

---

## De nieuwe Wet Verplichte GGZ

Zijn wij als sociaal psychiatrisch verpleegkundige klaar voor de nieuwe Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg die in 2020 zijn intrede doet?

---



Mirjam Braaksma  
Ingrid Ittersum

Beiden auteurs zijn SPV i.o.

---

### **Nieuwe wet Wat?**

1 januari 2020, nog een half jaar te gaan en dan zal de Wet bijzondere opname psychiatrische ziekenhuizen (bopz) vervangen worden door de Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg (Wvggz). De belangrijkste verandering voor de hulpverleners zal de (uitgebreide) gedwongen ambulante zorg zijn, wat naar ons idee de meest moeilijke zorg is die wij als sociaal psychiatrisch verpleegkundige (SPV) moeten bieden. Je respecteert de autonomie van de patiënt en je wilt het wederzijdse vertrouwen niet schaden. Contact en communicatie zijn belangrijk in de zorg en de vraag is in hoeverre dit bemoeilijkt wordt wanneer er dwang moet worden toegepast. Hoe kunnen innovatieve ondersteuningsmogelijkheden zoals de crisiskaart, signaleringsplan en Eigen Kracht-conferenties hierin meegenomen worden? In dit artikel willen wij inzoomen op de verplichte ambulante zorg en wat dit gaat betekenen voor de betrokkene in de thuissituatie. Aan de hand van casuïstiek zal er uitgelegd worden hoe de procedure van een zorgmachtiging er uit gaat zien. Tevens wordt er uitgelegd wat wij denken dat de hulpverleners nodig hebben om verplichte ambulante zorg uit te voeren.

### **Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg**

Tot eind 2019 hebben we nog te maken met de wet bopz, daaronder vallen de zogeheten inbewaringstelling en rechtelijke machtiging. Deze gedwongen behandelingen kunnen nu alleen plaats vinden in een psychiatrisch ziekenhuis, mits een betrokkene in staat is de behandeling onder voorwaarden thuis voort te zetten. Het wetsvoorstel stelt een nieuwe regeling voor met betrekking tot de betrokkene waarbij verplichte zorg noodzakelijk is om ernstig nadeel voor zichzelf en zijn omgeving af te wenden. Men hoopt een aantal doelen te bereiken zoals, de betrokkene meer centraal te stellen, de kwaliteit van zorg te verhogen en zo veel mogelijk de duur van de dwang te beperken. Het idee is dat iemand thuis patiëntvriendelijker kan worden behandeld omdat de patiënt mee kan blijven doen in de maatschappij. Op deze manier blijft er aandacht voor participatie in de samenleving. Als behandeling in de eigen omgeving niet mogelijk is, niet veilig genoeg is, of wanneer de patiënt niet wil, kan hij of zij met goedkeuring van de rechter opgenomen worden. Dit moet wel opgenomen zijn in de aanvraag voor de zorgmachtiging.

Dwangbehandeling in de thuissituatie zoals de Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg deze beschrijft, is bedenkelijk. Enerzijds is er sprake van een minder ingrijpende situatie, omdat de betrokkene thuis kan blijven. Anderzijds kan het juist veel impact hebben op de persoonlijke leefomstandigheden en kan het zijn dat de betrokkene zich thuis niet meer veilig voelt. Positief is dat de nieuwe wet de patiënt die verplicht wordt behandeld, de familie meer inspraak geeft. Zij mogen mee beslissen hoe de zorg en ondersteuning eruit gaan zien.

