



**Casusbeschrijvingen
Wet verplichte ggz
(Wvggz)**

Toegang tot verplichte zorg
Verlenen van verplichte ambulante zorg
Uitstroom uit verplichte zorg

Voorwoord

Met de Wet verplichte ggz (Wvvggz) verandert veel voor het verlenen van verplichte zorg en de verantwoordelijkheid die ggz-instellingen, gemeenten, het Openbaar Ministerie, de rechtbank en partners in het zorg- en veiligheidsdomein daarin hebben.

De nieuwe wet stelt op zichzelf geen andere eisen aan de regionale samenwerking dan een driemaandelijks overleg. Echter ... omdat partijen elkaar na 1 januari 2020 meer nodig hebben om samenhangende zorg en ondersteuning te organiseren, ligt het voor de hand om in de implementatie actief samenhang te organiseren. Het verlenen van verplichte zorg wordt namelijk niet eenvoudiger, alleen gevarieerder en meer in verbinding met de samenleving.

Voor GGz Centraal is dat aanleiding om de impact van de Wvvggz tastbaar te maken aan de hand van casuïstiek. Drie casussen zijn methodisch uitgewerkt en geanalyseerd samen met gemeenten, het Openbaar Ministerie, de rechtbank, politie en meerdere betrokkenen van GGz Centraal. Wij hebben gekeken naar de impact en implicaties van de wet en op onderdelen wat wij in gezamenlijkheid moeten organiseren.

Hieronder beschrijven wij drie casussen die geschreven zijn vanuit de nieuwe Wet verplichte ggz. De casussen gaan over:

- de toegang tot verplichte zorg
- het verlenen van verplichte ambulante zorg
- de uitstroom uit verplichte zorg

De casuïstiek betreft fictieve situaties, samengesteld door psychiaters op basis van elementen uit hun werkpraktijk. De casuïstiek is dus realistisch, maar betreft geen bestaande casuïstiek.

1. Toegang tot verplichte zorg

Het gaat in dit hoofdstuk om een casus waar *in maart 2020* vanuit de samenleving melding wordt gedaan bij de gemeente van de noodzaak tot geestelijke gezondheidszorg. Het betreft iemand met meerdere sociale problemen, alcoholafhankelijkheid en een lichte verstandelijke beperking.

De heer B. (39 jaar) woont alleen in een flat. Hij heeft slechte zelfzorg (hij stinkt), drinkt dagelijks alcohol en is in de buurt meerdere keren bekeurd vanwege wildplassen. Door problemen met zijn uitkering heeft hij een huurachterstand en dreigt huisuitzetting. In het verleden heeft hij contact gehad met verslavingszorg en is hij eenmalig opgenomen binnen een ggz-instelling vanwege 'ontremd gedrag'. De heer B. heeft weinig contact met familie en vrienden, alleen zijn broer komt geregeld langs omdat hij zich zorgen maakt; hij maakt dan schoon en helpt bij de administratie.

Vanwege schulden en dreigende huisuitzetting zijn meerdere hulpverleners bij de heer B. betrokken. Schoorvoetend laat de heer B. hulpverlening op deze specifieke terreinen toe, maar advies over zijn persoonlijke gezondheid en drankgebruik wuift hij weg. Op basis van meerdere signalen verstuurt het FACT-team enkele uitnodigingen voor een gesprek, waar de heer B. niet op reageert. Ook het wijkteam komt ondanks goede bedoelingen niet tot het leggen van contact.

De flat van de heer B. ligt tegenover een lagere school en vorige week (maart 2020) heeft hij (dronken) staan schreeuwen tegen leerlingen. Op een Whatsapp-groep van ouders zijn signalen hierover gedeeld en naar mate de verhalen sterker worden, maken enkele ouders zich druk over agressie en pedofilie. Een van de ouders benadert de wijkagent, die het signaal met de heer B. bespreekt. De heer B. reageert woest en uit felle, dreigende taal richting wijkagent en buurtbewoners.

Omdat de wijkagent niet kan voorkomen dat de heer B. bij school in de buurt komt, maken drie ouders melding bij de gemeente over noodzaak tot ggz-zorg. Namens de gemeente moet er binnen 14 dagen een *verkennend* onderzoek naar de noodzaak voor geestelijke gezondheidszorg, die mogelijk zou moeten worden verleend met verplichte zorg.

Meldfunctie

Iedereen kan melding maken bij de gemeente over de noodzaak tot geestelijke gezondheidszorg voor iemand die overwegend in de gemeente verblijft. De gemeente is vervolgens verplicht om op basis van deze melding een verkennend onderzoek uit te voeren en in geval van familie, naasten en/of een vertegenwoordiger in een terugkoppeling te voorzien.

Belangrijk: een melding in het kader van de Wvggz gaat niet over acute problematiek. De gemeente kan op basis van het verkennend onderzoek de officier van justitie verzoeken om een verzoek tot zorgmachtiging voor te bereiden. Het gaat hier dus niet om een crisismaatregel! De mogelijkheid tot melden hoeft dus niet 24/7 bereikbaar te zijn. De deadline na een melding is 14 dagen; daarin zit dus wel beperkte tijd!

