

Onvrijwillige somatische zorg binnen de geestelijke gezondheidszorg

*Een onderzoek naar de juridische vereisten om somatische zorg te verlenen
zonder voorafgaande toestemming gedurende de behandeling van een cliënt
met psychische problematiek na invoering van de Wet Verplichte GGz.*

BIJLAGEN

Inhoudsopgave

Praktijkonderzoek

Bijlage I	Verslag gesprek met dhr. Korthals (geneesheer-directeur GGz Breburg)	3
Bijlage II	Vragenlijst dhr. De Bruyn (Elisabeth Ziekenhuis)	5
Bijlage III	Vragenlijst mevr. Houben (GGz Breburg)	10
Bijlage IV	Vragenlijst mevr. Meir (GGz Breburg)	13
Bijlage V	Vragenlijst dhr. Van Os (Amphia Ziekenhuis)	16
Bijlage VI	Vragenlijst mevr. Ter Braak (GGz Breburg)	20

Huidige richtlijnen GGz Breburg

Bijlage VII	Basisset GGz Breburg Wet BOPZ machtigingen	23
Bijlage VIII	Inbewaringstelling IBS (artikel 20)	29
Bijlage IX	Behandelingsplan/BOPZ-behandelplan (artikel 38A-B)	30
Bijlage X	Procedure dwangbehandeling (artikel 38C)	32

Stappenplannen

Bijlage XI	Onvrijwillige somatische zorg WGB0	36
Bijlage XII	Overgang vrijwillige- naar verplichte hulpverlening	37
Bijlage XIII	Wetsartikelen onvrijwillige somatische zorg WVGZ	38
Bijlage XIV	Onvrijwillige somatische zorg WVGZ	39

Bijlage I: Verslag gesprek met dhr. Korthals (geneesheer-directeur GGz Breburg)

**Verslag gesprek met de geneesheer-directeur GGz Breburg
Maandag 11 maart 2013**

Situaties binnen GGz Breburg gedurende de behandeling of behandeling van een cliënt waarin de behoefte ontstaan om somatische zorg te kunnen verlenen, ondanks de weigering van de cliënt, betreft het voornamelijk bij chronische of (uiteindelijk) dodelijk somatische ziektes, zoals suikerziekte en kanker maar ook de noodzaak tot somatische behandeling voor schade die ontstaan is tijdens een suïcide poging.

Bijna altijd is er sprake van een cliënt waar Bopz-machtiging van toepassing is bij de behoefte tot het behandelen van een somatische aandoening.

Protocol en werkwijze

Er is binnen GGz Breburg geen richtlijn opgesteld omtrent de procedure die gevolgd dient te worden als de vraag ontstaat om somatische zorg te verlenen en de cliënt geeft hier geen toestemming voor. Naar zeggen van de heer Corthals is er hier geen richtlijn voor nodig, omdat dit onder de basiskennis valt van een arts. Het betreft een vaste procedure die gehanteerd wordt binnen GGz Breburg en die wordt gevolgd naar aanleiding van de wet.

De behandelend psychiater is eindverantwoordelijke voor de beslissingen die worden genomen aangaande zijn of haar cliënt, dus ook over de beslissingen aangaande de afweging of de mogelijkheid bestaat om zonder toestemming somatische zorg te verlenen. Een dergelijke beslissing wordt genomen naar aanleiding van het consult van een huisarts. Deze zal gebruikelijk ook de medische handelingen uitvoeren. De behandelend psychiater moet hieromtrent altijd van tevoren geïnformeerd worden en akkoord zijn gegaan.

Afwegingen keuzes

De afweging wanneer de cliënt in zijn zelfbeschikkingsrecht wordt gelaten, en dus de vrijheid behoudt om over zijn eigen lichaam en leven te kunnen beslissen, en wanneer er tegen de wil van de cliënt in dient te worden behandeld kan lastig zijn. Hoe verder oorzaak en gevolg van elkaar vandaan liggen, hoe lastiger het is om een beslissing te nemen hierover. Er wordt eigenlijk alleen ingegrepen als er sprake is van levensgevaar of ernstige schade.

De heer Corthals noemde als voorbeeld dat als de ontdekking wordt gedaan bij een cliënt die onder behandeling staat van GGz Breburg maar beschikt over wilsbekwaamheid, dat wanneer deze een langzaam groeiende tumor in zijn lichaam heeft en medische behandeling weigert, dat er dan niet medisch ingegrepen wordt. Er wordt getracht om de cliënt te motiveren om alsnog behandeling voor de tumor te ondergaan, maar mocht dit niet baten blijft het de recht van de cliënt om hier zelf over te mogen beslissen zolang de tumor niet van direct levensbedreigende aard is. De cliënt behoudt het recht om de natuur haar beloop te laten gaan, ook als dit betekent dat uiteindelijk, in de toekomst, zou kunnen gaan betekenen dat de cliënt aan deze tumor of complicaties ten gevolge van de weigering van tijdige behandeling hiervan zal komen te overlijden.

De WVGZ zou wat meer duidelijkheid kunnen gaan verschaffen aan ziekenhuizen. Bijvoorbeeld bij het toepassen van dwangvoeding aan patiënten die worden opgenomen in het ziekenhuis of GGZ-instelling die lijden aan een eetstoornis en daardoor aan ondergewicht lijden. Momenteel is het alleen mogelijk om zonder toestemming van de patiënt cq gezaghebbende ouders dwangvoeding te geven bij een acute noodsituatie. In de toekomst zou het dan mogelijk moeten zijn om het een bestandsdeel te laten zijn van het zorgplan zodat de cliënt lichamelijk ook kan aansterken. Dit zou ten goede kunnen komen voor de behandeling van de psychische aandoening.

Momenteel is de Wet Bopz alleen van toepassing in door de minister aangewezen instellingen en afdelingen. De WVGZ geldt voor de geestelijke gezondheidszorg, maar grote vraag hierin is de situatie als een cliënt met een zorgmachtiging opgenomen wordt in een (regionaal) ziekenhuis. Dient er dan op grond van de zorgmachtiging behandeld worden of via de WGBO?

Bijlage II: Vragenlijst dhr. De Bruyn (St. Elisabeth Ziekenhuis)

Van: Ton de Bruyn

Verzonden: maandag 15 april 2013 16:48

Aan: Gode Coppens

Onderwerp: RE: Afstudeerscriptie onvrijwillig somatische zorg

Beste Gode,

Graag wil ik meewerken aan je onderzoek. Ik heb deze week geen tijd voor een afspraak, wel volgende week vrijdagochtend 26/4 om 10.00 uur. Stuur de vragen die je hebt tevoren via de mail, dan kan ik me hier al op richten. Ook hier zien we vaak het scheidsveld WGBO en BOPZ en richtlijnen/procedures zijn zeker niet volledig dekkend. Gelukkig hebben we ook weer de IGZ die ons scherp houdt. Overigens worden deze maatregelen veel meer toegepast in de rest van het ziekenhuis binnen de WGBO. (vrijheidsbeperkende maatregelen zoals b.v. fixatie)

Ik zie je reactie wel tegemoet.

Met vriendelijke groeten,

Ton de Bruyn

Vragenlijst

afstudeeronderzoek 'Onvrijwillige somatische zorg'

Inleiding

Vraag 1:	Wat zijn uw werkzaamheden?
Antwoord:	Hoofd zorgenheid psychiatrie EZ (PAAZ, polikliniek, consultatieve dienst, kinder- en jeugdpsychiatrie)

Situatieschets

Vraag 2:	Welke situaties doen zich voor vanuit de hulpverlening binnen GGz uw afdeling, waarin de behoefte bestaat om onvrijwillig somatische dwang toe te (kunnen) passen?
Antwoord:	Levensbedreigende situaties, situaties die ten koste gaan van gezondheid individuele patiënt

Vraag 3:	Hoe is het naar uw mening momenteel gesteld met de juridische mogelijkheden hierin? Wat zijn gebreken in de wet- en regelgeving omtrent onvrijwillig somatische zorg?
Antwoord:	WGBO biedt beperkt ruimte. Lastig is dat in de situatie PAAZ de BOPZ in werking moet worden gesteld, bij situaties die in de rest van het ziekenhuis binnen de WGBO uitgevoerd kunnen worden

Werkwijze

Vraag 4:	Bestaat er een richtlijn of protocol binnen uw afdeling voor specifieke situaties (zoals onder dwang sondevoeding toedienen, HIV test afnemen of insuline toedienen)?
Antwoord:	Nee, wel algemeen, niet specifiek per handeling

Vraag 5:	Mocht er geen protocol/richtlijn zijn opgesteld, is daar behoefte aan in de praktijk? Waarom wel of waarom niet?
Antwoord:	Ja. Onduidelijkheid, discussie

Vraag 6:	Wat is de (standaard) werkwijze in de praktijk bij constatering dat cliënt een somatische behandeling niet wil ondergaan?
Antwoord:	Eerst overleg, onderhandeling, lichte drang, uiteindelijk dwang In extremo: dwangbehandeling opstarten (procedure RM /IBS)

Vraag 7:	Worden er problemen ervaren in deze werkwijze? Zo ja, wat zijn deze problemen? En hoe wordt hier naar gehandeld? (bijvoorbeeld een cliënt die weigert insuline toegediend te krijgen en niet wilsonbekwaam is ter zake. Hoe wordt er om gegaan met de (lichamelijke en psychische) gevolgen die
-----------------	---

	een weigering zal hebben)
Antwoord:	Incidenteel. De behoefte is wel om zaken meer vast te gaan leggen. In overleg worden veel afwegingen gemaakt. Hoofdbehandelaar, psychiater of somatische arts neemt beslissing en geeft opdrachten.

Vraag 8:	Wordt er in situaties afgeweken van de standaard werkwijze? Zo ja, in welke situatie, waarom en hoe wordt er vanaf geweken?
Antwoord:	Ja, levensbedreigende situatie, uitgezonderd duidelijkheid m.b.t. Niet reanimeren afspraken, vastgesteld met patiënt, vertegenwoordiger, hoofdbehandelaar en vastgelegd in dossier /behandelplan

Vraag 10:	Wanneer/in welke situaties wordt er op grond van 'goed hulpverlenerschap' besloten om de wens van een wilsonbekwame cliënt en/of vertegenwoordiger om geen behandeling te ondergaan naast zich neer te leggen?
Antwoord:	Inschatting hoofdbehandelaar

Vraag 9:	Wat zijn de afwegingen die meewegen bij het besluit om somatisch onvrijwillige zorg te verlenen of om hier van af te zien?
Antwoord:	Behandelmogelijkheid, pathologie patiënt, betrokkenheid familie /partner, afspraken die vastgelegd zijn, persoonlijke inschatting

Vraag 11:	Is er verschil aan te merken in de werkwijze en/of afwegingen bij gedwongen opname, vrijwillige opname en ambulante zorg?
Antwoord:	Ja. Gedwongen opname: Dwangbehandeling kan gestart worden, vrijwillige opname: IBS /machtiging nodig, ambulant: WGBO of BOPZ- machtiging met voorwaarden waarin afspraken vastgelegd zijn in behandelplan

Wetsvoorstel 'Wet Verplichte GGz'

Bij invoering van 'Wet Verplichte GGz', wordt het mogelijk om in het zorgplan (nu behandelplan in het kader van de Wet BOPZ) somatische zorg op te nemen. Het wetsvoorstel maakt het mogelijk om ook somatische behandelingen als verplichte zorg te verlenen, mits herstel van de fysieke toestand van betrokkene niet het eerste doel van de zorgmachtiging of crisismaatregel was.