### **Casus**

*Sarah is een 23-jarige jonge vrouw en woont bij haar moeder, broertje en twee zusjes. Moeder is van Somalische komaf. Sarah heeft geen contact met haar vader. Sarah is in Nederland geboren en heeft van haar zesde tot haar achttiende in Groot-Brittannië gewoond. Ze heeft voor zover bekend geen sociale contacten. Sarah beheerst de Nederlandse taal niet goed.*

*De huisarts meldt haar aan bij het meldpunt voor openbare geestelijke gezondheidszorg van de gemeente omdat hij zich zorgen maakt over haar psychische gezondheid. Zo ziet ze er bijvoorbeeld sterk vermagerd uit, verblijft enkel op haar slaapkamer waar ze doorgaans alleen maar op bed ligt. Het contact tussen moeder en Sarah verloopt moeizaam.*

*De gemeente stuurt een medewerker van het meldpunt om verkennend onderzoek te doen. Het lukt de medewerker niet om in contact te komen met Sarah omdat ze op haar bed ligt met een deken over haar heen getrokken. Moeder uit opnieuw haar zorgen. Volgens moeder is ze achterdochtig ten opzichte van eten en drinken. Zo wil ze bijvoorbeeld alleen maar verpakt eten en drinken hebben wat nog ongeopend is. Moeder denkt dat Sarah last heeft van stemmen. Tijdens een opname in Groot-Brittannië zou de diagnose schizofrenie gesteld zijn. Na het verkennend onderzoek van de medewerker meldt deze 'de noodzaak verzoek voor verplichte zorg' vanwege psychotisch gedrag en daaruit voortkomend ernstig nadeel: sociale en maatschappelijke teloorgang en zelfverwaarlozing.*

### **Werken met de nieuwe wet**

**Verkennend onderzoek:** Iedereen kan een melding doen bij de gemeente als er zorgen zijn om een inwoner en waarbij er gedacht wordt aan psychische problemen, waarbij iemand zelf geen hulp vraagt. De gemeente moet door middel van een verkennend onderzoek kijken of (verplichte) zorg noodzakelijk is. Het is van belang dat degene die de melding in behandeling neemt een professional is met een ggz-opleiding of ggz-expertise. Dit kan bijvoorbeeld een SPV zijn. De SPV is in staat om een inschatting te maken van wat een normale reactie van mensen is in bijzondere omstandigheden waarbij er sprake kan zijn van stress die psychische klachten kunnen veroorzaken, oplopend naar een psychiatrische stoornis met mogelijk een langdurig chronisch verloop. Tevens kan de SPV beoordelen of er sprake is van ernstig nadeel, voortvloeiend uit ernstige psychische klachten en/of stoornis en dat daarvoor verplichte zorg noodzakelijk is. Als er geen sprake is van ernstig nadeel en/of een psychische stoornis, is een verkennend onderzoek met betrekking tot de Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg niet aan de orde. De gemeente heeft in totaal 14 dagen de tijd om een verkennend onderzoek in te stellen en af te ronden. Als het college van burgemeesters en wethouders, op grond van de uitkomst van het verkennend onderzoek vindt dat verplichte zorg noodzakelijk is, dient het bij de officier van justitie een aanvraag voorbereiding verzoekschrift zorgmachtiging in.

### **Vervolg van de casus**

*De gemeente besluit op basis van het verkennend onderzoek dat er een zorgmachtiging voor Sarah moet komen. Zij zullen de officier van justitie vragen om een verzoekschrift voor zorgmachtiging voor te bereiden. De officier neemt deze vraag in behandeling.*

**Zorgmachtiging:** De zorgmachtiging is de vervanger van rechterlijke machtiging zoals we die kennen.

De officier van justitie bepaalt of er een zorgmachtiging nodig is. Het is positief te noemen dat tijdens de procedure met de betrokkene een plan van aanpak opgesteld kan worden, waarin de voorkeuren en wensen van de betrokkene beschreven kunnen worden.

Een zorgmachtiging kan ingediend of aangevraagd worden door:

- De officier van justitie zelf die ambtshalve een traject start
- Het college van B&W (al dan niet na een verkennend onderzoek)
- Een geneesheer-directeur
- Een professionele zorgverlener
- Een zorgaanbieder als bedoeld in de Wet forensische zorg (Wfz)
- Een ambtenaar van de politie,

### **Vervolg van de casus**

*De officier van justitie wijst een geneesheer-directeur uit de regio aan. De geneesheer-directeur moet bij Sarah langs gaan om te kijken of ze bereid is om een eigen plan van aanpak te willen maken eventueel samen met haar moeder. Sarah wil niets en is niet bereid om dit plan op te stellen. Vervolgens wijst de geneesheer-directeur een zorgverantwoordelijke aan die een zorgplan moet opstellen met Sarah.*

In de zorgmachtiging wordt in principe uitgegaan van wat je samen overeenkomt. Met Sarah is het opstellen van een gezamenlijk zorgplan nu niet mogelijk: zorgmijding is het kenmerk van deze patiënt. De zorgaanbieder is daarom verplicht om familie en - voor de continuïteit voor zorg - essentiële naasten in de gelegenheid te stellen om hun zienswijze kenbaar te maken. In het geval van Sarah moet moeder betrokken worden.

