg met de betrokkene en diens naasten (zo mogelijk), vanuit de opgedane ervaring en evidentie die zal ontstaan, verder uit te breiden.”*

In deze (concept)handreiking wordt uitdrukkelijk opgemerkt dat het een handreiking is die niet de status van een generieke module of richtlijn heeft. In belangrijke mate is de toekomstige inzet van ambulante verplichte zorg immers onbekend terrein waar nog geen vaste jurisprudentie of wetenschappelijke onderzoek richting aan geven.

**5. Op welke wijze de bereikbaarheid en ondersteuning van een ter zake deskundige zorgverlener wordt geborgd voor verzoeken om hulp van betrokkene of diens naasten naar aanleiding van de verleende ambulante verplichte zorg**

De zorgaanbieder dient in het beleidsplan vast te leggenop welke wijze de bereikbaarheid en ondersteuning van een ter zake deskundige zorgverlener wordt geborgd voor verzoeken om hulp van betrokkene of diens naasten naar aanleiding van de verleende ambulante verplichte zorg.[[55]](#footnote-55) Het is aan de zorgaanbieder hoe hij dat realiseert. De uitkomst moet in elk geval zijn dat iedere betrokkene (en zijn familie of naasten) voor verzoeken om hulp naar aanleiding van de verleende ambulante verplichte zorg altijd een ter zake deskundige zorgverlener kan bereiken en de noodzakelijke ondersteuning krijgt.[[56]](#footnote-56)

Anders dan bij verplichte zorg binnen een accommodatie, zijn in een setting buiten de accommodatie in het algemeen minder zorgverleners aanwezig of direct beschikbaar.[[57]](#footnote-57) De zorgaanbieder moet bereikbaarheid realiseren voor verzoeken om hulp van betrokkenen aan wie verplichte zorg is verleend en hun naasten, alsmede de in dat kader noodzakelijke ondersteuning.[[58]](#footnote-58) Deze eis van bereikbaarheid vloeit voort uit goed hulpverlenerschap en wordt als voorwaarde gesteld om ambulante verplichte zorg te mogen verrichten. Deze deskundige zal als goed zorgverlener zo nodig zorg moeten dragen voor ondersteuning op de locatie waar betrokkene zich bevindt. Er zal een zodanige voorziening moeten worden gerealiseerd dat de betrokken zorgverlener daarvoor ofwel zelf beschikbaar is ofwel zo nodig daartoe de hulp van een andere ter zake deskundige zorgverlener kan inroepen.[[59]](#footnote-59)

De zorgaanbieder zal hiervoor samenwerkingsafspraken moeten maken of hiervoor andere voorzieningen moeten treffen. Hoe de zorgaanbieder deze bereikbaarheid en ondersteuning borgt - dus de samenwerkingsafspraken of andere voorzieningen -, moet in het beleidsplan worden vastgelegd. Onder het borgen van de bereikbaarheid valt ook het ervoor zorgen dat de betrokkene op de hoogte is hoe contact kan worden opgenomen met de zorgaanbieder (bijvoorbeeld via een centraal nummer).[[60]](#footnote-60)

Ook is de voorwaarde van de bereikbaarheid van en noodzakelijke ondersteuning door een deskundige zorgverlener in geval van verleende ambulante verplichte zorg geformuleerd als een nieuwe wettelijke eis. Echter, strikt genomen vloeit dit ook al voort uit de eis dat sprake moet zijn van goede zorg als bedoeld in artikel 2 van de Wkkgz.[[61]](#footnote-61)

**6. Op welke wijze in geval van ambulante verplichte zorg wordt toegezien op het voorkomen van grensoverschrijdend gedrag door een zorgverlener**

De zorgaanbieder dient in het beleidsplan vast te leggen op welke wijze in geval van ambulante verplichte zorg wordt toegezien op het voorkomen van grensoverschrijdend gedrag door een zorgverlener.[[62]](#footnote-62)

Grensoverschrijdend gedrag door zorgverleners is ontoelaatbaar, of er nu vrijwillige of verplichte zorg wordt verleend. Wanneer er verplichte zorgt wordt verleend, dient men extra waakzaam te zijn op grensoverschrijdend gedrag. In een setting binnen een accommodatie zullen in beginsel meerdere zorgverleners aanwezig zijn, in geval van (verplichte) zorg buiten de accommodatie is het echter voorstelbaar dat naast de zorgverlener en betrokkene geen andere personen aanwezig zijn. Dit zal in het algemeen niet bezwaarlijk zijn, uitgaande van de professionele houding van de zorgverleners. Gezien het feit dat sprake is van verplichte zorg waarbij bovendien vaak sprake is van een één-op-één zorgrelatie, is het desondanks van belang dat een waarborg wordt ingebouwd, gericht op het voorkomen van grensoverschrijdend gedrag door een zorgverlener. Om die reden is bepaald dat in het beleidsplan moet zijn vastgelegd op welke wijze in geval van ambulante verplichte zorg wordt toegezien op het voorkomen van grensoverschrijdend gedrag door een zorgverlener.[[63]](#footnote-63)