Vraag 12:	Is er naar uw mening of naar uw weten behoefte aan een dergelijke verruiming van de mogelijkheid wat betreft het kunnen verlenen van somatische zorg? Waarom wel of waarom niet?
Antwoord:	Ja. Duidelijker kader; persoonlijke afwegingen leveren veel discussie en niet-beslissen op

Vraag 13:	Is deze regeling naar uw mening uitvoerbaar in de praktijk? Oftewel, zal dit in de praktijk een verandering van werkwijze kunnen opleveren?
------------------	---

Antwoord:	M. i. wel. Ook daarin zal men wel grenzen tegen komen
------------------	---

Vraag 14:	Zorgt de verruiming voor een te grote inbreuk op de autonomie/zelfbeschikking van een cliënt?
Antwoord:	Mogelijk.

Vraag 15:	Is het verschil wat hierdoor ontstaat betreft onvrijwillige somatische zorg tussen een cliënt die op vrijwillige basis behandeling ondergaat en een cliënt die verplichte zorg krijgt op grond van de WVGZ wel wenselijk in de praktijk?
Antwoord:	Nee

In de Wet Verplichte GGZ komt een transmurale zorgmachtiging. Daarmee kan indien nodig verplichte ggz ook in de ambulante setting worden geboden. Gedwongen opname is niet meer de kern van de behandeling, maar gedwongen zorg zal dan ook buiten de kliniek plaats kunnen gaan vinden.

Vraag 16:	Vindt u de (juridische) mogelijkheid tot het verlenen van onvrijwillige somatische zorg bij ambulante zorgverlening wenselijk in de praktijk?
Antwoord:	Incidenteel

Vraag 17:	Welke problemen verwacht u dat hierin ondervonden kan gaan worden met betrekking tot de uitvoering ervan?
Antwoord:	Persoonlijke inschatting, verzet, inbreuk privacy, autonomie, zelfbeschikking

Aanvullende vragen aan heer De Bruyn via e-mail d.d. 2 mei 2013

Op grond van art. 7:465 lid 6 BW is het mogelijk om onvrijwillige zorg te verlenen, indien vertegenwoordiger heeft ingestemd met de behandeling van een cliënt die wilsonbekwaam ter zake is geacht, waarbij de cliënt zich tegen de behandeling verzet.

Voor niet-ingrijpende verrichtingen geldt dat deze bij het verkrijgen van toestemming van de vertegenwoordiger ten alle tijde kan worden uitgevoerd, ondanks eventueel verzet van de cliënt. Voor ingrijpende verrichtingen wordt de voorwaarde gesteld dat het moet gaan om een behandeling die nodig is om ernstig nadeel te voorkomen.

Vraag 16:	Wordt deze regeling op deze manier ook toegepast in de praktijk?
Antwoord:	Ja. Meestal alleen van toepassing bij ingrijpende verrichtingen

Wetsvoorstel 'Wet Verplichte GGz'

In de nieuwe Wet verplichte ggz komt een transmurale zorgmachtiging. Daarmee kan indien nodig verplichte ggz ook in de ambulante setting worden geboden. Gedwongen opname is niet meer de kern van de behandeling, maar gedwongen zorg zal dan ook buiten de kliniek plaats kunnen gaan vinden.

Vraag:	Kan het criterium 'Indien als gevolg van psychische stoornis van de cliënt leidt tot een aanzienlijk risico op ernstige schade voor zijn fysieke gezondheid' naar uw mening gelijkgesteld worden met wilsonbekwaamheid ter zake?
Antwoord:	Nee

Aanvullende vraag aan heer De Bruyn via e-mail d.d. 6 mei 2013

Vraag:	Waar bij mij nog enige onduidelijkheid bestaat is dat er aangegeven wordt dat als een cliënt zich verzet tegen een somatische behandeling op de PAAZ, dat er dan een IBS of machtiging wordt aangevraagd. Dient deze machtiging dan om de onderliggende psychische problematiek te behandelen en zodoende de autonomie van de cliënt te herstellen met het doel dat de cliënt alsnog wilsbekwaam een beslissing kan nemen over de somatische behandeling? Want gedurende BOPZ opname gelden voor somatische behandelingen toch ook de regelingen uit de WGBO wat betreft verzet en toestemming van de vertegenwoordiger voor de somatische behandeling?
Antwoord:	Op de PAAZ was een patiënt opgenomen met gedragsproblemen t.g.v. een somatische problematiek. Deze had uiteindelijk dwangbehandeling nodig in de vorm van separatie. Voor deze patiënt werd een machtiging aangevraagd. Tot het verlenen van de machtiging vond behandeling plaats in kader van WGBO. IGZ corrigeerde ons: voor deze periode (tot afgeven machtiging) had IBS aangevraagd moeten worden.

Bijlage III: Vragenlijst mevr. Houben (GGz Breburg)

Ontvangen per post d.d. 24 april 2013

Vragenlijst

afstudeeronderzoek 'Onvrijwillig somatische zorg'

Inleiding

Vraag 1:	Wat zijn uw werkzaamheden?
Antwoord:	Somatisch arts SS2

Situatieschets

Vraag 2:	Welke situaties doen zich voor vanuit de hulpverlening binnen GGz Breburg/uw afdeling, waarin de behoefte bestaat om onvrijwillig somatische dwang toe te (kunnen) passen?
Antwoord:	bij hoge suikers en insuline weigeren

Vraag 3:	Hoe is het naar uw mening momenteel gesteld met de juridische mogelijkheden hierin? Wat zijn gebreken in de wet- en regelgeving omtrent onvrijwillig somatische zorg?
Antwoord:	redelijke mogelijkheden

Werkwijze

Vraag 4:	Bestaat er een richtlijn of protocol binnen uw afdeling voor specifieke situaties (zoals onder dwang sondevoeding toedienen, HIV test afnemen of insuline toedienen)?
Antwoord:	nee, elke situatie is uniek

Vraag 5:	Mocht er geen protocol/richtlijn zijn opgesteld, is daar behoefte aan in de praktijk? Waarom wel of waarom niet?
Antwoord:	nee zie 4

Vraag 6:	Wat is de (standaard) werkwijze in de praktijk bij constatering dat cliënt een somatische behandeling niet wil ondergaan?
Antwoord:	de behandelend psychiater op de hoogte stellen deze is medisch eindverantwoordelijk

Vraag 7:	Worden er problemen ervaren in deze werkwijze? Zo ja, wat zijn deze problemen? En hoe wordt hier naar gehandeld? (bijvoorbeeld een cliënt die weigert insuline toegediend te krijgen en niet wilsonbekwaam is ter zake. Hoe wordt er om gegaan met de (lichamelijke en psychische) gevolgen die een weigering zal hebben)
Antwoord:	zo veel mogelijk monitoren, andere adviezen geven : met meer ik, veel water drinken suikers blijven pikken en bij overstekking situatie dwangbehandeling overweegen

Vraag 8:	Wordt er in situaties afgeweken van de standaard werkwijze? Zo ja, in welke situatie, waarom en hoe wordt er vanaf geweken?
Antwoord:	nee

Vraag 9:	Wat zijn de afwegingen die meewegen bij het besluit om somatisch onvrijwillige zorg te verlenen of om hier van af te zien?
Antwoord:	interdisciplinair besluit de psychiatrie als medisch eindoverwaarde

Vraag 10:	Is er verschil aan te merken in de werkwijze en/of afwegingen bij gedwongen opname, vrijwillige opname en ambulante zorg?
Antwoord:	denk ik niet.

Doorverwijzing PAAZ

Inmiddels heb ik een aantal reacties gekregen binnen GGz Breburg dat somatische behandeling op onvrijwillige basis veelal op de PAAZ verleent wordt en nauwelijks tot aan niet op de afdelingen of ambulant.

Vraag 11:	Wordt er binnen uw afdeling onvrijwillig somatische zorg verleent?
Antwoord:	nauwelijks

Vraag 12:	Wat zijn de redenen of afwegingen om de cliënt voor onvrijwillig somatische zorg over te brengen naar de PAAZ?
Antwoord:	op PAAZ heb je veel meer mogelijkheden om somatische te monitoren

Vraag 13:	Hoe verloopt deze procedure?
Antwoord:	Via psychiatrie

Wetsvoorstel 'Wet Verplichte GGz'

Bij invoering van 'Wet Verplichte GGz', wordt het mogelijk om in het zorgplan (nu behandelplan in het kader van de Wet BOPZ) somatische zorg op te nemen. Het wetsvoorstel maakt het mogelijk om ook somatische behandelingen als verplichte zorg te verlenen, mits herstel van de fysieke toestand van betrokkene niet het eerste doel van de zorgmachtiging of crisismaatregel was. Zoals het nu staat geregeld in het wetsvoorstel, kan deze zorg worden toegepast als een cliënt wilsonbekwaam op dit gebied wordt geacht of als nalaten van somatische behandeling gevaar vormt voor anderen dan wel het risico bestaat dat nalaten ernstige schade aan cliënt zelf kan opleveren.

Vraag 14:	Is er naar uw mening of naar uw weten behoefte aan een dergelijke verruiming van de mogelijkheid wat betreft het kunnen verlenen van somatische zorg? Waarom wel of waarom niet?
Antwoord:	Zou in sommige situaties mogelijk iets toe kunnen voegen

Vraag 15:	Is deze regeling naar uw mening uitvoerbaar in de praktijk? Oftewel, zal dit in de praktijk een verandering van werkwijze kunnen opleveren?
Antwoord:	<i>waarschijnlijk wel uitvoerbaar</i>

Vraag 16:	Zorgt de verruiming voor een te grote inbreuk op de autonomie/zelfbeschikking van een cliënt?
Antwoord:	<i>nee want je zet het aflees in als er sprake van de behoeftige persoonsgegevens</i>

Vraag 17:	Is het verschil tussen een cliënt die op vrijwillige basis behandeling binnen GGZ ondergaat (waarbij de WGBB van toepassing is) en een cliënt die verplichte zorg krijgt op grond van de WVGZ wel wenselijk in de praktijk met betrekking tot de uitvoering?
Antwoord:	<i>geen mening.</i>

met vriendelijke groet


 S.E.M. Houben, huisarts
 GGZ Breburg
 Heuvelstraat 33
 5101 TB Dongen
 Telefoon: 0485-0161616

Bijlage IV: Vragenlijst mevr. Meir (GGz Breburg)

Ontvangen per e-mail d.d. 4 april 2013

Vragenlijst

afstudeeronderzoek 'Onvrijwillig somatische zorg'

Inleiding

Vraag 1:	Wat zijn uw werkzaamheden?
Antwoord:	Psychiater fact team etten leur en van intensieve behandeling (gesloten verblijfsafdeling)

Situatieschets

Vraag 2:	Welke situaties doen zich voor vanuit de hulpverlening binnen GGz Breburg/uw afdeling, waarin de behoefte bestaat om onvrijwillig somatische dwang toe te (kunnen) passen?
Antwoord:	Vanuit psychiatrisch toestandsbeeld weigeren van de nodig somatische behandeling. Nochtans nog nooit somatisch dwang moeten toepassen.

Vraag 3:	Hoe is het naar uw mening momenteel gesteld met de juridische mogelijkheden hierin? Wat zijn gebreken in de wet- en regelgeving omtrent onvrijwillig somatische zorg?
Antwoord:	Juridisch zou je WGBO en BOPZ uit elkaar moeten kunnen houden. Echter in de praktijk betekent opname binnen een ge- BOPZ- ziekenhuis dat somatische dwang enkel onder een BOPZ maatregel kan en dan krijg je eerder een discriminerende wetgeving dan een rechtgevende. Want welke Nederlander (niet opgenomen en niet GGZ klant) moet ge-BOPZ worden als hij somatische dwangbehandeling moet krijgen?