**Zorgverantwoordelijke:** De geneesheer-directeur wijst gedurende de voorbereiding van de zorgmachtiging een zorgverantwoordelijke aan. De zorgverantwoordelijke is de hoofdbehandelaar van de betrokkene en is degene die zorg draagt voor de multidisciplinaire inbreng bij de voorbereiding van de zorgmachtiging. De zorgverantwoordelijke moet een (voorlopige) diagnose vaststellen en moet zorgdragen voor het opstellen, uitvoeren en evalueren van het zorgplan. Tevens stelt de zorgverantwoordelijke samen met betrokkene en eventueel diens vertegenwoordiger een zelfbindingsverklaring op en een plan van aanpak. In deze fase is de SPV naast een hoofdbehandelaar vaak één van de betrokken hulpverleners in het geven van voorlichting en advies. De SPV probeert zoveel mogelijk op het contact te zitten. Wat heeft de betrokkene nodig en hoe kan deze zoveel mogelijk gestimuleerd worden om mee te werken wat moet leiden tot een verbetering van diens leven. De zorgverantwoordelijke betreft zoveel mogelijk de familie en naasten van de patiënt. Tevens stemt hij zo nodig af met derden (gemeente, huisarts, deskundigen etc.). Hier kan de SPV van meerwaarde zijn omdat de kwaliteit ligt in het normaliseren, mogelijkheden creëren voor het systeem en zoveel mogelijk anticiperen op de sociale context. De zorgverantwoordelijke legt verantwoording af richting de geneesheer-directeur.

**Plan van aanpak en zorgplan:** De patiënt heeft de mogelijkheid om samen met familie en/of naasten een plan van aanpak te schrijven om verplichte zorg te voorkomen. Hij moet binnen drie dagen, na ontvangst van de informatie van de geneesheer-directeur, aangeven dat hij dit wil gaan schrijven. De geneesheer-directeur overlegt hierover met de officier van justitie en moet binnen twee dagen laten weten of dit mag. De redenen waarom dit niet zou mogen zijn:

- Het 'ernstig nadeel' is te groot;
- De betrokkene heeft eerder al een plan van aanpak geschreven en dat is niet gelukt;
- De betrokkene heeft eerder al een plan van aanpak geschreven, maar verplichte zorg is hiermee niet voorkomen. Daarnaast zijn de omstandigheden niet voldoende veranderd om aan te nemen dat verplichte zorg deze keer wel voorkomen kan worden door een plan van aanpak te schrijven.

Als er wel een eigen plan van aanpak mag worden geschreven, wordt de procedure voor de aanvraag van een zorgmachtiging met twee weken 'geschorst'. De procedure kan worden hervat als de geneesheer-directeur vindt dat er te weinig voortgang wordt gemaakt met het schrijven van het plan van aanpak of als het ernstig nadeel toch te groot blijkt. Dit moet hij wel in overleg doen met de betrokkenen en diens vertegenwoordiger.

In het zorgplan staat welke zorg een patiënt krijgt. Het zorgplan laat een overzichtelijk beeld zien van de behoeften, wensen en verwachtingen van de patiënt en naasten. Het zorgplan omvat onder meer:

- De diagnose;
- Hoe er met voorkeuren van patiënt rekening wordt gehouden;
- Het beeld zoals familie de patiënt kent en de contactgegevens van familieleden en naasten die belangrijk zijn;
- De wijze waarop de zorgaanbieder en geneesheer directeur de verplichte zorg bewaken en toezicht hebben op de uitvoering in de ambulante setting;
- Maximale duur van afzonderlijke vormen van verplichte zorg.