Van gemeenten vraagt het inrichten van een meldfunctie een fundamentele afweging hoe je de meldingsfunctie wilt positioneren en hoe je inwoners wilt benaderen: proactief, passief of als onderdeel van bijvoorbeeld het meldpunt personen met verward gedrag?

Als gemeente bedien je meerdere doelgroepen met verschillende belangen: van familie en naasten die oprecht noodzaak tot ggz melden tot anonieme meldingen naar aanleiding van bijvoorbeeld burenruzie, overlast of sociale onrust.

De positionering en afhandeling van melding raakt aan verwachtingsmanagement: bij melding wordt de indruk gewekt dat je als naaste of buurtbewoner (verplichte) zorg in gang kunt zetten. Dat roept de vraag op hoe je als gemeente de terugkoppeling wilt organiseren: middels een brief, middels een gesprek wanneer familie en naasten zich zorgen maken of via welzijn en wijkagent bij burenruzie of sociale onrust.

Keuzes in het doorzetten van meldingen vraagt om een afwegingskader: accepteer je als gemeente een mogelijkheid dat een melding onterecht niet wordt opgepakt met als risico dat je na een incident uitleg verschuldigd bent? Of zet je veel meldingen door aan het OM met het risico op een verstopte keten en knelpunten in het toeleiden tot verplichte zorg?

Verkennend onderzoek

Gemeenten zijn verplicht om op basis van een melding binnen 14 dagen een verkennend onderzoek uit te voeren. De wet stelt buiten de termijn geen eisen aan vorm en inhoud. Gemeenten maken hierin een eigen afweging. Het advies is om hier wel ggz-expertise bij te betrekken.

Gemeenten moeten een afweging maken hoe diepgaand ze het verkennend onderzoek willen uitvoeren én hoe breed (over hoeveel leefdomen) en in hoeverre ze lokale kennis en expertise van bijvoorbeeld het wijkteam of de wijkagent willen betrekken.

De Wet verplichte ggz verwijst hierbij naar de taak die gemeenten hebben op basis van de Wet maatschappelijke ondersteuning 2015 (Wmo), namelijk het zorg dragen voor maatschappelijke ondersteuning, waaronder het zoveel mogelijk in de eigen leefomgeving ondersteunen van de zelfredzaamheid en de participatie van personen met chronische psychische of psychosociale problemen.

Ook het opzetten en beoordelen van het verkennend onderzoek vraagt om een afwegingskader. Welke expertise zet je als gemeente wanneer in? Wanneer worden meldingen wel of niet doorgezet? En wat doe je met het verkennend onderzoek waarbij een inwoner wel problemen heeft of geeft, maar niet in aanmerking komt voor de Wvggz?

Belangrijk: wanneer een melding wordt gedaan door familie en/of naasten, dan ontvangen zij terugkoppeling over het verkennend onderzoek én het wel of niet doorzetten van de melding aan de officier van justitie, die als enige een aanvraag voor een zorgmachtiging mag voorbereiden en indienen bij de rechter. Familie en naasten kunnen het doorzetten van de melding aan de officier van justitie afdwingen.

Belangrijk: voor een goed functionerende keten is het van belang om minimaal op vorm te uniformeren en afspraken te maken met gemeenten, het OM en de ggz, om het proces te bevorderen en onnodige administratieve lasten te voorkomen. Stel je altijd de vraag: wat hebben partners nodig om na het doorzetten van de melding een goede en tijdige beoordeling te maken?

Terug naar de casus

De gemeente constateert dat bij de heer B. sprake is van een verwaarloosde man die dreigt zijn huis te verliezen. Het verkennend onderzoek is belegd bij een medewerker van het wijkteam. Deze krijgt slecht contact met de heer B. en toetst haar zorgen bij de wijkagent.

De gemeente neemt daarop het zekere voor het onzekere en dient een aanvraag voor de voorbereiding van een verzoekschrift voor een zorgmachtiging in bij de officier van justitie en geeft géén terugkoppeling aan de ouders van de schoolkinderen die gemeld hebben (dat mag alleen in geval van familie en naasten van degene over wie de melding gaat).

De officier van justitie wijst een geneesheer-directeur aan en verstrekt de benodigde gegevens. De geneesheer-directeur informeert de betrokkene, zijn advocaat en de gemeente over de voorbereiding van een zorgmachtiging en informeert de betrokkene over mogelijkheden tot advies en bijstand door een patiëntvertrouwenspersoon en/of familielid of naaste.

De geneesheer-directeur verzorgt onder andere dat er een medische verklaring en een zorgplan worden opgesteld. Daarbij wordt geconstateerd dat de heer B. geen psychische stoornis heeft. Wel is sprake van alcoholafhankelijkheid, een licht verstandelijke beperking en een antisociale persoonlijkheidsstoornis.