Werkwijze

Vraag 4:	Bestaat er een richtlijn of protocol binnen uw afdeling voor specifieke situaties (zoals onder dwang sondevoeding toedienen, HIV test afnemen of insuline toedienen)?
Antwoord:	Nee

Vraag 5:	Mocht er geen protocol/richtlijn zijn opgesteld, is daar behoefte aan in de praktijk? Waarom wel of waarom niet?
Antwoord:	Enkel als het ook duidelijkheid geeft over al of niet ge-BOPZd worden binnen de GGZ als je somatische dwangbehandeling moet geven .

Vraag 6:	Wat is de (standaard) werkwijze in de praktijk bij constatering dat cliënt een somatische behandeling niet wil ondergaan?
Antwoord:	Wilsbekwaamheid beoordelen

	Motiveren Stimuleren Gevaar inschatten van niet behandeling Communiceren hierover , wilsbekwame keuze van client respecteren afhankelijk van de ernst Eventueel als psychiatrisch toestandsbeeld reden is tot weigeren, kijken of er sprake is van criteria dwangbehandeling ikv BOPZ met behandelen van toestandsbeeld
--	--

Vraag 7:	Worden er problemen ervaren in deze werkwijze? Zo ja, wat zijn deze problemen? En hoe wordt hier naar gehandeld? (bijvoorbeeld een cliënt die weigert insuline toegediend te krijgen en niet wilsonbekwaam is ter zake. Hoe wordt er om gegaan met de (lichamelijke en psychische) gevolgen die een weigering zal hebben)
Antwoord:	Met internist bespreken van alternatieven en wanneer er wel sprake is van ernstig gevaar vb. wat is de waarde en beeld waarop iemand moet ingestuurd worden.

Vraag 8:	Wordt er in situaties afgeweken van de standaard werkwijze? Zo ja, in welke situatie, waarom en hoe wordt er vanaf geweken?
Antwoord:	Algemene veiligheid van personeel en andere bewoners bij vb. besmettelijke aandoeningen : schurft, norovirus

Vraag 9:	Wat zijn de afwegingen die meewegen bij het besluit om somatisch onvrijwillige zorg te verlenen of om hier van af te zien?
Antwoord:	Zie vraag 6

Vraag 10:	Is er verschil aan te merken in de werkwijze en/of afwegingen bij gedwongen opname, vrijwillige opname en ambulante zorg?
Antwoord:	Ja bij een bopz instelling moet je toch eerst gebopzd worden wil je iets onder dwang kunnen.

Doorverwijzing PAAZ

Inmiddels heb ik een aantal reacties gekregen binnen GGz Breburg dat somatische behandeling op onvrijwillige basis veelal op de PAAZ verleent wordt en nauwelijks tot aan niet op de afdelingen of ambulant.

Vraag 11:	Wordt er binnen uw afdeling onvrijwillig somatische zorg verleent?
Antwoord:	Ik neem aan van wel

Vraag 12:	Wat zijn de redenen of afwegingen om de cliënt voor onvrijwillig somatische zorg over te brengen naar de PAAZ?
Antwoord:	Als de somatische interventies niet binnen de GGZ kunnen geleverd worden.

Vraag 13:	Hoe verloopt deze procedure?
Antwoord:	Insturen naar algemeen ziekenhuis , steeds in overleg met somatisch specialist Als blijkt dat de persoon niet op een somatische afdeling kan verblijven dan wordt er een paaz opname geregeld en gaat somaticus aldaar zijn beleid maken Als hij wel op een afdeling kan , dan doen wij ook een overdracht naar de consultatieve psychiater

Wetsvoorstel 'Wet Verplichte GGz'

Bij invoering van 'Wet Verplichte GGz', wordt het mogelijk om in het zorgplan (nu behandelplan in het kader van de Wet BOPZ) somatische zorg op te nemen. Het wetsvoorstel maakt het mogelijk om ook somatische behandelingen als verplichte zorg te verlenen, mits herstel van de fysieke toestand van betrokkene niet het eerste doel van de zorgmachtiging of crisismaatregel was. Zoals het nu staat geregeld in het wetsvoorstel, kan deze zorg worden toegepast als een cliënt wilsonbekwaam op dit gebied wordt geacht of als nalaten van somatische behandeling gevaar vormt voor anderen dan wel het risico bestaat dat nalaten ernstige schade aan cliënt zelf kan opleveren.

Vraag 14:	Is er naar uw mening of naar uw weten behoefte aan een dergelijke verruiming van de mogelijkheid wat betreft het kunnen verlenen van somatische zorg? Waarom wel of waarom niet?
Antwoord:	Het zou mogelijkheden kunnen bieden om preventief te werk te gaan Anderzijds is er ook een ethische discussie waard waarbij fundamentele rechten van een patient ter discussie staan. Vb. bij zwangerschapswens versus depotprovera

Vraag 15:	Is deze regeling naar uw mening uitvoerbaar in de praktijk? Oftewel, zal dit in de praktijk een verandering van werkwijze kunnen opleveren?
Antwoord:	Geen mening over

Vraag 16:	Zorgt de verruiming voor een te grote inbreuk op de autonomie/zelfbeschikking van een cliënt?
Antwoord:	Ook hier zal dit moeten blijken. Het kan ook verruiming opleveren van autonomie en zelfbeschikking die nu bij de oude wetgeving mensen te ziek houdt vooraleer kan ingegrepen worden. Het kan inbreuk zijn maar het doel op herstel kan net weer meer autonomie opleveren dan ooit tevoren

Vraag 17:	Is het verschil tussen een cliënt die op vrijwillige basis behandeling binnen GGz ondergaat (waarbij de WGBB van toepassing is) en een cliënt die verplichte zorg krijgt op grond van de WVGz wel wenselijk in de praktijk met betrekking tot de uitvoering?
Antwoord:	Nee want eigenlijk discrimineer je weer evengoed de client omdat hij een psychiatrische ziekte hebt Ja omdat er ook vaak verband is tussen weigeren psychiatrische behandeling en weigeren somatische zorg .

Bijlage V: Vragenlijst dhr. Van Os (Amphia Ziekenhuis)

Van: Os, E. van (Psychiater)

Verzonden: woensdag 3 april 2013 8:14

Aan: Gode Coppens

Onderwerp: RE: Afstudeerscriptie onvrijwillig somatische zorg

Beste Gode Coppens,

Natuurlijk is het mogelijk een aantal vragen te beantwoorden in gesprek of via de email. Wij hebben geen specifiek protocol. Wij worden vaak in consult gevraagd om de wilsbekwaamheid van een patiënt voor het weigeren van somatische zorg te bepalen. Als wij patiënt wilsbekwaam achten, dan kan er dus geen somatische zorg plaatsvinden als patiënt weigert. Als patiënt wilsonbekwaam is, dan kan patiënt gedwongen worden somatische zorg te accepteren.

Met vriendelijke groet,
Erik van Os,
Psychiater.

Vragenlijst

afstudeeronderzoek 'Onvrijwillige somatische zorg'

Inleiding

Vraag 1:	Wat zijn uw werkzaamheden?
Antwoord:	Psychiater in ziekenhuis

Situatieschets

Vraag 2:	Welke situaties doen zich voor vanuit de hulpverlening binnen GGz uw afdeling, waarin de behoefte bestaat om onvrijwillig somatische dwang toe te (kunnen) passen?
Antwoord:	Binnen het ziekenhuis is er vaak de vraag of patiënt wilsbekwaam is en of hij gedwongen kan worden somatische zorg toe te laten. Dit kan om allerlei zorg gaan.

Vraag 3:	Hoe is het naar uw mening momenteel gesteld met de juridische mogelijkheden hierin? Wat zijn gebreken in de wet- en regelgeving omtrent onvrijwillig somatische zorg?
Antwoord:	Naar mijn idee is het goed mogelijk een patiënt gedwongen somatische zorg te leveren als patiënt duidelijk wilsonbekwaam is voor deze beslissing.

Werkwijze

Vraag 4:	Bestaat er een richtlijn of protocol binnen uw afdeling voor specifieke situaties (zoals onder dwang sondevoeding toedienen, HIV test afnemen of insuline toedienen)?
Antwoord:	Er is geen richtlijn voor deze situaties. Per situatie wordt bepaald of patiënt wilsbekwaam is of niet en daar worden dan vervolgens acties op ondernomen.
Vraag 5:	Mocht er geen protocol/richtlijn zijn opgesteld, is daar behoefte aan in de praktijk? Waarom wel of waarom niet?

Antwoord:	Ja een protocol kan duidelijkheid geven, maar toch zal het wel per casus verschillend zijn.
------------------	---

Vraag 6:	Wat is de (standaard) werkwijze in de praktijk bij constatering dat cliënt een somatische behandeling niet wil ondergaan?
Antwoord:	Wilsbekwaamheid voor deze weigering/keuze bepalen.

Vraag 7:	Worden er problemen ervaren in deze werkwijze? Zo ja, wat zijn deze problemen? En hoe wordt hier naar gehandeld? (bijvoorbeeld een cliënt die weigert insuline toegediend te krijgen en niet wilsonbekwaam is ter zake. Hoe wordt er om gegaan met de (lichamelijke en psychische) gevolgen die een weigering zal hebben)
Antwoord:	Als patiënt wilsbekwaam is, dan is er naar mijn idee geen mogelijkheid om hem/ haar toch te behandelen.

Vraag 8:	Wordt er in situaties afgeweken van de standaard werkwijze? Zo ja, in welke situatie, waarom en hoe wordt er vanaf geweken?
Antwoord:	Nee volgens mij is de procedure altijd hetzelfde.

Vraag 10:	Wanneer/in welke situaties wordt er op grond van 'goed hulpverlenerschap' besloten om de wens van een wilsonbekwame cliënt en/of vertegenwoordiger om geen behandeling te ondergaan naast zich neer te leggen?
Antwoord:	Als patiënt wilsonbekwaam voor deze beslissing is, dan is het goed mogelijk om patiënt te behandelen. Dit moet natuurlijk telkens opnieuw geëvalueerd worden.

Vraag 9:	Wat zijn de afwegingen die meewegen bij het besluit om somatisch onvrijwillige zorg te verlenen of om hier van af te zien?
Antwoord:	Wilsbekwaamheid van de patiënt Gevaar van het niet ondergaan van de behandeling

Vraag 11:	Is er verschil aan te merken in de werkwijze en/of afwegingen bij gedwongen opname, vrijwillige opname en ambulante zorg?
Antwoord:	Buiten een psychiatrische afdeling valt dit naar mijn idee binnen de WGBO en moet wilsbekwaamheid bepaald worden en vervolgens het gevaar van niet behandelen afgewogen worden. Op een psychiatrische afdeling zal er naar mijn idee eerst een maatregel aangevraagd moeten worden om dit te kunnen doen (ofwel IBS ofwel RM). In ambulante patiëntengroepen speelt gedwongen behandeling volgens mij niet echt. Al kan het misschien wel bij chronische psychiatrische patiënten die zowel psychiatrische als somatische zorg vermijden. In dit geval zou een RM een goede optie zijn naar mijn idee. Al kan een patiënt dan ook weer volgens de WGBO gedwongen behandeld worden als hij/zij wilsonbekwaam is voor deze beslissing.