De behandelaar stelt het zorgplan op in overleg met de patiënt en/of de vertegenwoordiger. Naasten of een patiënten vertrouwenspersoon kunnen helpen bij het opstellen van het zorgplan als de betrokkene dat wil. De patiënten vertrouwenspersoon kan de betrokkene bijstaan als deze een vraag of klacht heeft ten aanzien van de verplichte zorg. De betrokkene kan de patiënt en vertrouwenspersoon inschakelen als er een aanvraag voor zorgmachtiging wordt gedaan.

### **Vervolg van de casus**

*Sarah is niet bereid om een zorgplan op te stellen. De geneesheer-directeur wijst een onafhankelijke psychiater aan, die een medische verklaring moet opstellen. De psychiater bezoekt Sarah en heeft de informatie van de opname in Groot-Brittannië opgevraagd. De psychiater stelt vast dat er sprake is van een psychotische decompensatie vanuit schizofrenie. Tevens is er sprake van ondervoeding. De psychiater acht medicatie, lichamelijk onderzoek en gedwongen toediening van vocht en voeding noodzakelijk.*

**Een medische verklaring:** In een medische verklaring vermeldt de onafhankelijke psychiater symptomen en een (voorlopige) diagnose van de psychische stoornis van de betrokkene. Belangrijk daarbij is de relatie tussen de psychische stoornis en het gedrag dat tot ernstig nadeel leidt. Daarnaast beschrijft hij de zorg die noodzakelijk is om het ernstig nadeel weg te nemen. Tevens worden hierin, indien aanwezig, justitiële gegevens en eventuele zelfbindingsverklaring meegenomen. De geneesheer-directeur voegt uiteindelijk de medische verklaring en het zorgplan samen.

### **Vervolg van de casus**

*De geneesheer-directeur verzamelt alle gegevens. Bij Sarah is dit enkel de medische verklaring omdat ze niet mee wilde werken aan een plan van aanpak dan wel een zorgplan. De geneesheer-directeur meldt aan de officier van justitie dat er is voldaan aan de vereisten door het aanleveren van gegevens en uitgangspunten en doet daarbij een korte toelichting. De officier van justitie beslist dat hij het verzoek aan de rechter gaat doen. De rechter bezoekt Sarah en beoordeelt of er is voldaan aan criteria en doelen vanuit de Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg. De rechter beslist dat Sarah medicatie moet krijgen, dat ze lichamelijk onderzoek toe laat en dat ze onder toezicht eet en drinkt. De rechter bepaalt dat dit ambulante moet plaatsvinden.*

**Verplichte zorg:** Verplichte zorg, ook wel dwangbehandeling genoemd, kan volgens de Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg bestaan uit verschillende maatregelen zoals beperken van bewegingsvrijheid, opname, ontnemen van vrijheid bij voorbereiding op crisismaatregel, beperken in de vrijheid om het eigen leven in te richten en het uitoefenen van toezicht. De vormen van verplichte zorg zijn; insluiten, onderzoek aan lichaam of kleding, onderzoek en/of controleren van de aanwezigheid van gedrag-beïnvloedende middelen en gevaarlijke voorwerpen, het beperken van te ontvangen bezoek en toedienen van vocht, voeding of medicatie.

### **Verplichte zorg ten aanzien van de casus**

In de casus met Sarah komt de rechter tot het besluit om verplichte zorg op te leggen in de zin van het toedienen van medicatie, vocht, voeding en toestaan van lichamelijk onderzoek. Wij stellen ons zo voor dat Sarah dit niet zomaar toe staat of dat ze mogelijk erg angstig wordt en het gevoel van veiligheid kwijtraakt. Het toedienen van dwangmedicatie dient door twee hulpverleners te gebeuren, ook vanuit de veiligheid van de hulpverleners gezien. Met betrekking tot het onder dwang innemen van voedsel: als Sarah blijft weigeren te eten, moet er dan overgegaan worden tot het geven van sondevoeding? Kan dit dan wel in de thuissituatie? En wie zou dat dan moeten doen? Hoe lang ga je als team proberen om verplichte zorg te geven voordat er besloten wordt om opnieuw een zorgmachtiging aan te vragen waarin opname als verplichte zorg wordt opgenomen. Kortom er zijn nog veel vragen over hoe de verplichte zorg concreet in de thuissituatie moet worden gegeven.