## 1.3. Gebruik richtlijnen

De verplichte zorg wordt in beginseltoegepast op basis van vastgestelde richtlijnen.[[64]](#footnote-64) Immers, artikel 8:5 Wvggz luidt:

*1. De verplichte zorg wordt in beginsel toegepast op basis van een multidisciplinaire richtlijn. 2. De richtlijn is gericht op: a. het voorkomen van verplichte zorg; b. keuze voor de minst bezwarende vorm van verplichte zorg; c. het beperken van de duur en frequentie van de verplichte zorg; d. de veiligheid van betrokkene en zorgverleners; e. het voorkomen van nadelige effecten op korte en lange termijn voor betrokkene.*

De richtlijnen waarop verplichte zorg is toegepast kan in deze paragraaf van het beleidsplan worden opgenomen.

De verplichting van artikel 8:5 Wvggz om verplichte zorg op basis van een richtlijn te verlenen, vormt een belangrijk instrument bij het terugdringen van dwang en het verhogen van de kwaliteit van zorg. Uit onderzoek en ervaring is gebleken dat een doordachte aanpak de duur en de intensiteit van dwang kan worden gereduceerd. Voorkomen moet worden dat er grote verschillen ontstaan in het kwaliteitsniveau tussen de zorgaanbieders en dat er een tweedeling ontstaat tussen een groep van koplopers en achterblijvers binnen de ggz. Alle zorgaanbieders zijn het aan hun stand verplicht om de verplichte zorg te verlenen die voldoet aan de normen die in het veld ontwikkeld zijn voor verantwoorde verplichte zorg. Het recht van de overheid om personen te verplichten tot het gedogen van zorg voor hun psychische stoornis, schept ook de verplichting om kwalitatief goede zorg te verlenen die voldoet aan de professionele standaarden. Artikel 8:5 stelt daarom als eis dat de verplichte zorg in beginsel wordt verleend op basis van een richtlijn. Dit betekent dat de zorgaanbieders gezamenlijk de primaire verantwoordelijkheid dragen voor de totstandkoming van deze multidisciplinaire richtlijnen. De veldnormen die in de richtlijn zijn opgenomen, vormen niet alleen voor alle zorgaanbieders het normatieve kader bij de uitvoering van de verplichte zorg, maar tevens de basis voor het toezicht op de uitvoering door de inspectie. De richtlijnen zullen als handhavingsnormen fungeren bij het toezicht door de inspectie. Het gebruik van richtlijnen door de zorgaanbieder en het toezicht daarop door de inspectie geeft betrokkene die verplichte zorg moet gedogen, de zekerheid dat ongeacht waar en door wie de zorg ook wordt verleend, hij zorg van kwalitatief goed niveau ontvangt. De richtlijnen zullen er toe moeten leiden dat regionale verschillen bij de toepassing van verplichte zorg tot het verleden gaan behoren en willekeur wordt voorkomen.

Het tweede lid van artikel 8:5 Wvggz bepaalt dat de richtlijnen gericht dienen te zijn op het voorkomen en het verminderen van verplichte zorg. Dit betekent dat de richtlijnen zich niet mogen beperken tot de wijze waarop de verschillende vormen van verplichte zorg zoals bijvoorbeeld dwangmedicatie of separatie moeten worden toegepast, maar ook zullen moeten aangeven welke maatregelen noodzakelijk zijn om verplichte zorg te voorkomen. Dit betekent dat de richtlijn ook aandacht zal moeten besteden aan de cultuur binnen een accommodatie en de bejegening van betrokkene.[[65]](#footnote-65)

Het wordt aan het veld overgelaten welke inhoudelijke onderwerpen in de multidisciplinair opgestelde richtlijn opgenomen moeten worden om het doel, het verbeteren van de kwaliteit bij het toepassen van verplichte zorg en het terugdringen van dwang, te bereiken. Er zijn al de nodige kwaliteitscriteria, «best practices» en normenkaders ontwikkeld voor het toepassen van dwang en drang.[[66]](#footnote-66)

## 1.4. Continuïteit van zorg

Artikel 2:2, lid 2 Wvggz luidt:

*“De zorgaanbieder geeft in het beleidsplan aan op welke wijze hij zorg draagt voor continuïteit in de zorgverlening indien verplichte zorg overgaat naar zorg op basis van vrijwilligheid of indien zorg op basis van vrijwilligheid overgaat naar verplichte zorg.”*

In deze paragraaf kan de zorgaanbieder aangeven hoe de continuïteit van zorg wordt gewaarborgd.