Wetsvoorstel 'Wet Verplichte GGz'

Bij invoering van 'Wet Verplichte GGz', wordt het mogelijk om in het zorgplan (nu behandelplan in het kader van de Wet BOPZ) somatische zorg op te nemen. Het wetsvoorstel maakt het mogelijk om ook somatische behandelingen als verplichte zorg te verlenen, mits herstel van de fysieke toestand van betrokkene niet het eerste doel van de zorgmachtiging of crisismaatregel was.

Vraag 12:	Is er naar uw mening of naar uw weten behoefte aan een dergelijke verruiming van de mogelijkheid wat betreft het kunnen verlenen van somatische zorg? Waarom wel of waarom niet?
Antwoord:	Ja het lijkt mij een goede aanvulling. Het geeft meer duidelijkheid en is ook een logische stap.

Vraag 13:	Is deze regeling naar uw mening uitvoerbaar in de praktijk? Oftewel, zal dit in de praktijk een verandering van werkwijze kunnen opleveren?
Antwoord:	Ja volgens mij goed uitvoerbaar. Het kan dan opgenomen worden in het behandelplan.

Vraag 14:	Zorgt de verruiming voor een te grote inbreuk op de autonomie/zelfbeschikking van een cliënt?
Antwoord:	Nee, aangezien het toch vooral zal gaan om de wilsonbekwame patiënten.

Vraag 15:	Is het verschil wat hierdoor ontstaat betreft onvrijwillige somatische zorg tussen een cliënt die op vrijwillige basis behandeling ondergaat en een cliënt die verplichte zorg krijgt op grond van de WVGz wel wenselijk in de praktijk?
Antwoord:	Ja, zoals eerder beschreven geeft dit meer duidelijkheid en is het onderscheid tussen psychiatrische behandelen en somatische behandelen niet meer aanwezig.

In de Wet Verplichte GGz komt een transmurale zorgmachtiging. Daarmee kan indien nodig verplichte ggz ook in de ambulante setting worden geboden. Gedwongen opname is niet meer de kern van de behandeling, maar gedwongen zorg zal dan ook buiten de kliniek plaats kunnen gaan vinden.

Vraag 16:	Vindt u de (juridische) mogelijkheid tot het verlenen van onvrijwillige somatische zorg bij ambulante zorgverlening wenselijk in de praktijk?
Antwoord:	Ja voor de zorgmijders zoals boven beschreven. Dit zijn mensen die absoluut geen optimale somatische zorg krijgen. Dit is veel onderzoeken al aangetoond. En hierdoor kan mogelijk de somatische zorg van deze zorgmijders verbeteren.

Vraag 17:	Welke problemen verwacht u dat hierin ondervonden kan gaan worden met betrekking tot de uitvoering ervan?
Antwoord:	Controle van de somatische toestand van deze patiënten aangezien zij al zorg vermijden. En wat doe je als er problemen beginnen te komen. Wanneer is de tijd rijp om gedwongen somatische zorg te leveren. De grenzen opzoeken wanneer behandeling echt noodzakelijk is. Wat is genoeg gevaar om tot dwang over te gaan. En is 'bestwil principe' zoals eerder bij de psychiatrie ook al genoeg.

Aanvullende vragen aan heer Van Os via e-mail d.d. 2 mei 2013

Op grond van art. 7:465 lid 6 BW is het mogelijk om onvrijwillige zorg te verlenen, indien vertegenwoordiger heeft ingestemd met de behandeling van een cliënt die wilsonbekwaam ter zake is geacht, waarbij de cliënt zich tegen de behandeling verzet. Voor niet-ingrijpende verrichtingen geldt dat deze bij het verkrijgen van toestemming van de vertegenwoordiger ten alle tijde kan worden uitgevoerd, ondanks eventueel verzet van de cliënt. Voor ingrijpende verrichtingen wordt de voorwaarde gesteld dat het moet gaan om een behandeling die nodig is om ernstig nadeel te voorkomen.

Vraag 16:	Wordt deze regeling op deze manier ook toegepast in de praktijk?
Antwoord:	Volgens mij niet op de PAAZ. Meestal wordt dan toch een IBS of RM aangevraagd. In de somatiek (somatische afdeling) zou het wel kunnen, maar dan kan het volgens mij ook al in het kader van de WGBO als er anders een ernstig nadeel zou zijn.

Wetsvoorstel 'Wet Verplichte GGZ'

In de nieuwe Wet verplichte ggz komt een transmurale zorgmachtiging. Daarmee kan indien nodig verplichte ggz ook in de ambulante setting worden geboden. Gedwongen opname is niet meer de kern van de behandeling, maar gedwongen zorg zal dan ook buiten de kliniek plaats kunnen gaan vinden.

Vraag:	Kan het criterium 'Indien als gevolg van psychische stoornis van de cliënt leidt tot een aanzienlijk risico op ernstige schade voor zijn fysieke gezondheid' naar uw mening gelijkgesteld worden met wilsonbekwaamheid ter zake?
Antwoord:	Ja volgens mij wel.

Aanvullende vraag aan heer Van Os via e-mail d.d. 6 mei 2013

Aanvullende vraag:	Waar bij mij nog enige onduidelijkheid bestaat is dat er aangegeven wordt dat als een cliënt zich verzet tegen een somatische behandeling op de PAAZ, dat er dan een IBS of machtiging wordt aangevraagd. Dient deze machtiging dan om de onderliggende psychische problematiek te behandelen en zodoende de autonomie van de cliënt te herstellen met het doel dat de cliënt alsnog wilsbekwaam een beslissing kan nemen over de somatische behandeling? Want gedurende BOPZ opname gelden voor somatische behandelingen toch ook de regelingen uit de WGBO wat betreft verzet en toestemming van de vertegenwoordiger voor de somatische behandeling?
Antwoord:	Volgens mij kun je op een PAAZ niet iemand met dwang somatisch behandelen zonder maatregel. De maatregel dient dan dus ook om de somatische behandeling te geven, naast het behandelen van de psychiatrische problematiek.

Bijlage VI: Vragenlijst mevr. Ter Braak (GGz Breburg)

Ontvangen per e-mail d.d. 4 april 2013

Vragenlijst

afstudeeronderzoek 'Onvrijwillig somatische zorg'

Inleiding

Vraag 1:	Wat zijn uw werkzaamheden?
Antwoord:	Psychiater bij fact team Waawlijk, psychiater gesloten wonen en inhoudelijk manager duurzaam wonen

Situatieschets

Vraag 2:	Welke situaties doen zich voor vanuit de hulpverlening binnen GGz Breburg/uw afdeling, waarin de behoefte bestaat om onvrijwillig somatische dwang toe te (kunnen) passen?
Antwoord:	Binnen duurzaam wonen komt dit wel eens aan de orde.

Vraag 3:	Hoe is het naar uw mening momenteel gesteld met de juridische mogelijkheden hierin? Wat zijn gebreken in de wet- en regelgeving omtrent onvrijwillig somatische zorg?
Antwoord:	In noodsituaties is het duidelijk geregeld, in niet acute nood zit je in een grijs gebied

Werkwijze

Vraag 4:	Bestaat er een richtlijn of protocol binnen uw afdeling voor specifieke situaties (zoals onder dwang sondevoeding toedienen, HIV test afnemen of insuline toedienen)?
Antwoord:	neen

Vraag 5:	Mocht er geen protocol/richtlijn zijn opgesteld, is daar behoefte aan in de praktijk? Waarom wel of waarom niet?
Antwoord:	Het komt niet zo heel veel voor, maar het zou handig zijn als er dan juist een richtlijn ligt.

Vraag 6:	Wat is de (standaard) werkwijze in de praktijk bij constatering dat cliënt een somatische behandeling niet wil ondergaan?
Antwoord:	Kijken naar wilsbekwaamheid, overleg met familie of andere belangrijke persoon, goed rapporteren

Vraag 7:	Worden er problemen ervaren in deze werkwijze? Zo ja, wat zijn deze problemen? En hoe wordt hier naar gehandeld? (bijvoorbeeld een cliënt die weigert insuline toegediend te krijgen en niet wilsonbekwaam is ter zake. Hoe wordt er om gegaan met de (lichamelijke en psychische) gevolgen die een weigering zal hebben)
Antwoord:	Veel uitleg geven, motiverende gesprekstechniek

Vraag 8:	Wordt er in situaties afgeweken van de standaard werkwijze? Zo ja, in welke situatie, waarom en hoe wordt er vanaf geweken?
Antwoord:	nvt

Vraag 9:	Wat zijn de afwegingen die meewegen bij het besluit om somatisch onvrijwillige zorg te verlenen of om hier van af te zien?
Antwoord:	Ernst van de situatie, mening van naderen

Vraag 10:	Is er verschil aan te merken in de werkwijze en/of afwegingen bij gedwongen opname, vrijwillige opname en ambulante zorg?
Antwoord:	Neen, in principe dezelfde handelwijze

Doorverwijzing PAAZ

Inmiddels heb ik een aantal reacties gekregen binnen GGz Breburg dat somatische behandeling op onvrijwillige basis veelal op de PAAZ verleent wordt en nauwelijks tot aan niet op de afdelingen of ambulant.

Vraag 11:	Wordt er binnen uw afdeling onvrijwillig somatische zorg verleent?
Antwoord:	neen

Vraag 12:	Wat zijn de redenen of afwegingen om de cliënt voor onvrijwillig somatische zorg over te brengen naar de PAAZ?
Antwoord:	Als er veel verpleegkundige handelingen nodig zijn9bv infusensondes)

Vraag 13:	Hoe verloopt deze procedure?
Antwoord:	Telefonisch overleggen met de psychiater al daar.

Wetsvoorstel 'Wet Verplichte GGz'

Bij invoering van 'Wet Verplichte GGz', wordt het mogelijk om in het zorgplan (nu behandelplan in het kader van de Wet BOPZ) somatische zorg op te nemen. Het wetsvoorstel maakt het mogelijk om ook somatische behandelingen als verplichte zorg te verlenen, mits herstel van de fysieke toestand van betrokkene niet het eerste doel van de zorgmachtiging of crisismaatregel was.

Zoals het nu staat geregeld in het wetsvoorstel, kan deze zorg worden toegepast als een cliënt wilsonbekwaam op dit gebied wordt geacht of als nalaten van somatische behandeling gevaar vormt voor anderen dan wel het risico bestaat dat nalaten ernstige schade aan cliënt zelf kan opleveren.

Vraag 14:	Is er naar uw mening of naar uw weten behoefte aan een dergelijke verruiming van de mogelijkheid wat betreft het kunnen verlenen van somatische zorg? Waarom wel of waarom niet?
Antwoord:	Ik twijfel,het komt niet veel voor en uiteindelijk kom ik er altijd wel uit

Vraag 15:	Is deze regeling naar uw mening uitvoerbaar in de praktijk? Oftewel, zal dit in de praktijk een verandering van werkwijze kunnen opleveren?
Antwoord:	Ja,ik denk dat er eerder naar zo'n maatregel gegrepen gaat worden

Vraag 16:	Zorgt de verruiming voor een te grote inbreuk op de autonomie/zelfbeschikking van een cliënt?
Antwoord:	Dat zou kunnen.Als er eenmaal wetgeving is ,dan wordt die ook gebruikt.

Vraag 17:	Is het verschil tussen een cliënt die op vrijwillige basis behandeling binnen GGz ondergaat (waarbij de WGB0 van toepassing is) en een cliënt die verplichte zorg krijgt op grond van de WVGZ wel wenselijk in de praktijk met betrekking tot de uitvoering?
Antwoord:	Dat verschil is er nu toch ook al met WGB0 en BOPZ?ik begrijp de vraag niet helemaal

Bijlage VII: Basisset GGz Breburg Wet BOPZ machtigingen

5. Voorlopige machtiging (artikel 2)

Wie verzoekt?