### **Wat hebben hulpverleners nodig om verplichte ambulante zorg te kunnen bieden?**

**Ambulante teams:** Ambulante gedwongen hulp vraagt om specifieke deskundigheid, kennis en vaardigheden van multidisciplinaire teams. Eisen op het gebied van risicotaxatie, juridische kaders, morele aspecten en communicatie als ook van systemisch werken zijn van belang. De laatste jaren is het ambulante werk steeds verder uitgebreid en zijn er door het hele land FACT-, crisis- en IHT-teams ontstaan. Goede uitvoer van ambulante dwang vergt tevens een adequate bezetting om zorg te kunnen intensiveren en daarmee verdere crisis te voorkomen. Dat betekent dat teams vierentwintig uur per dag bereikbaar moeten zijn en dat er buiten de kantooruren niet alleen maar teruggevallen kan worden op de crisisdienst. Met name voor de betrokkene die dwangbehandeling thuis ontvangt is het goed dat er één team verantwoordelijk is. Wij zien de waarborging van de veiligheid van hulpverleners als belangrijke voorwaarde voor een verantwoorde uitvoering van ambulante dwang. Het wordt noodzakelijk geacht de risico's in te schatten voorafgaand aan het huisbezoek en hier het beleid op aan te passen.

Het delen van informatie over de verplichte zorg van een betrokkene roept vragen op. In hoeverre wil en kan je bijvoorbeeld een wijkteam of wijkagent op de hoogte brengen? Het goed vormgeven van overleg in verband met het waarborgen van de veiligheid bij het toepassen van verplichte zorg vereist verdere uitwerking.

**Ketenpartners:** Goede afspraken en samenwerking met de partners in de keten zoals huisartsen, politie, woningbouwverenigingen en wijkteams is belangrijk in de ambulante behandeling van de betrokkene. De verantwoordelijkheid en regie van deze werkrelaties en afspraken met deze ketenpartners ligt bij de ambulante teams.

Vooraf aan een zorgmachtiging kan er door de burgemeester een crisismaatregel afgegeven. Dit was de inbewaringstelling (IBS) onder de Bopz. De crisismaatregel is breder dan de IBS, omdat alle vormen van verplichte zorg via een crisismaatregel kunnen worden opgelegd, niet alleen opname. Een crisismaatregel duurt maximaal drie dagen en kan nog eens met drie dagen worden verlengd.

Als een betrokkene door intensivering van zorg van ambulante zorg overgaat naar klinische zorg in verband met crisissituaties, is goede samenwerking met de crisisdiensten belangrijk en snelle overname voor opname van belang.

Informatie-uitwisseling met ketenpartners dient zorgvuldig te gebeuren, rekening houdend met het beroepsgeheim. Dat houdt in dat de patiënt om toestemming voor het delen van informatie wordt gevraagd. Indien de betrokkene andere zorgverleners of naasten niet wil betrekken heeft de hulpverlener de plicht deze vraag regelmatig op passende momenten te herhalen en waar mogelijk de patiënt te overreden.

**Veiligheid:** Waar het voorstel momenteel (nog) niet voldoende in voorziet is aandacht voor de veiligheid van zowel de patiënt, de hulpverlener als de rechter in een thuissituatie van een patiënt (GGZ Nederland, 2019). Er moet goed nagedacht worden over hoe om te gaan met risicovolle situaties. In de ogen van GGZ Nederland moet er een wettelijke basis zijn in de regio om afspraken te maken over de aanwezigheid van de politie of een beveiliging, mocht er een onveilige situatie verwacht worden of ontstaan. Psychiater en geneesheer-directeur Hondius van GGZ Centraal zegt er het volgende over: "Het begint met het effect op de zorgaanbieders. Er zijn veiligheidsrisico's voor de medewerkers. Vanuit de forensische psychiatrie gaan er meer mensen naar de GGZ toe. Dat betekent dat je moet kunnen af- en opschalen op veiligheidsniveau's."