Doordat de stoornis niet psychisch is en doordat er volgens de geneesheer-directeur ook geen sprake is van ernstig nadeel, ontbreekt de noodzaak tot verplichte zorg. Er wordt een hulpaanbod gedaan, maar dat wijst de heer B. af. De officier van justitie besluit op basis van deze informatie om **geen** zorgmachtiging aan te vragen bij de rechter.

Implicatie: een melding leidt niet vanzelfsprekend tot verplichte zorg. Naar verwachting geldt dat voor een aanzienlijk deel van de meldingen: de grondslag voor verplichte zorg wordt met de Wvvgz namelijk niet verruimd ten opzichte van de BOPZ.

Daarmee blijven gemeenten verantwoordelijk voor een groep kwetsbare inwoners die complexe problemen heeft of geeft. Het roept de vraag op welke terugkoppeling wordt georganiseerd bij het afwijzen van verplichte zorg vanuit ggz en het Openbaar Ministerie, welke expertise er lokaal aanwezig is en of er voldoende afspraken worden gemaakt over het delen van informatie tussen ketenpartners.

Implicatie: Hoe bekend is de licht verstandelijke beperking van de heer B.? Indien hij voor zijn 18e jaar een IQ-onderzoek heeft gehad en de ontwikkelingsanamnese ondersteunend is, kan het CIZ worden ingeschakeld en kan een beoordeling in het kader van de Wet zorg en dwang plaatsvinden en eventueel onvrijwillige zorg worden geboden volgens een Wzd stappenplan. In dat geval neemt het CIZ dan rol van de officier van justitie over.

Terug naar de casus

De gemeente is niet blij met dit besluit. Om achteraf te kunnen zeggen dat ze er alles aan hebben gedaan, dient de gemeente bij de officier van justitie een schriftelijke en gemotiveerde aanvraag in om *alsnog* een verzoekschrift voor een zorgmachtiging bij de rechter in te dienen. Dit leidt tot onvrede bij het Openbaar Ministerie: de gemeente past deze mogelijkheid structureel toe en verhoogt daarmee onnodig de werklast van het Openbaar Ministerie. In het eerstvolgende Wvvgz-overleg wordt dit geagendeerd.

Ook de wijkagent is er niet gerust op en dringt bij de gemeente aan op een oplossing voor de overlast. Het wijkteam stemt af met de ggz: in de aanloop naar de Wvvgz zijn er specifieke werkafspraken gemaakt over advisering en terugkoppeling vanuit de ggz naar gemeente. De zorgaanbieder kan vanwege de weigering van B. om zich vrijwillig te laten behandelen niets doen en stelt voor om door te verwijzen naar de OGGZ (Openbare ggz), adviseert het toeleiden naar verslavingszorg en specifieke ondersteuning bij schulden (aansluitend bij zijn lvb).

De ouders van de lagere school zien de heer B. nog steeds door de wijk fietsen tijdens schooltijden. Vier weken na melding leidt dat tot onrust en onvrede: "*waarom doen ze niks aan die 'viezerik'?*". Vanuit de ouders wordt opnieuw melding gedaan; ditmaal door 6 ouders. Wanneer ouders daar niks van horen belt een van de ouders een lokale journalist dat de gemeente zomaar iemand laat lopen en zijn meldingsprocedure niet op orde heeft. De journalist gaat verhaal halen bij de gemeente...

Crisismaatregel

Na enkele weken wordt de heer B. uit huis gezet. Dit gaat gepaard met veel emotie, agressie en geweld. Uiteindelijk komt de heer B. in de nachtopvang, waar zijn alcoholgebruik toeneemt. In de loop van enkele weken ontwikkelt hij een psychose. Wanneer de heer B. 's ochtends naar zijn oude huis fietst – tegenover de lagere school – en schreeuwend de ruiten van zijn oude woning ingooit, belt een leerkracht de politie.

De politie belt de crisisdienst, waarna de heer B. wordt opgehaald met passend vervoer. Bij de crisisdienst wordt de voorbereiding voor een crisismaatregel in gang gezet. Onderdeel van de voorbereiding van een crisismaatregel is een beoordeling door een onafhankelijk psychiater en - **nieuw** - het horen van betrokkene door of namens de burgemeester. In dit geval is er een speciale vertegenwoordiger van de gemeente die naar de crisisdienst komt om de heer B. te horen. Een medewerker van de crisisdienst ondersteunt hierbij. Door de burgemeester wordt - op basis van een weging van de beoordeling van de psychiater én het horen - een crisismaatregel getroffen van maximaal drie dagen. Doordat er psychoses zijn ontwikkeld is er nu *wél* aanleiding om verplichte zorg vanuit de Wvggz in te zetten.

Gezien de situatie wordt besloten om de heer B. drie dagen verplicht op te nemen in een accommodatie (GGz-instelling) om hem te stabiliseren en zijn medicatie af te stellen. De vraag is welk vervolg op korte termijn (aanvragen zorgmachtiging) en middellange termijn (ook na een zorgmachtiging moet iemand weer uitstromen) passend is.