De officier van justitie. Dat kan ambtshalve (d.w.z. uit hoofde van zijn beroep) of op verzoek van de familie van betrokkene, zijn wettelijke vertegenwoordiger of zijn partner.

Wie verleent?

De rechter verleent de machtiging tot voortgezet verblijf mede op basis van een geneeskundige verklaring. Er is geen mogelijkheid voor hoger beroep tegen deze beslissing. Alleen cassatie van de beslissing door de Hoge Raad is mogelijk.

Geneeskundige verklaring

Er zijn twee situaties mogelijk:

- Verblijft de cliënt tijdens het opmaken van de verklaring niet in het ziekenhuis, dan wordt deze opgesteld door een psychiater die niet bij de behandeling van de cliënt betrokken is;
- Verblijft de cliënt al in het psychiatrisch ziekenhuis op het moment van het opmaken van de geneeskundige verklaring, dan maakt de Geneesheer directeur de verklaring op. Hij doet dit zelf of laat het doen door een niet bij de behandeling betrokken psychiater. Wanneer hij zelf bij de behandeling van de cliënt betrokken is of recentelijk is geweest, moet hij het door een andere psychiater laten doen, die niet bij de behandeling is betrokken. In beide gevallen moet de Geneesheer directeur de geneeskundige verklaring zelf ondertekenen.

Doel?

Het doel van de voorlopige machtiging is wegnemen van gevaar dat door een geestesstoornis wordt veroorzaakt.

Eisen?

- De betrokkene heeft een geestesstoornis;
- Dóór deze geestesstoornis veroorzaakt hij een gevaar voor zichzelf of zijn omgeving (ook wel 'causaal verband' genoemd);
- Dat gevaar kan alléén worden afgewend door opname in een psychiatrisch ziekenhuis;
- De betrokkene is 12 jaar of ouder, en is niet bereid tot een vrijwillige opname.

De Wet gebruikt de term 'nodige bereidheid'. Uit deze term wordt afgeleid dat de rechter enige ruimte heeft bij het toetsen of betrokkene bereid is tot opneming en verblijf. Maar, niet behandeld willen worden, is iets anders dan niet opgenomen willen worden. Dat is formeel geen criterium dat de rechter hoeft te toetsen.

Duur?

- De duur van de voorlopige machtiging is maximaal zes maanden. De termijn begint te lopen op de dag dat de rechter de machtiging afgeeft. De duur van bijvoorbeeld een voortgezette inbewaringstelling – eventueel voorafgaand aan de voorlopige machtiging – telt hierbij dus niet mee.
- Binnen veertien dagen na de dag van afgifte moet opname op basis van de machtiging volgen, anders verliest de machtiging zijn geldigheid. Om de betrokkene dan nog op te kunnen nemen, is een nieuwe machtiging nodig.

- Verlenging van de voorlopige machtiging is mogelijk. Dan moet er een machtiging voortgezet verblijf worden gevraagd. Verlenging met een nieuwe voorlopige machtiging is niet mogelijk.

Overige regels

- Het horen van de betrokkene zelf over het verzoek van de officier van justitie is een fundamenteel recht, waarvan alleen bij hoge uitzondering mag worden afgeweken.
- Het oproepen van de betrokkene gaat niet zover dat de rechter hem moet (laten) opsporen als zijn verblijfplaats onbekend is. Het enkel sturen van een oproepingsbrief is echter onvoldoende.
- De rechter mag nooit afgaan op oude gegevens maar moet zich altijd baseren op feiten en omstandigheden die zich ten tijde van de beslissing voordoen.

6. Machtiging tot voortgezet verblijf (artikel 15)

Wie verzoekt?

De officier van justitie. Dat kan ambtshalve (d.w.z. uit hoofde van zijn beroep) of op verzoek van de familie van betrokkene, zijn wettelijke vertegenwoordiger of zijn partner. Wat in de praktijk ook vaak gebeurt, is dat het ziekenhuis zelf de machtiging tot voortgezet verblijf aanvraagt bij de officier. Het ziekenhuis moet er voor zorgen dat de stukken die de officier nodig heeft om het verzoek bij de rechter in te dienen, op tijd en volledig zijn.

Wie verleent?

De rechter verleent de machtiging tot voortgezet verblijf mede op basis van een geneeskundige verklaring. Er is geen mogelijkheid voor hoger beroep tegen deze beslissing. Alleen cassatie van de beslissing door de Hoge Raad is mogelijk.

Geneeskundige verklaring

De geneeskundige verklaring voor een machtiging tot voortgezet verblijf dient te worden opgesteld en ondertekend door de 1ste geneeskundige. Wanneer de Geneesheer directeur zelf bij de behandeling van de cliënt betrokken is (of recent is geweest), moet de verklaring opgesteld worden door een niet bij de behandeling betrokken psychiater. Een niet bij de behandeling betrokken psychiater behoeft volgens de rechtspraak niet per definitie een psychiater van een andere instelling te zijn waar de cliënt wordt behandeld, indien de psychiater die het onderzoek verricht de cliënt in het verleden heeft behandeld, dient het laatste behandelcontact met de cliënt ten minste één jaar geleden te zijn geweest.

Doel?

Doel van deze machtiging is het voortzetten van het verblijf dat tegen de wil van betrokkene plaatsvindt om het gevaar dat door een geestesstoornis is veroorzaakt weg te nemen.

Eisen?

- De geestesstoornis is nog aanwezig;
- Dóór deze stoornis veroorzaakt de betrokkene nog steeds gevaar;
- Dat gevaar kan niet worden afgewend op een andere manier dan door een gedwongen opname;
- Het verblijf kan niet op vrijwillige basis worden voortgezet.

Duur?

De machtiging tot voortgezet verblijf heeft een geldigheidsduur van maximaal één jaar. Verlenging is mogelijk, op basis van een nieuwe machtiging tot voortgezet verblijf. Wanneer iemand al vijf jaar onafgebroken onvrijwillig is opgenomen, kan de machtiging worden afgegeven voor een periode van twee jaar.

Overige regels

- Het is niet de bedoeling dat (zoals jarenlang de praktijk was) de machtiging tot voortgezet verblijf aangevraagd wordt voor de cliënt die met een voorwaardelijk ontslag al een tijd buiten de instelling verblijft. In dat geval dient een voorwaardelijke machtiging te worden aangevraagd.
- De wet stelt regels aan de termijn waarop de officier van justitie zijn verzoek moet indienen. De Hoge Raad heeft evenwel beslist om, wanneer de officier van justitie te laat is met het indienen van zijn verzoek om een machtiging tot voortgezet verblijf, daaraan geen consequenties te verbinden.
- De officier van justitie kan zelfs nadat de termijn van de voorlopige machtiging is verlopen nog een verzoek om een machtiging tot voortgezet verblijf indienen. Fraai is dit natuurlijk niet, want de cliënt heeft er recht op te weten waar hij aan toe is en wat zijn status binnen het ziekenhuis is, die van vrijwillig of van onvrijwillig opgenomen cliënt. De Hoge Raad heeft bepaald dat de machtiging tot voortgezet verblijf dan mag duren tot een jaar na de dag waarop de voorlopige machtiging eindigde.

7. Voorwaardelijke machtiging (artikel 14a–g)

Wie verzoekt?

De officier van justitie. Dat kan ambtshalve (d.w.z. uit hoofde van zijn beroep) of op verzoek van de familie van betrokkene, zijn wettelijke vertegenwoordiger of zijn partner. Ook de betrokkene zelf kan bij de officier verzoeken om een voorwaardelijke machtiging, die zal het verzoek in de regel doorgeleiden naar de rechter.

Wie verleent?

De rechter verleent de machtiging mede op basis van een geneeskundige verklaring en een behandelingsplan. Er is geen mogelijkheid voor hoger beroep tegen deze beslissing. Alleen cassatie van de beslissing door de Hoge Raad is mogelijk.

Geneeskundige verklaring en behandelingsplan

- Voor een voorwaardelijke machtiging dient de geneeskundige verklaring te worden opgesteld door een psychiater die niet bij de behandeling van de cliënt is betrokken;
- Bij het verzoek van de officier van justitie zit een behandelingsplan dat na overleg met betrokkene is opgemaakt door de psychiater die de behandelaar van betrokkene zal zijn;
- Aan dit behandelingsplan moet een passage worden toegevoegd waaruit blijkt dat het overleg tot overeenstemming heeft geleid, of (indien dit niet het geval is) waarom de behandelaar meent dat de betrokkene de voorwaarden zal naleven.

Doel?

Doel van de voorwaardelijke machtiging is om mensen, die behandeling nodig hebben, te behandelen zonder gedwongen opname. Dat doel wordt bereikt door het opleggen van voorwaarden met betrekking tot het gedrag van betrokkene. Deze voorwaarden moeten in relatie staan tot het gevaar dat hij veroorzaakt door zijn geestesstoornis.

Eisen?

- De betrokkene heeft een geestesstoornis;
- Dóór deze geestesstoornis veroorzaakt hij een gevaar voor zichzelf of zijn omgeving (ook wel 'causaal verband' genoemd);
- Dat gevaar kan worden afgewend door het stellen en naleven van voorwaarden die een opname in een psychiatrisch ziekenhuis voorkomen;
- De betrokkene is 12 jaar of ouder;
- De betrokkene zal zich onder behandeling van de behandelaar stellen;
- De betrokkene verklaart zich bereid de voorwaarden na te leven, of aannemelijk is (gemaakt) dat betrokkene de voorwaarden zal naleven;
- In het verzoek aan de rechtbank staat een psychiatrisch ziekenhuis waar betrokkene kan worden opgenomen in geval van omzetting (zie hierna).

Bereid verklaren

Door wetswijziging is sinds 1 juni 2008 de instemming van betrokkene niet meer strikt noodzakelijk. Wanneer het voor de rechter redelijkerwijs aannemelijk is (gemaakt) dat de betrokkene, ondanks het niet expliciet instemmen, toch de voorwaarden zal naleven, kan de machtiging verleend worden. Behalve de mening van de betrokkene zullen hierbij de mening van de behandelaar (zoals vastgelegd in de extra passage in het behandelingsplan) en diens ervaring met betrokkene in het verleden, een belangrijke rol spelen. De rechter zal toetsen of en in welke mate overleg met betrokkene heeft plaatsgevonden, en of de voorwaarden concreet en duidelijk genoeg zijn opgesteld.

Duur?

De voorwaardelijke machtiging heeft een geldigheidsduur van maximaal zes maanden. De termijn begint te lopen op de dag dat de rechter de machtiging afgeeft. Verlenging is mogelijk op verzoek van de officier van justitie. De verlenging kan voor de duur van maximaal één jaar worden afgegeven en kan steeds opnieuw worden verzocht bij de rechter.

Wijziging van het behandelingsplan of de voorwaarden

Nadat de machtiging is verleend kan het behandelingsplan, slechts met instemming van de betrokkene, door de behandelaar gewijzigd worden. Om de voorwaarden te wijzigen of een andere behandelaar aan te wijzen, kan de betrokkene of de behandelaar een verzoek indienen bij de officier van justitie, waarop de rechter beslist.

Vrijwillige opneming mogelijk

Wanneer de betrokkene op eigen verzoek wordt opgenomen is er sprake van een vrijwillige opneming en blijft de voorwaardelijke machtiging in stand.