De verplichting voor de zorgaanbieder om in het beleidsplan - naast de toepassingen en maatregelen om verplichte geestelijke zorg zo veel mogelijk terug te dringen en te voorkomen - ook vast te leggen hoe de continuïteit van geestelijke zorg geborgd wordt als een betrokkene de overgang van verplichte zorg naar vrijwillige zorg of van vrijwillige zorg naar verplichte zorg maakt, is opgenomen in de wet naar aanleiding van een ingediend amendement. Zorgaanbieders moeten in hun beleidsplan aangeven hoe zij gaan zorgen voor een vloeiende overgang waarbij de kwaliteit van geboden zorg en patiëntgerichtheid centraal staat. Voorkomen dient te worden dat de zorg tijdelijk stil komt te liggen en een overgang van verplichte naar vrijwillige zorg of van vrijwillige naar verplichte zorg negatieve effecten heeft op de gezondheid van betrokkene.[[67]](#footnote-67)

# 2. Intern toezicht op (omgang met) verplichte zorg

In deze paragraaf van het beleidsplan kan worden opgenomen op welke manier de geneesheer-directeur intern toezicht houdt op de verplichte zorg. De zorgaanbieder dient ervoor te zorgen dat de geneesheer-directeur zijn taken op grond van de Wvggz - dus ook deze taak - naar behoren kan uitvoeren en waarborgt de onafhankelijkheid van de geneesheer-directeur bij de uitvoering van zijn taken op grond van deze wet. De zorgaanbieder geeft de geneesheer-directeur geen aanwijzingen met betrekking tot diens taakuitvoering op grond van deze wet.[[68]](#footnote-68)