Hoorplicht

De burgemeester moet iemand voorafgaand aan een crisismaatregel zo mogelijk (laten) horen. Dat heeft twee consequenties: het horen moet plaatsvinden en in het proces moet een expliciete afweging worden gemaakt tussen oordeel psychiater en het horen zelf. Jurisprudentie zal een en ander moeten uitwijzen. Het betreft een nieuwe, formele klachtengrond: bagatelliseren kan leiden tot een schadevergoeding voor het college.

De vraag is of de ggz (crisisdienst) de hoorplicht kan uitvoeren. Maar hoe dan? Is dat onafhankelijk? Maakt ggz namens de gemeente de afweging of horen wel of niet kan? En wie betaalt de inzet en/of medewerking aan het horen?

In het verlengde daarvan is de vraag: gaat iedere gemeente het horen apart organiseren? En wat betekent dat voor crisisdiensten en de kosten voor gemeenten? (Bij de één komt een ambtenaar en vraagt begeleiding, de volgende wil beeldbellen en bij de derde moet de psychiater een gemeentejas aantrekken wat hem/haar in de positie brengt dat sprake is van belangenverstremming).

2. Verlenen van verplichte ambulante zorg

Het gaat in dit hoofdstuk om een casus waarin in juni 2020 een zorgmachtiging is verleend. De zorgmachtiging is afgegeven voor een patiënt met meerdere, gelijktijdige psychische problemen. Het gaat om iemand met een klein netwerk, diverse psychosociale problemen, financiële schulden en dreigend verlies van huisvesting vanwege overlast en verwaarlozing.

Dit is patiënt mevrouw C. (54 jaar) en deze mevrouw heeft een ernstig recidiverende psychische stoornis. In het verleden heeft dat geleid tot een uithuiszetting en meerdere opnames op grond van de Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (BOPZ). Op dit moment loopt er geen Rechterlijke Machtiging meer. Kenmerk van de ziekte is dat zij zelf vindt dat er niks aan de hand is. Zij wil met rust gelaten worden en is een zorg- en hulpmijdende vrouw.

Naast een psychische stoornis is er sprake van middelenmisbruik waardoor zijn stoornis erger wordt. Door meerdere opnames en onaangenaam gedrag is haar sociaal netwerk in de loop der jaren verdwenen. Er is nog één kennis met wie zij af en toe contact heeft (een medegebruiker) en één nicht aan de andere kant van het land met wie zij slechts sporadisch contact heeft.

Mevrouw wil met rust gelaten worden, maar wordt door het gebruik van middelen regelmatig psychotisch. Dat leidt tot geluidsoverlast, achterdocht op straat en rottig gedrag richting burens. Die zien een verwaarloosde vrouw, ervaren geluidsoverlast en opgestapeld afval in de tuin.

De burens van mevrouw C. bespreken de overlast regelmatig met elkaar. Dan draagt een van de burens aan dat zij melding kunnen doen in het kader van de Wvvgz: *“deze vrouw heeft gewoon zorg nodig; die moeten ze opsluiten”*. Ze doen melding bij de gemeente.

De gemeente neemt de melding in ontvangst via een regionaal meldpunt (aangesloten bij het meldpunt personen met verward gedrag) en laat een sociaalpsychiatrisch verpleegkundige (SPV) het verkennend onderzoek uitvoeren. Binnen de gemeente is afgesproken dat de SPV daarbij ook contact opneemt met het wijkteam en de wijkagent. Mevrouw zelf wil niet aan het verkennend onderzoek meewerken en wil de SPV ook niet te woord staan.

Op basis van de verzamelde informatie en het beeld van betrokken hulpverleners (*het is bekend dat mevrouw C. eerder is opgenomen, maar niet bekend waarvoor precies*) wordt de melding doorgezet naar het Openbaar Ministerie.

De officier van justitie wijst een geneesheer-directeur aan en verstrekt de benodigde gegevens. De geneesheer-directeur informeert de betrokkene, zijn advocaat en de gemeente over de voorbereiding van een zorgmachtiging en informeert de betrokkene over mogelijkheden tot advies en bijstand door een patiëntvertrouwenspersoon en/of familielid of naaste. De geneesheer-directeur verzorgt daarnaast een medische verklaring en een zorgplan.

Zorgplan

In het zorgplan staat wat de betrokkene en de zorgverantwoordelijke met elkaar afspreken over de (verplichte) zorg. Het omvat onder meer:

- de zorg die noodzakelijk is om het ernstig nadeel weg te nemen
- de wijze waarop rekening wordt gehouden met de voorkeuren van de betrokkene zelf

- de zienswijze van de vertegenwoordiger en de voor continuïteit van zorg relevante familie en naasten
- en de essentiële voorwaarden voor deelname van de betrokkene aan het maatschappelijk leven

Dat betekent dat de cliënt zelf en zijn familie/naasten in de voorbereiding van een zorgmachtiging ruimte krijgen om mee te denken over de verplichte zorg. Mensen denken alleen niet per se in termen van ggz-aanbod; zorgen en wensen kunnen ook gaan over andere vormen van begeleiding en ondersteuning. Hoe gaan betrokken organisaties daarmee om? Welke verbinding wordt er bijvoorbeeld georganiseerd tussen patiënten- en familievertrouwenspersonen en onafhankelijke cliëntondersteuning?