Dwangopneming: omzetting naar voorlopige machtiging (conversie)

Soms bestaat de mogelijkheid – en in sommige gevallen de verplichting – om de voorwaardelijke machtiging om te zetten in een voorlopige machtiging.

- Verplichte omzetting naar een voorlopige machtiging is vereist wanneer het gevaar niet langer kan worden afgewend door het naleven van de voorwaarden.
- Mogelijke omzetting is aan de orde wanneer de betrokkene daarom vraagt, of wanneer hij de voorwaarden niet meer naleeft.

Eisen bij omzetting?

- De Geneesheer directeur is de functionaris die de voorwaardelijke machtiging omzet in een voorlopige machtiging;
- Voorafgaand aan de opneming stelt de Geneesheer directeur zich op de hoogte van de actuele geestelijke gezondheidstoestand van de cliënt;
- De beslissing van de Geneesheer directeur wordt schriftelijk meegedeeld aan betrokkene, uiterlijk vier dagen na die beslissing (tenzij de betrokkene zelf om opneming heeft verzocht);
- De opneming moet worden gemeld aan de griffier van de rechtbank die de voorwaardelijke machtiging heeft verleend.

Duur bij omzetting?

Voor ten hoogste de termijn van de resterende geldigheidsduur van de voorwaardelijke machtiging, maar niet langer dan zes maanden.

8. Rechterlijke machtiging op eigen verzoek (artikel 32)

Wie verzoekt?

De officier van justitie verzoekt de rechter de machtiging op eigen verzoek te verlenen. Hij doet dit nadat betrokkene zelf aan hem heeft gevraagd bij de rechter het verzoek om een machtiging in te dienen.

Wie verleent?

De rechter verleent de machtiging op eigen verzoek mede op basis van een geneeskundige verklaring en een behandelingsplan.

Geneeskundige verklaring en behandelingsplan

Bij het verzoek tot verlening van een machtiging op eigen verzoek moeten een geneeskundige verklaring en een (in overleg met de cliënt opgesteld) behandelingsplan worden gevoegd, die beide zijn opgesteld door de psychiater die bij de behandeling van de cliënt betrokken is.

Doel?

Het doel van deze machtiging is om betrokkene te dwingen de opname voort te zetten waaraan hij is begonnen, ook al wil hij dat op een bepaald moment zelf niet meer. Meestal is verslaving de reden om een machtiging eigen verzoek te vragen.

Eisen?

- De betrokkene veroorzaakt gevaar;
- De betrokkene heeft een geestesstoornis;
- Het gevaar hoeft niet te worden veroorzaakt door de geestesstoornis;
- De betrokkene is bereid zich te laten opnemen en een behandeling te ondergaan;
- Het verzoek vermeldt het psychiatrisch ziekenhuis waarin opname en verblijf zullen plaatsvinden.

Duur?

Een machtiging op eigen verzoek heeft een duur van minimaal zes maanden en maximaal één jaar. Hij kan niet worden verlengd. Wil betrokkene blijven na afloop van de termijn dan is dat vrijwillig. Vindt het ziekenhuis het niet verantwoord dat betrokkene vertrekt, dan moet een voorlopige machtiging worden aangevraagd.

Overige regels

- Na een machtiging op eigen verzoek kan niet direct daarop aansluitend een tweede machtiging op eigen verzoek worden afgegeven.
- Na een machtiging op eigen verzoek kan niet een verzoek om een machtiging tot voortgezet verblijf worden aangevraagd; wel een voorlopige machtiging of een voorwaardelijke machtiging.

Bijlage VIII: Inbewaringstelling IBS (artikel 20)

3. Inbewaringstelling IBS (artikel 20)

Wie verzoekt?

Een ieder die vindt dat iemand gevaar veroorzaakt, kan dit melden aan de politie of een crisisdienst.

Wie verleent?

De burgemeester verleent op basis van een geneeskundige verklaring de inbewaringstelling. Er is geen mogelijkheid voor hoger beroep tegen deze beslissing.

Geneeskundige verklaring

De geneeskundige verklaring dient bij voorkeur door een niet-behandelend psychiater opgesteld te worden en mag voor een IBS slechts in hoogst uitzonderlijke situaties door een arts-assistent (i.p.v. een psychiater) uitgeschreven worden. In dat laatste geval dient er vervolgens zo spoedig mogelijk een verklaring door een niet-behandelend psychiater opgesteld te worden.

Doel van de IBS is het wegnemen van het onmiddellijk dreigend gevaar waarvan ernstig vermoed wordt dat het wordt veroorzaakt door een geestesstoornis. Het is een ordemaatregel die de burgemeester mag nemen vanwege het spoedeisende karakter van de opname.

Eisen?

- De betrokkene veroorzaakt gevaar. Gevaar betekent dat er een kans is op onheil. Met andere woorden, er hoeft nog niet daadwerkelijk iets te zijn gebeurd, maar die kans moet wel sterk aanwezig zijn;
- Het ernstige vermoeden bestaat dat het gevaar wordt veroorzaakt door een geestesstoornis;
- De procedure voor een voorlopige machtiging kan niet worden afgewacht omdat het gevaar onmiddellijk dreigend is;
- Het gevaar kan niet worden afgewend op een andere manier dan door een gedwongen opname;
- De betrokkene is 12 jaar of ouder, en is niet bereid tot een vrijwillige opname;
- De burgemeester bepaalt of een IBS noodzakelijk is, niet de arts die de geneeskundige verklaring opmaakt. Ook wanneer de arts twijfelt over de IBS, doet hij er dus goed aan een verklaring op te maken.

Duur?

De inbewaringstelling van de burgemeester is een tijdelijke maatregel. Hij mag maar kort duren, namelijk gedurende de tijd die nodig is om:

- de officier een verzoek bij de rechter te kunnen laten indienen om de IBS voort te zetten en;
- de tijd die de rechter nodig heeft om te beslissen.

Bijlage IX: Behandelingsplan/BOPZ-behandelplan (artikel 38A-B)

Soort document	Protocol
Ingangsdatum	01-12-2010
Laatst gewijzigd	15-08-2012
Status	definitief
Versie	2.0
Revisiedatum	01-09-2013
Opmerking	Dit bestand maakt tevens onderdeel uit van de basisset BOPZ protocollen
Verantwoordelijke	Geneesheer Directeur
Auteur	J. van der Meijs, R. Emmaneel en H. Corthals
Zoekwoorden	Behandelplan, BOPZ, behandelingsplan, basisset,

Behandelingsplan/bopz-behandelplan (artikel 38a-b)¹

Na dwangopneming dient zo spoedig mogelijk een behandelingsplan opgesteld te worden.

Wie stelt het behandelingsplan op?

De behandelaar stelt het behandelingsplan op. Hij doet dat na overleg met de cliënt en eerdere hulpverleners, en bij wilsonbekwaamheid met diens wettelijke vertegenwoordiger, door cliënt schriftelijk gemachtigde of naasten (echtgenoot/partner, ouder, kind, broer of zus van de cliënt). De behandelaar stelt het plan zo spoedig mogelijk na de gedwongen opneming op.

Doel?

Doel van het behandelingsplan is het zodanig wegnemen van het gevaar (dat de stoornis betrokkene doet veroorzaken) dat de cliënt niet langer in het ziekenhuis hoeft te verblijven. De behandeling kan, meer dan voorheen, behalve op de verbetering van de stoornis ook op het wegnemen van het gevaar gericht worden (ook als dit een ander gevaar betreft dan dat welke tot de opneming leidde).

Eisen?

- Het plan moet de therapeutische middelen bevatten die erop zijn gericht de stoornis weg te nemen of te dempen;
- De middelen kunnen worden getoetst aan de bereikte resultaten;
- Het plan wordt steeds aangepast aan de situatie van de cliënt;
- Ondertekening door de cliënt is geen voorwaarde, zo mogelijk moet hij wel met het plan kunnen instemmen.

Toepassing (artikel 38b)

Behandeling van de cliënt kan slechts (vrijwillig) plaatsvinden:

- voor zover deze is voorzien in het behandelingsplan;
- indien hierover overeenstemming is bereikt met de cliënt (en bij wilsonbekwaamheid diens wettelijke vertegenwoordiger);

¹ Per 1 juni 2008 wordt in de Wet BOPZ (artikel 37) onderscheid gemaakt tussen de behandeling in de psychiatrie en die in de psycho-geriatrie en verstandelijk gehandicaptenzorg. Artikel 38 heeft nu betrekking op de laatstgenoemde categorieën. In deze brochure beperken we ons tot de behandeling in de psychiatrie, zoals neergelegd in de (nieuwe) artikelen 38a en 38b.

- de cliënt (en bij wilsonbekwaamheid diens wettelijke vertegenwoordiger) zich hiertegen niet verzet(ten).

Wanneer niet aan deze voorwaarden is voldaan, kan slechts onder bepaalde voorwaarden de behandeling gedwongen toegepast worden (zie hiervoor het hoofdstuk Dwangbehandeling).

Rechtsbescherming

Betrokkene kan wilsonbekwaam worden verklaard om overleg te voeren over het behandelingsplan. Op deze situatie is de klachtenregeling van de wet van toepassing.

Bijlage X: Procedure dwangbehandeling (artikel 38C)

Soort document	Protocol
Ingangsdatum	04-03-2013
Laatst gewijzigd	04-03-2013
Status	Definitief
Versie	1.0
Revisiedatum	01-04-2014
Opmerking	
Verantwoordelijke	Geneesheer Directeur
Auteur	H. Corthals
Zoekwoorden	dwangbehandeling, dwang, dwangmaatregel, dwangmaatregelen, middelen of maatregelen, wilsonbekwaamheid, wilsonbekwaam, toepassen dwangbehandeling, toepassing dwangbehandeling,
Datum goedkeuring Raad van Bestuur	n.v.t.

1. Inleiding

Bij opgenomen patiënten kunnen allerlei vormen van dwang worden toegepast, waarbij het de behandelend psychiater is –en niet de rechter of de burgemeester zoals in de ambulante context– die primair de beslissingen neemt. De psychiater is evenwel gehouden een en ander te melden aan de geneesheer-directeur van de instelling; bovendien kan zijn handelwijze achteraf getoetst worden, met name als er klachten zijn (geneesheer-directeur, klachten-commissie, rechter). De dwangmaatregelen die in de wet genoemd worden betreffen: afzondering, separatie, fixatie, medicatie en het toedienen van voeding en vocht; in de dagelijkse klinische praktijk zijn met name separatie en medicatie het meest relevant.

Van de *toepassing van middelen of maatregelen* wordt gesproken als er zich onverwacht een gevaarlijke noodsituatie voordoet. Dergelijke middelen en maatregelen mogen nooit langer dan zeven dagen worden toegepast; is dit wel noodzakelijk dan dienen deze in het behandelplan te worden opgenomen en is er sprake van dwangbehandeling.