"Goede samenwerking met de politie is van belang bij situaties waarbij er (kans op) agressie is. De politie kan de eerste zijn die in contact komt met een patiënt. Wanneer sprake is van (kans op) agressie naar anderen of patiënt zelf, of verstoring van de openbare orde, kan de politie de nodige veiligheidsmaatregelen nemen. Hoewel de politie aangeeft haar rol in deze sterk te willen beperken, is deze rol prominent in de Wvvgz beschreven. Je wilt toch vaker de politie erbij hebben als je op huisbezoek moet voor ambulant verplichte zorg." (GGZ-Nederland, 2019, p7)

## **Naasten**

Het inzetten en benutten van het netwerk heeft een verplichtend karakter gekregen in de Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg. Familie en naasten worden meer betrokken bij de behandeling van de betrokkene. Zij kennen de betrokkene goed en kunnen waardevolle informatie geven. Daarnaast kunnen zij richting geven aan een relevant perspectief voor de betrokkene. De aanwezigheid van een naaste bij besprekingen kan rust en duidelijkheid geven. Overbelasting van naasten en angst voor de betrokkene en zijn/haar gedrag voortkomend uit de psychische stoornis kunnen een rol spelen bij crisis. Wat van belang is voor de SPV is betrokkenheid, vertrouwen en goede samenwerking bieden aan de naasten.

Soms is er sprake van een verstoorde relatie tussen patiënt en naasten. Dan is het van belang om te proberen de relatie te herstellen. De patiënt dient toestemming te geven voor contact en het delen van informatie met naasten. Daarvoor kan overreding of drang nodig zijn. Om hieraan tegemoet te komen kan psycho-educatie worden aangeboden, aangepast aan de behoeften van de naasten en de verschillende fases van het ziekte- en herstelproces van de patiënt.

De uitdaging die wij zien is de vraag of er genoeg tijd is om naasten voldoende te betrekken in het proces van dwang in de thuisbehandeling. Want is hier voldoende tijd voor? Of zouden we toch ook meer gebruik moeten maken van Eigen Kracht-conferentie ondersteuning? Een EK-c kan helpen om het netwerk (weer) meer betrokken te krijgen bij de hoofdpersoon.

### **De Eigen Kracht-conferentie**

De hulpverlening heeft tijdens een EK-c alleen een informerende en adviserende rol. Er wordt een plan opgesteld waar de patiënt en naasten zelf de verantwoordelijkheid voor nemen en waar zij samen naar gaan handelen. Het plan is van hen (Eigen Kracht Centrale, z.d.). Niet alleen legt het de verantwoordelijkheid voor de problemen en de moeilijkheden weer terug bij de hoofdpersoon zelf, maar ook bij de naasten. Een EK-c kan ook een goede verbindende factor zijn tussen de verschillende hulpverlenende instanties en de informele zorg. Men leert elkaar kennen, waardoor de communicatie kan verbeteren; informatie wordt uitgewisseld en het plan van de deelnemers van de EK-c wordt het uitgangspunt van de hulp (Wijnen-Lunenburg et al., 2008). Een EK-c is effectief en in te zetten in ingewikkelde situaties.

De SPV kan zich richten op empowerment en de draagkracht en draaglast van het netwerk: wat hebben zij nodig om de zorg te kunnen (blijven) geven en wat kan de SPV hierin betekenen? Dit betekent dat de SPV met betrekking tot het netwerk een meer signalerende, ondersteunende en coachende rol aan moeten nemen.