Terug naar de casus

In de zorgmachtiging wordt in principe uitgegaan van wat je *samen* overeenkomt. Met mevrouw C. is het opstellen van een gezamenlijk zorgplan niet mogelijk: zorgmijding is het kenmerk van deze patiënt. De zorgaanbieder is verplicht om familie en - voor de continuïteit voor zorg - essentiële naasten in de gelegenheid te stellen om hun zienswijze kenbaar te maken. De geneesheer-directeur belt dus met de nicht van deze mevrouw. Zij zegt: *“ze raakt gestrest van haar schulden, maar dat weet ik verder ook niet. Als ik in de buurt ben dan breng ik een bloemetje, maar dat is het.”*

Uit eerdere behandelingen is gebleken dat wanneer mevrouw C. een depot krijgt met antipsychoticum, zij redelijk functioneert. Maar vanwege bijwerkingen wil ze daar niet vrijwillig aan meewerken.

Met medicatie verbetert dus naar verwachting het functioneren, maar blijft zij een zorgmijdende vrouw zonder ziektebesef. De psychiater verwacht echter dat de overlast en het agiteren voortkomend uit de psychose met medicatie voldoende afnemen om verplichte zorg op te leggen. In het verleden is ook gebleken dat zij met medicatie beter open stond voor hulpverlening op het gebied van bijvoorbeeld schulden (er was sprake van bewindvoering). Dat weegt zwaar mee in het voorkomen van ernstig nadeel.

De officier van justitie ontvangt het oordeel van de geneesheer-directeur met daarin het advies tot een zorgmachtiging met ambulante zorg, waarvan verplichte medicatie onderdeel is. De officier van justitie heeft geen reden om daarvan af te wijken en neemt de inschatting over dat C. met depotmedicatie voldoende stabiliseert om hulpverlening te accepteren en haar huis niet kwijt te raken.

De officier van Justitie dient een verzoek in bij de rechter. Dit leidt tot een zorgmachtiging met ambulante zorg, waarvan verplichte medicatie onderdeel is.

Verplichte ambulante zorg

Mevrouw C. staat onder behandeling van de ggz, maar woont in haar wijk. Dat betekent dat eerstelijns- en dienstverlening (het wijkteam, schuldhulpverlening, woningbouwvereniging) met mevrouw C. te maken (blijven) krijgen. En dus moeten gemeenten en betrokken organisaties ervoor zorgen dat hulpverleners zijn toegerust op complexere en zwaardere casuïstiek. Bijvoorbeeld door verplichte zorg te verbinden aan de aanpak van personen met verward gedrag, het Veiligheidshuis of een lokale aanpak (persoonsgerichte aanpak).

Dat betekent ook dat - wanneer iemand vanuit verplichte ambulante ggz zijn depot-medicatie ontvangt - de gemeente aandacht moet hebben voor naasten en burens. Bijvoorbeeld door welzijn of wijkagent de opdracht te geven de komende weken langs te gaan om uit te leggen hoe het verlenen van verplichte zorg werkt en om te kijken hoe het gaat (ook mét en tussen burens).

Terug naar de casus

Het gevolg van dit besluit is dat burens melding hebben gedaan en verplichte zorg verwachten: “ze gaan haar opnemen!” De burens worden dan ook boos als blijkt dat mevrouw C. in haar huis blijft wonen. En dus melden ze – gecoördineerd via een burens-app – dagelijks bij de gemeente. Op het meldpunt weten ze niet goed wat ze hiermee moeten. Ze escaleren binnen de gemeente, waarop de burgemeester boos wordt en aan de bel trekt bij de ggz.

Nieuwe situatie

De verplichte ambulante zorg wordt ingezet. Na een maand blijken er twee grote problemen te zijn. Allereerst blijkt de prik niet effectief: de medicatie werkt, maar slechts beperkt. Mevrouw C. blijft een zorgmijdende vrouw (ze accepteert nog steeds geen hulp) en ook het gebruik van middelen helpt niet om haar psychoses te stabiliseren. Ook blijft ze onaangepast en onaangenaam; de overlast houdt aan en in contact met de burens blijft het vervelend. Dat is ook niet alleen maar met ggz-hulp op te lossen. Niet voor niets is haar sociaal netwerk verdwenen.

Het tweede probleem is dat mevrouw C. haar eerste depot-medicatie accepteerde, maar dat zij zich de tweede keer met geweld verzette tegen een prik: “ik vecht me helemaal dood”. Dat past bij haar ziektebeeld. In eerste instantie zijn er verschillende verleidingstactieken die worden ingezet, maar nu zij preventief haar eigen ruiten ingooit, wordt het toch ingewikkeld. Niet alleen voor de buurt (het blijft een onaangename vrouw én het toedienen van medicatie gaat gepaard met geschreeuw, geweld en politiebegeleiding), maar ook voor medewerkers van de zorgorganisatie zelf.