1. De tekst in deze toelichting is veelal letterlijk overgenomen uit de Kamerstukken behorende bij de Wet verplichte ggz (Kamerstukken II behorende bij32 399) en uit de Nota van Toelichting bij het Besluit verplichte geestelijke gezondheidszorg (*Stb.* 2019, 198). De tekst is echter niet op citeerwijze weergegeven. Dit is gedaan vanwege de leesbaarheid. Wél is aangegeven uit welk Kamerstuk of van welke pagina van de Nota van Toelichting bij het Besluit verplichte ggz de tekst afkomstig is. Dat is gedaan aan het eind van de paragrafen. Let wel: de bronvermelding in de voetnoot aan het eind van een paragraaf, behelst de hele paragraaf. Dus ook als een paragraaf uit meerdere alinea’s bestaat ziet de betreffende voetnoot dan niet enkel op die alinea. [↑](#footnote-ref-1)
2. Waar in deze toelichting gesproken wordt over ‘hij’ kan ook een ‘zij’ worden gelezen. [↑](#footnote-ref-2)
3. Zie voor de definitie van zorgaanbieder artikel 1:1, lid 1, onderdeel w Wvggz. [↑](#footnote-ref-3)
4. *Kamerstukken II* 2013/14, 32 399, nr. 10, p. 79. [↑](#footnote-ref-4)
5. *Kamerstukken II* 2014/15, 32 399, nr. 17. [↑](#footnote-ref-5)
6. *Kamerstukken II* 2013/14, 32 399, nr. 10, p. 79 en 80. [↑](#footnote-ref-6)
7. *Kamerstukken II* 2013/14, 32 399, nr. 10, p. 79 en 80. [↑](#footnote-ref-7)
8. De uitgangspunten zoals opgenomen in artikel 2:1 Wvggz zijn in het format beleidsplan en de toelichting tekstueel enkel opgenomen voor zover deze betrekking hebben op de zorgaanbieder. Voorbeeld: artikel 2:1, lid 3 Wvggz begint met: *“Bij de voorbereiding, de afgifte, de tenuitvoerlegging, de uitvoering, de wijziging en de beëindiging van een crisismaatregel (…).”* Maar in het format beleidsplan en deze toelichting is bij dit uitgangspunt enkel opgenomen: *“(…) bij de voorbereiding, de uitvoering, de wijziging en de beëindiging van een crisismaatregel”(…).”* De zorgaanbieder is immers niet belast met de afgifte of de tenuitvoerlegging. [↑](#footnote-ref-8)
9. Artikel 2:2, lid 1 juncto artikel 2:1, lid 1 en lid 2 Wvggz. [↑](#footnote-ref-9)
10. *Kamerstukken II* 2009/10, 32399, nr. 3, p. 46-47 en *Kamerstukken II* 2013/14, 32 399, nr. 10, p. 79. [↑](#footnote-ref-10)
11. Artikel 2:1, lid 2 jo. artikel 3:3, jo. artikel 3:1 jo. artikel 1:4 Wvggz. [↑](#footnote-ref-11)
12. Artikel 2:1, lid 2 juncto artikel 3:3, juncto artikel 3:1 juncto artikel 1:4 Wvggz. [↑](#footnote-ref-12)
13. *Kamerstukken II* 2009/10, 32 399, nr. 3, p. 45-47. [↑](#footnote-ref-13)
14. Artikel 3:2, lid 2 Wvggz. [↑](#footnote-ref-14)
15. Waaronder begrepen de verplichte zorg in ambulante omstandigheden. [↑](#footnote-ref-15)
16. Artikel 2:1, lid 3 Wvggz. [↑](#footnote-ref-16)
17. Artikel 2.2 Besluit verplichte ggz. Zie in geval van ambulante verplichte zorg op grond van een crisismaatregel of een machtiging tot voortzetting van een crisismaatregel echter ook artikel 2.3 Bvggz. [↑](#footnote-ref-17)
18. Nota van Toelichting Bvggz, p. 28. [↑](#footnote-ref-18)
19. *Kamerstukken II* 2009/10, 32 399, nr. 3, p. 47 en 48 en *Kamerstukken II* 2013/14, 32 399, nr. 10, p. 78. [↑](#footnote-ref-19)
20. Artikel 2:1, lid 4 Wvggz. [↑](#footnote-ref-20)
21. Artikel 2:1, lid 4 en artikel 5:14, lid 1, onderdeel h Wvggz. [↑](#footnote-ref-21)
22. *Kamerstukken II* 2009/10, 32 399, nr. 3, p. 45-46. [↑](#footnote-ref-22)
23. Artikel 2:1, lid 5 Wvggz. [↑](#footnote-ref-23)
24. Artikel 2:1, lid 6 Wvggz. [↑](#footnote-ref-24)
25. *Kamerstukken II* 2009/10, 32 399, nr. 3, p. 48-49 en *Kamerstukken II* 2015/16, 32 399, nr. 25, p. 153. [↑](#footnote-ref-25)
26. Artikel 2:1, lid 7 Wvggz. [↑](#footnote-ref-26)
27. Artikel 5:13, lid 4 Wvggz. [↑](#footnote-ref-27)
28. *Kamerstukken II* 2009/10, 32 399, nr. 3, p. 49. [↑](#footnote-ref-28)
29. Artikel 2:1, lid 8 Wvggz. [↑](#footnote-ref-29)
30. *Kamerstukken II* 2009/10, 32 399, nr. 3, p. 49. [↑](#footnote-ref-30)
31. Artikel 2:1, lid 9 Wvggz. [↑](#footnote-ref-31)