Onder *dwangbehandeling* verstaat men de uitvoering van het behandelplan tegen de wil van de patiënt in, waarbij geen onderscheid wordt gemaakt tussen wilsbekwaam en wilson-bekwaam verzet. Elke dwangbehandeling moet voldoen aan de eisen van *doelmatigheid* (de ingreep is effectief), *proportionaliteit* (de ingreep staat in redelijke verhouding tot het doel) en *subsidiariteit* (er is geen minder ingrijpend alternatief). De vereisten waaraan dwang-behandeling dient te voldoen zijn:

- dwangbehandeling kan slechts worden toegepast voor zover die behandeling volstrekt noodzakelijk is om het gevaar dat de patiënt *binnen* de instelling doet veroorzaken af te wenden *of* voor zover aannemelijk is dat zonder die behandeling het gevaar dat reden is voor de opname niet binnen een redelijke termijn kan worden weggenomen
- de patiënt vormt een gevaar voor zich zelf of voor anderen
- er is een *causaal verband* tussen de stoornis en het gevaar, m.a.w. het gevaar vloeit uit de stoornis voort
- begin en einde van de dwangbehandeling worden gemeld aan de partner, familie of wettelijk vertegenwoordiger en aan de inspectie

De mogelijkheden voor dwangbehandeling zijn m.i.v. 1 juni 2008 aanmerkelijk verruimd. Behalve het reeds voorheen bestaande *interne* gevaarscriterium, is dwangbehandeling sindsdien ook mogelijk geworden wanneer het gevaar dat reden van de dwangopname was – het zogeheten *externe* gevaarscriterium– zonder die behandeling niet weggenomen kan worden, waardoor de opname onnodig lang zou gaan duren.

Alleen het verkorten van de opnameduur mag overigens geen reden zijn tot dwangbehandeling; ook duidelijk dient te zijn dat het gevaar weggenomen wordt. Dwangbehandeling op basis van het externe gevaars-criterium dient regelmatig (als regel driemaandelijks) door de geneesheer-directeur te worden geëvalueerd en met het verlopen van de tijd steeds strikter te worden gemotiveerd. De patiënt kan tegen de beslissing tot dwangbehandeling een klacht indienen bij de klachtencommissie van de instelling en daarbij de commissie om schorsing van de beslissing verzoeken.

Zowel bij dwangseparatie als dwangmedicatie dient vooraf een *opinio secunda* aangevraagd te worden bij een onafhankelijk psychiater; na de aanvang van de dwangbehandeling dient deze periodiek te worden geëvalueerd door de behandelaar of in de tijd opschalend door onafhankelijke derden intern of zelfs extern.

Wat betreft het effect op symptomen en de kwaliteit van leven doet gedwongen behandeling in het algemeen niet onder voor vrijwillige behandeling; dit is het beste onderzocht voor psychofarmaca en ECT. Gedwongen medicatie of ECT lijkt geen schadelijk effect te hebben op de therapietrouw en niet vaker te leiden tot een posttraumatische stressstoornis. Echt goede alternatieven voor dwangmedicatie (of ECT) zijn er niet. Separatie bijvoorbeeld is alleen in het kader van de toepassing van middelen en maatregelen (aldus de eerste week) in een minderheid van de gevallen een alternatief gebleken voor noodmedicatie. De meerderheid van de patiënten verkiezen noodmedicatie boven noodseparatie; het blijft evenwel aangewezen de keuze van de minderheid die kiest voor noodseparatie boven noodmedicatie te respecteren als dat haalbaar is. Dwangseparatie is echter geen alternatief voor medicamenteuze dwangbehandeling: het therapeutisch effect is daarvan zelfs nooit aannemelijk gemaakt. Het is primair een veiligheidsmaatregel, die traumatisch kan uitwerken (PTSS). Dwangseparatie dient dan ook met grote terughoudendheid te worden toegepast en dient regelmatig – in termen van weken – geëvalueerd en getoetst te worden.

Het voorkomen van dwangbehandeling vereist voortdurende aandacht van behandelaars en verpleegkundigen voor te verwachten of dreigend gevaar. Hiervoor zijn inmiddels zeer veel instrumenten beschikbaar, zoals checklijsten ter beoordeling van de verschillende typen gevaar (suïcide, zelfverwaarlozing, gevaar voor derden of de algemene veiligheid etc.), risicotaxatie-instrumenten en crisissignaleringsplannen. De verschillende instrumenten bieden houvast bij het systematisch observeren, onderzoeken en uitvragen van risicofactoren, overigens zonder daar wetenschappelijke gefundeerde conclusies aan te kunnen verbinden.

De klassieke separeerruimte is aan het verdwijnen en maakt geleidelijk aan plaats voor verpleging op zogeheten *psychiatric intensive care units*. Immers: een ernstig zieke laat men niet alleen!

Voor nadere details mag verwezen worden naar de NNvP-richtlijn *Besluitvorming dwang: opname en behandeling*.

2. Dwangmedicatie

- Bij dwangmedicatie dient vooraf een second opinion aangevraagd te worden via het Bureau Geneesheer-directeur (BGD); volgens rooster wordt een psychiater aangewezen
- De behandelend psychiater schrijft een motivatiebrief tbv de opinionist resp. GD en actualiseert het behandelplan; beiden zijn beschikbaar voor opinionist en GD
- De opinionist rapporteert aan behandelend psychiater
- De behandelend psychiater informeert de patiënt schriftelijk (conform standaardbrief in het EPD) over de beslissing tot dwangmedicatie met redenen omkleed en geeft daarbij start- en evaluatiedatum (max. drie maanden) aan; hij expliciteert daarbij of het gaat **om het (zogeneten) interne of externe gevaarscriterium** (men dient hierin te kiezen; als beiden aan de orde zijn kiest men primair het interne gevaarscriterium); de GD wordt van deze beslissing op de hoogte gebracht. De startdatum is de datum waarop de beslissing is genomen en niet noodzakelijkerwijs ook de datum dat de eerste dwangmedicatie wordt toegediend.
- Voor dwangmedicatie op grond van het zogenaamde 'interne gevaar' geldt geen bijzondere termijn. Evaluatie dient met een zekere regelmaat (bijv. per drie maanden) plaats te vinden door de behandelend psychiater en herkenbaar terug te vinden te zijn in het EPD

- Indien dwangmedicatie wordt toegepast op grond van het zogenoemde 'externe gevaar' is de duur ten hoogste drie maanden gerekend vanaf de dag dat de beslissing genomen is. **Vervolgbeslissingen resp. een herstart van dwangmedicatie binnen zes maanden worden steeds door de GD genomen;** daarbij geldt in de tijd een steeds striktere motiveringsplicht.
- Alle correspondentie en aantekeningen rond dwangmedicatie bij voorkeur vastleggen of archiveren onder het juridisch tabje van het EPD; zo ook de evaluatie van de juridische maatregelen zelf. De dwangmedicatie dient in het behandelplan te worden opgenomen, met redenen omkleed te zijn en voorzien van een termijn.
- Het verdient aanbeveling de patiënt na de beslissing tot dwangmedicatie (voor de eerste toediening van dwangmedicatie) in de gelegenheid te stellen –ondersteund door de pvp– een klacht in te dienen bij de klachtencie en de uitspraak af te wachten alvorens daadwerkelijk de eerste medicatie toe te dienen. Indien dit tot praktische problemen leidt is overleg met de GD gewenst.
- Dwangbehandeling dient opgenomen te worden in het behandelplan, omschreven naar aard en duur; het verdient aanbeveling bij het benoemen van het betreffende psychofarmacon om juridisch redenen daarbij te vermelden dat afhankelijk van effect en bijwerkingen het middel mogelijk kan worden omgezet in een beter alternatief.

3. Dwangseparatie

Op een viertal momenten –afhankelijk van de duur van de separatie– is interne of externe consultatie sinds 1 januari 2012 verplicht.

1. Bij separaties die **langer duren dan 84 uur binnen zeven dagen (M&M) resp. voor of bij de aanvang van dwangseparatie** (zeven aaneengesloten dagen *of* opgeteld voor meer dan de helft van de tijd) dient beoordeling door een onafhankelijke (>1 jaar niet bij de behandeling betrokken) psychiater plaats te vinden. Aanvraag loopt via het Bureau GD; beoordeling binnen twee werkdagen. Bij de *second opinion* dient niet alleen aangegeven te worden of dwangseparatie al dan niet kan worden toegepast maar dient ook advies uitgebracht te worden over de–escalerende alternatieven en/of beëindigingsstrategieën.
2. Bij dwangseparaties die **langer duren dan 168 uur binnen twee weken** (twee aaneengesloten weken *of* opgeteld voor meer dan de helft van de tijd, dus meer dan ½x2x7x24uur) vindt (verplichte) beoordeling door het zogeheten *consultatieteam* (zie onder) plaats. Aanvraag loopt via het BGD; beoordeling binnen vijf werkdagen. Hierbij dient vooral gekeken te worden naar het aandeel van alle betrokken disciplines binnen het betreffende afdelingsteam. *De verantwoordelijkheid voor de aanvraag van consultatie ligt bij de behandelend psychiater.* De GD neemt anticiperend op eventueel langerdurende dwangseparatie alvast contact op met de GD van GGzE ter voorbereiding op stap 3.
3. Bij dwangseparaties die **langer duren dan 420 uren binnen vijf weken** (vijf aaneengesloten weken *of* opgeteld voor meer dan de helft van de tijd) dient casusoverleg plaats te vinden tussen het consultatieteam van Breburg en een extern consultatieteam van één van de naburige instellingen (i.c. collegiale team van de GGzE). Aanvraag loopt via het BGD; overleg en rapportage daarvan binnen tien werkdagen. De GD neemt anticiperend op een eventueel langerdurende dwangseparatie alvast contact op met een extern expertisecentrum
4. Bij dwangseparaties die **langer duren 1008 uren binnen twaalf weken** (twaalf aaneengesloten weken *of* opgeteld voor meer dan de helft van de tijd) dient externe consultatie plaats te vinden door een expertisecentrum in dezen (zoals het CCE, Trifier, GGzE/KIB). Aanvraag loopt via het BGD; expertise en rapportage binnen een maand.
5. Bij frequent separeren; richtlijn: meer dan 4 keer per maand.

Op elk van de vijf beslismomenten wordt de patiënt en de GD door de behandelend psychiater van de uitkomst in kennis gesteld; het zal als regel het interne gevaarscriterium betreffen. Bij elke stap dient de behandelend psychiater een motivatiebrief te sturen en het behandelplan te actualiseren, met redenen omkleed en van termijnen voorzien. Correspondentie en aantekeningen rond dwangseparatie vastleggen en archiveren onder het juridisch tabje in het EPD. Bij voortgezette separatie na stap vier dient een keer per half jaar een second opinion plaats te vinden in overleg met de GD.