Overweging: Hierin zit de moeilijke afweging of het toedienen van medicatie met dwang in de thuissituatie wenselijk is. Daar lopen de meningen over uiteen. Ook de voorkeuren van cliënten verschillen sterk. Van het voorkomen van vervoer met dwang om uiteindelijk in een klinische setting alsnog met dwangmedicatie te krijgen (doe het dan maar meteen) tot het niet willen aantasten van de veilige thuissituatie.

Terug naar de casus

De zorgorganisatie neemt het standpunt in dat zij niet met geweld iemand thuismedicatie willen toedienen. Zij kunnen ver meegaan in het inzetten van verleidingstactieken, maar het inzetten van beveiligers of politie gaat hen te ver. De situatie is daarom zo dat mevrouw C. gedwongen moet worden opgehaald met begeleiding van de politie, waarna zij in de accommodatie wordt geprikt en een dag later weer naar huis kan. Dat heeft grote impact op mevrouw C. zelf, haar naasten, burens en behandelaren.

Dat is voor de psychiater/geneesheer-directeur aanleiding om mevrouw C. toch te willen opnemen voor een periode van 6 maanden om hem in een klinische setting te stabiliseren.

Implicatie: de zorgmachtiging moet gaandeweg worden aangepast omdat de 'zo licht mogelijke zorgvorm' te licht blijkt. Het verlenen van verplichte ambulante zorg vereist dus flexibiliteit, omdat de situatie van patiënt en omgeving kunnen veranderen, verplichte zorg in lichtst mogelijke variant wordt ingeschat en ziektebeelden en de ontwikkeling van ziektebeelden niet a priori zijn vast te stellen. Ook is het verstandig wanneer ketenpartners gezamenlijk afspraken maken over het escaleren bij ambulante verplichte zorg.

Terug naar de casus

De Wet verplichte ggz biedt geen ruimte om preventief meerdere vormen van verplichte zorg in de zorgmachtiging op te nemen. Wel biedt de wet de mogelijkheid (artikel 8.11 en 8.12) om in geval van verzet en ter afwending van een noodsituatie tijdelijk aanvullende verplichte zorg te bieden en een verzoek in te dienen om de zorgmachtiging te wijzigen. In dit geval wordt mevrouw C. daarom opgenomen en wordt door de geneesheer-directeur een verzoek tot wijziging van de zorgmachtiging ingediend bij de officier van justitie. Die gaat daarmee akkoord en uiteindelijk besluit de rechter om de zorgmachtiging te wijzigen naar een verplichte opname.

Nadat de situatie is geëscaleerd en mevrouw C. alsnog wordt opgenomen, kost het de gemeente de nodige moeite om de situatie in de buurt te kalmeren. Er gaan veel wilde verhalen rond en een hoop buurtbewoners zijn geschrokken.

Nieuwe situatie

De volgende stap is dat tijdens de klinische opname nieuwe medicatie wordt uitgetest. Samen met het stoppen met middelengebruik, wordt daarmee een goed resultaat geboekt. Mevrouw C. komt zelfs in contact met een oude vriendin en staat toe dat haar huis samen met instanties wordt opgeruimd. Dat is aanleiding voor het beëindigen van verplichte zorg; de officier van justitie en de gemeente worden daarover tijdig geïnformeerd.

Bij sommige zorgmijders blijft de beheersbaarheid van de hoeveelheid overlast onzeker, ook na verplichte behandeling. Mevrouw C. komt weer thuis wonen. De buurt denkt: gelukkig, ze hebben haar opgenomen en gaan haar beter maken. Maar bij thuiskomst blijkt het nog steeds een vervelende vrouw. Niet heel erg, maar ook nu staat na verloop van weken weer vuilnis in de tuin, wordt er harde muziek gedraaid en is ze kortaf. En dat heeft niet zo zeer te maken met ggz-problematiek.

Onder buurtjongetjes is het een sport om een voetbal zo hard mogelijk tegen haar raam te trappen, waarna mevrouw C. schreeuwend op straat staat, heftige verwijten makend naar deze kinderen. Een van de ouders doet daarop melding bij de gemeente.

Implicatie: ook wanneer iemand in beeld is (geweest) bij de ggz, moeten nieuwe meldingen serieus bekeken worden. Er is echter ook een risico op stigmatisering en overhaaste conclusies (is bekend en zal dus ook wel weer moeten worden opgenomen).

3. Uitstroom uit verplichte zorg

Het gaat in dit hoofdstuk om een casus in april 2020 waarbij een zorgmachtiging is verleend. De zorgmachtiging is afgegeven voor een patiënt met (paranoïde) psychotische verschijnselen en afwisselend agressieve en suïcidale uitingen. Daarnaast spelen persoonlijke problemen, financiële schulden en dreigend verlies van huisvesting.

In deze casus gaan we uit van twee scenario's. In het ene scenario is de uitgangssituatie zoals hierboven beschreven, in het andere scenario heeft de heer D. in 2016 een celstraf uitgezeten voor openlijke geweldpleging.