### **Conclusie**

In dit artikel hebben we geprobeerd om enig inzicht te geven in de nu nog hypothetische situatie rondom dwangtoepassingen in de thuissituatie. Los van de complexiteit van de psychiatrische symptomatologie hebben de patiënten die een gedwongen kader ondergaan ook nog andere problemen zoals verslavingsproblematiek, sociaal isolement, gebrek aan zingeving, schulden en woonproblemen. Het vraagt nogal wat van een hulpverlener om naast het bieden van verplichte zorg in de thuissituatie ook in al deze problemen te ondersteunen. Daarbij kom je als hulpverlener 'te gast' in de leefomgeving van de patiënt wat een veilige plek behoort te zijn. Wat betekent de verplichte zorg in de behandelrelatie als dit bij iemand thuis moet worden uitgevoerd? Kortom er komt veel op ons af en is nog onvoldoende uitgekristalliseerd. Concluderend kunnen we stellen dat afstemming met de patiënt en naasten als een essentieel onderdeel wordt gezien van de verplichte zorg in de thuissituatie. Het luisteren naar de wensen en voorkeuren van de patiënt is belangrijk, zeker ook met het oog op herstel. De vraag blijft of iemand die in crisis verkeert, in staat is om zelf een plan op te stellen. Het is van groot belang om te blijven volgen hoe de praktijk zich gaat ontwikkelen wanneer de Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg van kracht is. Wij pleiten voor goede bijscholing, zowel over zorginhoudelijke zaken als ethische aspecten over omgaan met dwang en drang.

De Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg biedt uitgangspunten om zorg op maat te bieden, zo kort mogelijk bij de betrokkene thuis. Echter vraagt het dusdanig veel aanpassingen van diverse partijen zoals, gemeenten, ggz-instellingen enzovoort, dat het aannemelijk is dat er vanaf 2020 eerst een overgangperiode moet komen zodat de zorg voor de patiënt voorop kan blijven staan.

---

## Bronnen

- Eerste kamer. (2017, 2 februari). Eerste Kamer der Staten-Generaal - Home [Kamerstukken]. Geraadpleegd op 29 maart 2019, van <https://www.eerstekamer.nl/home>
- GGZ Nederland. (2014, september). Factsheet Wet verplichte GGZ. Geraadpleegd op 29 maart 2019, van <https://www.ggz nederland.nl/>
- GGZ Nederland. (2019, februari). wet verplichte ggz. Emagazine, 2019(419). Geraadpleegd van [www.ggz nederland.nl](http://www.ggz nederland.nl)
- GGZ Standaarden. (2019, 21 februari). Geraadpleegd op 29 maart 2019, van <https://www.ggzstandaarden.nl/generieke-modules/dwang-en-drang/achtergronddocumenten>
- Grapperhaus, F. B. J. (2018, 16 februari). 'Wet verplichte ggz (wettekst) [Informatiepunt dwang in de zorg]. Geraadpleegd op 29 maart 2019, van <https://www.dwanginezorg.nl/>
- Handleiding. (z.d.). Geraadpleegd op 29 maart 2019, van <https://www.ypsilon.org>
- Vereniging van Nederlandse Gemeenten. (2019, maart). handreiking voor het verkennend onderzoek [handreiking]. Geraadpleegd op 29 maart 2019, van <https://vng.nl/>
- Schout, dr. G., & Jong, G. de. (2013). Eigen Kracht-conferenties in de Openbare Geestelijke Gezondheidszorg. Een onderzoek naar proces en uitkomsten (eindrapport). Groningen: Lectoraat OGGz Hanzehogeschool Groningen.
- Stichting Eigen Kracht Centrale. (z.d.). Wat is een Eigen Kracht-conferentie? Geraadpleegd op 6 april 2019, van <http://www.eigen-kracht.nl/nl/inhoud/wat-is-een-eigen-kracht-conferentie>
- Stichting pvp vertrouwenspersoon in de zorg (winter 2018) pvp-krant winter 2018-2019 Geraadpleegd op 6 april 2019, van <https://www.pvp.nl/>
- Wijnen-Lunenburg, P., Beek, F. van, Bijl, B., Gramberg, P., & Slot, W. (2008). De familie aan zet. De uitkomsten van Eigen Kracht-conferenties in de jeugdbescherming met betrekking tot veiligheid, sociale cohesie en regie. Duivendrecht / Voorhout: PI Research / WESP Jeugdzorg