32. *Kamerstukken II* 2009/10, 32 399, nr. 3, p. 50. [↑](#footnote-ref-32)
33. Nota van Toelichting Bvggz, p. 8. [↑](#footnote-ref-33)
34. Per abuis is de wetgever vergeten dat onder ambulante verplichte zorg ook het beperken van het recht op het ontvangen van bezoek valt. De formele wetgever zal dit waarschijnlijk in de toekomst willen herstellen. Tot die tijd kan deze vorm van verplichte zorg dus niet ambulant. Zie Nota van Toelichting Bvggz, p. 28. [↑](#footnote-ref-34)
35. Nota van Toelichting Bvggz, p. 9. [↑](#footnote-ref-35)
36. Artikel 2.1 t/m 2.3 Bvggz. [↑](#footnote-ref-36)
37. Artikel 2.2, lid 1, onderdeel e Bvggz. [↑](#footnote-ref-37)
38. Nota van Toelichting Bvggz, p. 34. [↑](#footnote-ref-38)
39. Artikel 2.2, lid 1, onderdeel e, sub 1 Bvggz. [↑](#footnote-ref-39)
40. Nota van Toelichting Bvggz, p. 34 en 35. [↑](#footnote-ref-40)
41. Artikel 2.2, lid 1, onderdeel e, sub 2 Bvggz. [↑](#footnote-ref-41)
42. Nota van Toelichting Bvggz, p. 30. [↑](#footnote-ref-42)
43. Nota van Toelichting Bvggz, p. 35. [↑](#footnote-ref-43)
44. Zie voor deze (concept)Handreiking: [https://www.dwangindezorg.nl/binaries/dwangindezorg/documenten/publicaties/implementatie/ketenproducten/producten-wvggz/handreiking-ambulant-gedwongen-zorg/A4+handreiking+ambulante+verplichte+zorg+14052019.pdf](https://www.dwangindezorg.nl/binaries/dwangindezorg/documenten/publicaties/implementatie/ketenproducten/producten-wvggz/handreiking-ambulant-gedwongen-zorg/A4%2Bhandreiking%2Bambulante%2Bverplichte%2Bzorg%2B14052019.pdf) [↑](#footnote-ref-44)
45. Zie voor de stakeholders die het betreft voornoemde (concept)Handreiking. [↑](#footnote-ref-45)
46. Nota van Toelichting Bvggz, p. 31. [↑](#footnote-ref-46)
47. Artikel 2.2, lid 1, onderdeel e, sub 3 Bvggz. [↑](#footnote-ref-47)
48. Nota van Toelichting Bvggz, p. 35. [↑](#footnote-ref-48)
49. Artikel 2.2, lid 1, onderdeel e, sub 4 Bvggz. [↑](#footnote-ref-49)
50. Nota van Toelichting Bvggz, p. 31. [↑](#footnote-ref-50)
51. Nota van Toelichting Bvggz, p. 35 en 36. [↑](#footnote-ref-51)
52. Nota van Toelichting Bvggz, p. 32. [↑](#footnote-ref-52)
53. Zie voor deze (concept)Handreiking: [https://www.dwangindezorg.nl/binaries/dwangindezorg/documenten/publicaties/implementatie/ketenproducten/producten-wvggz/handreiking-ambulant-gedwongen-zorg/A4+handreiking+ambulante+verplichte+zorg+14052019.pdf](https://www.dwangindezorg.nl/binaries/dwangindezorg/documenten/publicaties/implementatie/ketenproducten/producten-wvggz/handreiking-ambulant-gedwongen-zorg/A4%2Bhandreiking%2Bambulante%2Bverplichte%2Bzorg%2B14052019.pdf) [↑](#footnote-ref-53)
54. Zie voor de stakeholders die het betreft voornoemde (concept)Handreiking. [↑](#footnote-ref-54)
55. Artikel 2.2, lid 1, onderdeel e, sub 5 juncto artikel 2.2, lid 1, onderdeel d Bvggz. [↑](#footnote-ref-55)
56. Nota van Toelichting Bvggz, p. 33. [↑](#footnote-ref-56)
57. Nota van Toelichting Bvggz, p. 33. [↑](#footnote-ref-57)
58. Artikel 2.2, lid 1, onderdeel d en artikel 2.2, lid 1 onder 5 Bvggz. [↑](#footnote-ref-58)
59. Nota van Toelichting Bvggz, p. 33. [↑](#footnote-ref-59)
60. Nota van Toelichting Bvggz, p. 36. [↑](#footnote-ref-60)
61. Nota van Toelichting Bvggz, p. 33. [↑](#footnote-ref-61)
62. Artikel 2.2, lid 1, onderdeel e, sub 6 Bvggz. [↑](#footnote-ref-62)
63. Nota van Toelichting Bvggz, p. 36. [↑](#footnote-ref-63)
64. ‘in beginsel’, aangezien nog niet voor alle vormen van verplichte zorg richtlijnen zijn ontwikkeld. De doelstelling is echter wel dat alle verplichte zorg uiteindelijk wordt toegepast op basis van een richtlijn. [↑](#footnote-ref-64)
65. *Kamerstukken II* 2009/10, 32 399, nr. 3, p. 85. [↑](#footnote-ref-65)
66. *Kamerstukken II* 2013/14, 32 399, nr. 10, p. 101. NB. De generieke module dwang en drang is in ontwikkeling. [↑](#footnote-ref-66)
67. *Kamerstukken II* 2014/15, 32 399, nr. 17. [↑](#footnote-ref-67)
68. Artikel 2:3, lid 2 Wvggz. [↑](#footnote-ref-68)