De heer D. is 53 jaar. Hij is hoogopgeleid, recent gescheiden en woont alleen in een sociale huurwoning. Deze man heeft stemmingsstoornissen en in het verleden was sprake van stevig alcoholgebruik, maar daar is hij mee gestopt. Mede door de problemen in zijn relatie heeft hij ook een burn-out gekregen op zijn werk en zit hij al langere tijd thuis.

Door problemen in zijn privésfeer en door zijn burn-out ervaart de heer D. meerdere klachten. Zo is hij somber en slaapt hij slecht. Met deze klachten is hij naar de huisarts gegaan. De huisarts heeft hem aangeboden om hem door te verwijzen naar een ggz-instelling, maar dat wil de heer D. niet. Wel gebruikt hij slaapmedicatie en zijn er gesprekken met de praktijkondersteuner (de POH) bij de huisarts.

Dan escaleert de situatie: op een avond heeft de heer D. gedronken en staat hij schreeuwend op straat. Buurtbewoners vinden het eng en bellen 112, waarna de politie bij het huis van de heer D. arriveert. De politie probeert contact te maken en ziet een onverzorgde, achterdochtige man die duidelijk overlast geeft. Ze vermoeden dat hij psychische problemen heeft. Omdat de heer D. geen strafbare feiten heeft gepleegd bellen ze de crisisdienst en na overleg wordt de heer D. opgehaald door passend vervoer dat door de crisisdienst is geïnitieerd.

Passend vervoer

De politie vervoert alleen wanneer iemand een strafbaar feit heeft gepleegd. Het vervoer en de beoordeling van mensen met verward gedrag wordt regionaal georganiseerd. Hoe iemand precies wordt vervoerd hangt dus af van de lokale situatie. In dit geval is het overigens mogelijk om de heer D. met dwang te vervoeren, mits het vermoeden bestaat dat er een crisismaatregel wordt afgegeven (maximaal 18 uur dwangzorg voorafgaande aan een crisismaatregel).

Terug naar de casus

Bij de crisisdienst wordt de heer D. beoordeeld door een psychiater. Deze constateert dat sprake is van (paranoïde) psychotische verschijnselen, voortkomend uit een psychische stoornis. Ook uit de heer D. zich suïcidaal, is hij erg boos, voelt hij zich in de steek gelaten en wil hij absoluut geen medicatie. De broer van de heer D. is ondertussen gewaarschuwd door een van de buurtbewoners en hij arriveert ook bij de crisisdienst. Hij maakt zich zorgen en biedt aan om te helpen.

Omdat de heer D. zijn medicatie weigert, oordeelt de psychiater dat een crisismaatregel nodig is om de situatie te stabiliseren. In voorbereiding op de crisismaatregel moet de burgemeester de betrokkene (laten) horen. De vraag is hoe aan deze hoorplicht vorm wordt gegeven: komt er iemand van de gemeente langs, voert iemand van de crisisdienst het horen uit of zijn er andere oplossingen?

De wet (artikel 7.1) schrijft voor dat de burgemeester niet eerder een crisismaatregel neemt dan nadat hij betrokkene, zo mogelijk, in de gelegenheid heeft gesteld om te worden gehoord. De toelichting op de wet geeft aan dat het horen alleen dient plaats te vinden voor zover dat mogelijk is. Dit neemt niet weg dat de burgemeester wel *aantoonbaar* moeite moet doen om betrokkene te horen voor zover dat redelijkerwijs mogelijk is. De betrokkene kan tegen de beslissing in beroep en – bijvoorbeeld om schadevergoeding vragen bij de rechter. Wanneer dit recht wordt gebagatelliseerd kan dat dus leiden tot een schadevergoeding vanuit het College van Burgemeester en Wethouders.

Terug naar de casus

In deze regio zijn er uniforme afspraken gemaakt tussen de crisisdienst en de gemeenten over het invullen van de hoorplicht. Dat betekent hier concreet dat het horen wordt ingevuld middels beeldbellen. Een ambtenaar van de gemeente met piketdienst voert het horen uit (vraagt naar de zienswijze van de betrokkene) en overlegt voorafgaand met de psychiater of het horen kan plaatsvinden en of er specifieke punten zijn waarmee rekening moet worden gehouden. Dat laatste is afgesproken om te zorgen dat het horen niet leidt tot het onnodig ontregelen van de betrokkene.

Ook tijdens het horen geeft de heer D. aan dat hij geen hulp wil van de ggz en zeker geen opname. Omdat sprake is van (paranoïde) psychotische verschijnselen en de heer D. daarmee ernstig nadeel voor zichzelf veroorzaakt, adviseert de psychiater medicatie te geven (antipsychoticum) én toezicht thuis in te stellen door familie (zijn broer is hiermee akkoord gegaan). De psychiater schrijft een medische verklaring en belt de burgemeester. De burgemeester weegt het advies van de psychiater met de resultaten van het horen en gaat akkoord. Hij geeft een crisismaatregel af met daarin verplichte zorg thuis en er vindt dus geen opname plaats!