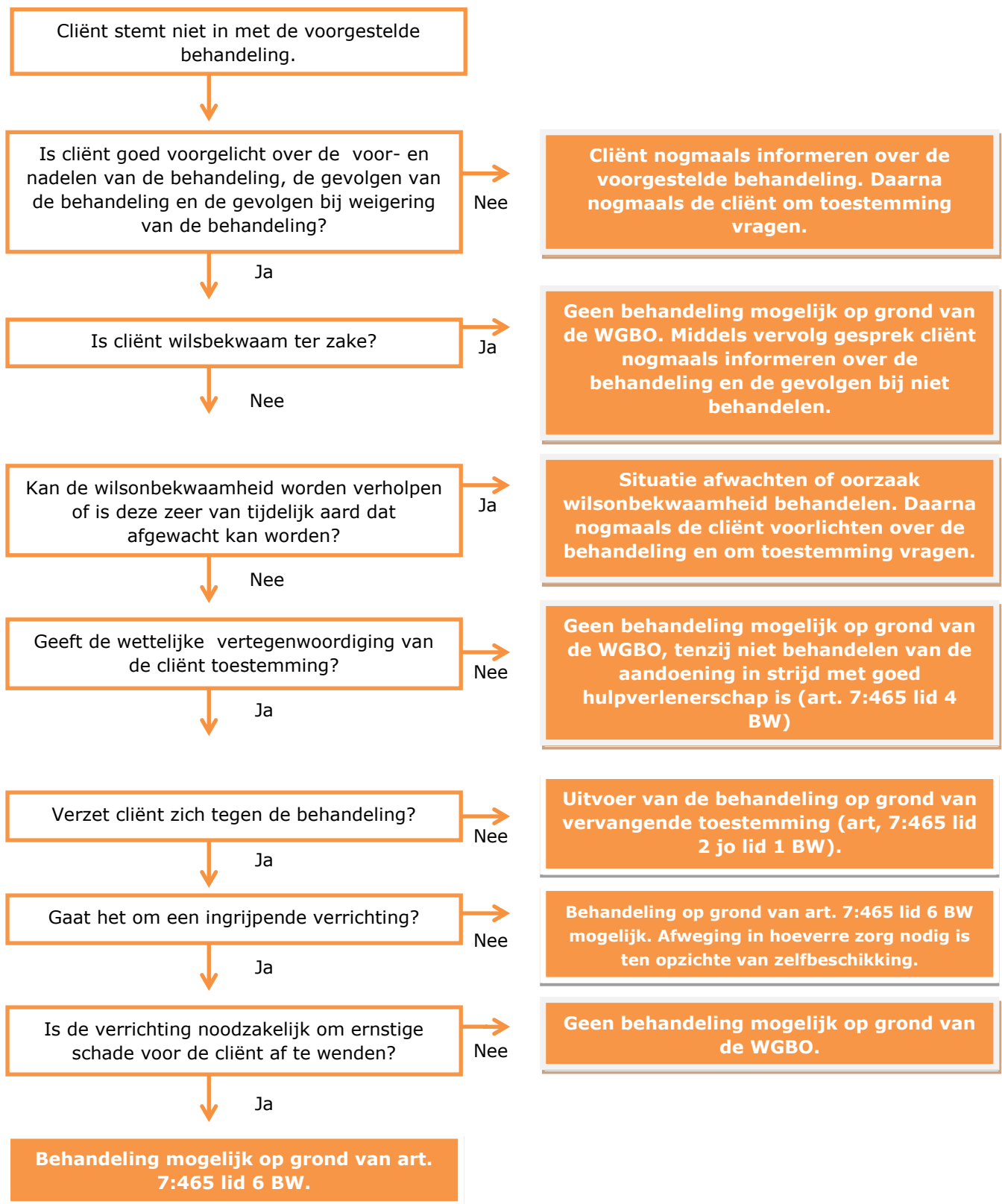
NB. Dwangbehandeling (medicatie of separatie) start formeel op het moment dat de beslissing van de behandelend psychiater is genomen; de eerste toepassing kan direct of later (bijv. in afwachting van de uitslag van een klacht door de patiënt ingediend bij de klachtencie) plaatsvinden. Als na enkele toepassingen onder dwang patiënt zich akkoord verklaart dan wel zich niet verzet, betekent dit niet automatisch dat de dwangbehandeling is gestopt. Pas als (door de behandelend psychiater) de beslissing op behandelbeleidsniveau is genomen om de dwangbehandeling stop te zetten (omdat het gevaar geweken is of er voldoende vertrouwen is dat de patiënt zich in de toekomst aan behandelafspraken zal houden) is er geen sprake meer van dwangbehandeling en wordt het behandelplan aangepast.

4. Het Breburg Consultatieteam

Het consultatieteam is primair opgezet om ingezet te worden bij langdurige separaties; mogelijk dat in de toekomst de taakomschrijving wat ruimer zal worden. Het Breburg consultatieteam is samengesteld uit een pool van ongeveer 10 medewerkers, waarin de volgende vier disciplines zijn vertegenwoordigd: stafmedewerker/casereporter (2x), verpleegkundige/verpleegkundig specialist (3x), gz/klinisch psycholoog (1x) en psychiater (3x); daarnaast maken twee ervaringsdeskundigen deel uit van de lijst medewerkers die zich beschikbaar hebben gesteld voor deelname aan het team. De lijst is bekend bij het BGD (zie bijlage 2). Een aantal teamleden maakt tevens deel uit van de M&M-commissie, waarmee ook het contact met de brede ggz-werkvloer is gegarandeerd. Per consultatie wordt een team van medewerkers samengesteld door het BG. Het consultatieteam beoordeelt de patiënt, spreekt de betreffende bij de behandeling/verpleging betrokken medewerkers en rapporteert aan de behandelend psychiater en de GD. Rapporteur en logistiek ondersteuner buiten het BGD is de stafmedewerker I & K. Consultatie wordt verricht conform een vastgesteld format (zie bijlage 1) en gerapporteerd onder het juridisch tabje van het EPD met een kopie aan het BGD. Het consultatieteam dat de betreffende onafhankelijke beoordeling doet volgt de separatie die beoordeeld is tot de deadline van zes weken en overlegt dan –indien de separatie nog voortduurt– op casusniveau met het consultatieteam van de GGz Eindhoven (contact via het BGD Eindhoven). Als de deadline van 12 weken is overschreden wordt door de GD een externe expertiseteam ingeregeld.

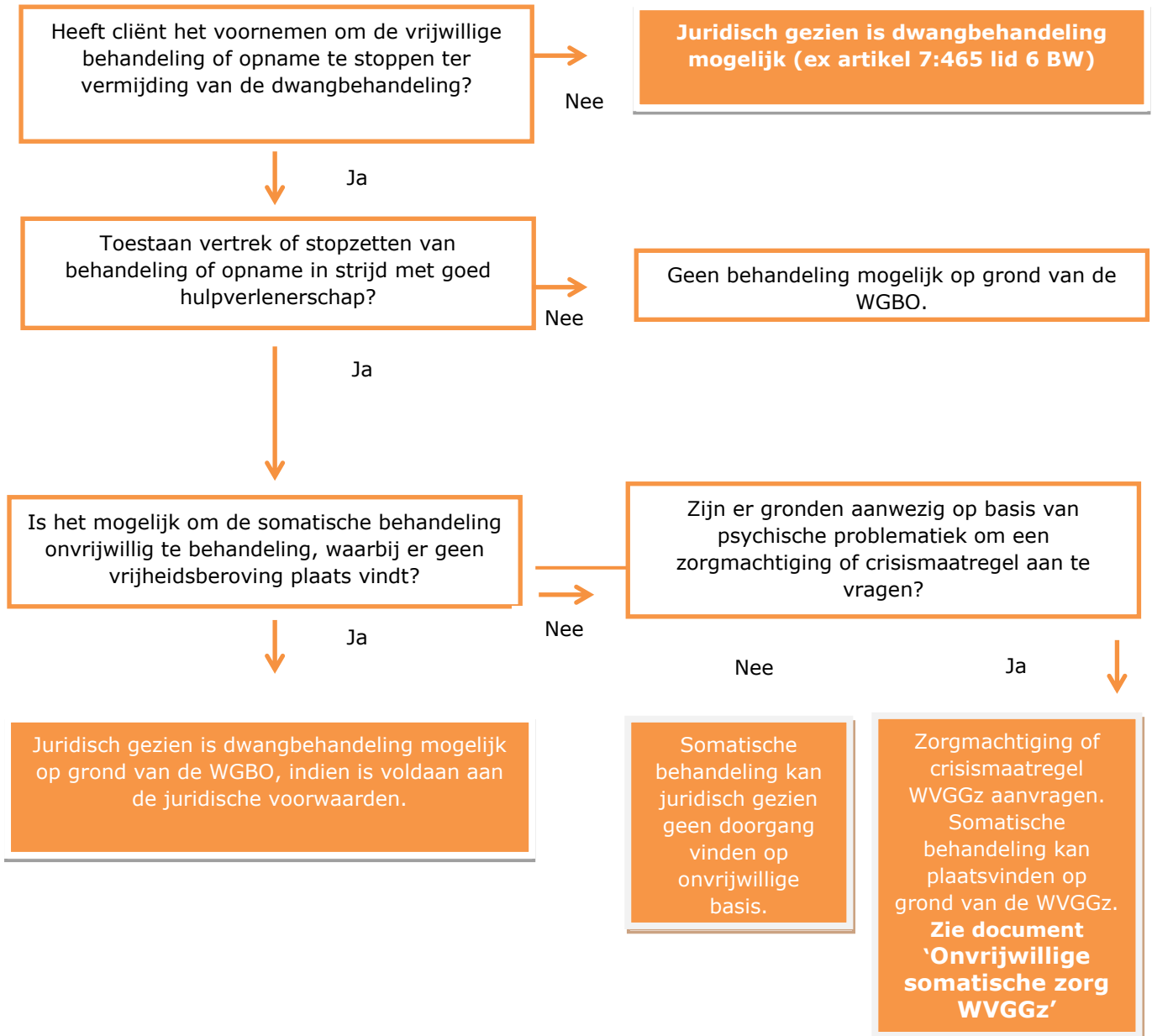
Zie ook Procedure Dwangbehandeling in ‘Over de Wet bopz’ van het Ministerie van VWS (het blauwe boekje), pagina 20.

Bijlage XI: Beoordeling toepassen onvrijwillig somatische zorg op grond van de WGBO.



Bijlage XII: Overgang van vrijwillige hulpverlening naar verplichte hulpverlening voor de uitvoering van somatische behandeling.

Er dient te zijn voldaan aan de juridische voorwaarden voor onvrijwillige behandeling op grond van de WGBO tot **Zie document 'Onvrijwillige somatische zorg WGBO'**



Bijlage XIII: Wetsartikelen voorwaarden onvrijwillige somatische zorg WVGz

Artikel 3:1 WVGz

Verplichte zorg is zorg die ondanks het verzet, bedoeld in artikel 1:4 kan worden verleend op grond van:

- a. een zorgmachtiging;
- b. een crisismaatregel;
- c. een beslissing tot tijdelijke verplichte zorg voorafgaand aan een crisismaatregel als bedoeld in artikel 7:4;
- d. een beslissing tot tijdelijke verplichte zorg in een noodsituatie als bedoeld in de artikelen 8:12 tot en met 8:14.



Artikel 3:3 WVGz

Indien het gedrag van een persoon als gevolg van zijn psychische stoornis leidt tot een aanzienlijk risico op ernstige schade voor hemzelf of voor een ander kan als uiterste middel verplichte zorg worden verleend, indien:

- a. er geen mogelijkheden voor zorg op basis van vrijwilligheid zijn;
- b. er voor betrokkene geen minder bezwarende alternatieven met het beoogde effect zijn;
- c. het verlenen van verplichte zorg, gelet op het beoogde doel evenredig is; en
- d. redelijkerwijs te verwachten is dat het verlenen van verplichte zorg effectief is.



Artikel 3:4 lid 2 WVGz

*'Indien het gedrag van een persoon **als gevolg** van zijn **psychische stoornis** leidt tot een **aanzienlijk risico op ernstige schade voor zijn fysieke gezondheid**, kan ook verplichte zorg worden verleend om zijn fysieke gezondheid te **stabiliseren of te herstellen**'*

psychische stoornis: zoals geclassificeerd in Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV).

aanzienlijk risico ernstige schade voor zijn fysieke gezondheid: schade bestaande uit levensgevaar, lichamelijk letsel, psychische, materiële of financiële schade, een verstoorde ontwikkeling naar volwassenheid of maatschappelijke teloorgang (**Artikel 1:1 WVGz**).

Stabilisatie of herstel van de fysieke gesteldheid. Behandeling moet erop gericht zijn om het aanzienlijk risico dat wordt veroorzaakt door een somatische aandoening wordt weggenomen.

Bijlage XIV: Onvrijwillige somatische zorg op grond van de WVGZ

Voorwaarden somatische behandeling opnemen in het zorgplan voorafgaand aan verlening van zorgmachtiging of crisismaatregel