Overweging: Hier speelt het verschil tussen wel of geen justitiële achtergrond een belangrijke rol. Een verleden met openlijke geweldpleging (bijvoorbeeld tegen familie) kan een doorslaggevende rol spelen bij het besluiten tot ambulante verplichte zorg of verplichte opname. De vraag is of en met welke snelheid deze informatie bij de beoordeling wordt betrokken. Dit vraagt om een zorgvuldige afweging en afspraken over informatiedeling tussen ketenpartners (burgemeester, Crisisdienst, OM en politie).

Wanneer informatie niet op tijd beschikbaar is en een burgemeester uit voorzorg kiest voor een verplichte opname, zit daarin een spanning tussen de rechten van de betrokkene (zo licht mogelijke vorm van verplichte zorg) ten opzichte van de veiligheid van de directe omgeving. Jurisprudentie moet uitwijzen hoeveel ruimte er voor burgemeesters in dit spanningsveld is.

Terug naar de casus

De crisismaatregel van drie dagen is onvoldoende om de situatie van de heer D. te stabiliseren en het ernstig nadeel weg te nemen. Op advies van de psychiater wordt om een machtiging voortzetting crisismaatregel gevraagd. De rechter komt na drie dagen bij de man thuis en verlengt de crisismaatregel voor een periode van drie weken.

De officier van justitie verzoekt vervolgens een geneesheer-directeur en verstrekt de benodigde gegevens. In deze fase van het proces moet de eventuele justitiële achtergrond van de heer D. (wel of geen geweldpleging) bekend zijn! Het is de verantwoordelijkheid van de geneesheer-directeur om een medische verklaring te laten opstellen en met de betrokkene samen het zorgplan op te stellen en een zorgkaart in te vullen.

Zorgplan en zorgkaart

In het zorgplan staat wat de betrokkene en de zorgverantwoordelijke met elkaar afspreken over de verplichte zorg. De zorgkaart bevat de voorkeuren van de betrokkene. Als de betrokkene hier niet aan meewerkt, blijft de zorgverantwoordelijke verantwoordelijk voor het zorgplan en zal deze het moeten invullen. Het zorgplan omvat onder meer de zorg die noodzakelijk is om het ernstig nadeel weg te nemen, de wijze waarop rekening wordt gehouden met de voorkeuren van de betrokkene, de zienswijze van de vertegenwoordiger en de - voor continuïteit van zorg - relevante familie en naasten en de essentiële voorwaarden voor deelname van de betrokkene aan het maatschappelijk leven.

Overigens moet de Geneesheer-Directeur de betrokkene in de voorbereiding van de zorgmachtiging de gelegenheid geven om zelf (al dan niet met ondersteuning) een plan van aanpak te maken om verplichte zorg af te wenden.

Al met al heeft de Wet verplichte ggz tot gevolg dat de betrokkene zelf en zijn familie/naasten in de voorbereiding van een zorgmachtiging ruimte krijgen om mee te denken over de verplichte zorg.

Terug naar de casus

In de voorbereiding van de zorgmachtiging blijken de persoonlijke en financiële problemen van de heer D. groter dan verwacht: er zijn schulden, de man dreigt zijn huis te verliezen en er dreigt teloorgang. Deze situatie geeft veel stress en draagt bij aan zijn psychotische verschijnselen.

Ook het verlenen van verplichte zorg gaat moeizaam. Hij accepteert de ambulante verplichte zorg nauwelijks. Ook uit hij zich wisselend agressief en suïcidaal en komt hij steeds vaker in conflict met buurtbewoners en familieleden die toezicht houden. Om de kwaliteit van toezicht te waarborgen wordt Intensive Home-Treatment (IHT) van de ggz ingeschakeld. De familie heeft een roulatieschema voor de nachten. Meerdere familieleden hebben echter aangegeven niet meer mee te willen werken: *“het gaat gewoon niet”*.

De geneesheer-directeur heeft door een onafhankelijke psychiater een medische verklaring laten opstellen. Ook deze onafhankelijke psychiater constateert ernstig nadeel als gevolg van een psychische stoornis. Bij het opstellen van het zorgplan hebben familieleden aangegeven dat zij ambulant toezicht niet kunnen volhouden en dat zij zich zorgen maken over stress en teloorgang.

Ook met het oog op de agressieve en suïcidale uitingen adviseert de geneesheer-directeur een klinische opname van maximaal zes maanden. Dat geeft de mogelijkheid om de heer D. uit zijn stressvolle situatie te halen. Op basis van de medische verklaring, het zorgplan en de zorgkaart verzoekt de officier van justitie de rechter tot een zorgmachtiging.

Onderdeel van het zorgplan is een uitgebreide inventarisatie van essentiële randvoorwaarden voor maatschappelijke deelname. Dat wil zeggen: het behouden van zijn huis, hulp bij schulden, therapie en begeleiding naar werk of dagbesteding zijn essentieel voor stabilisatie. De rechter houdt zitting bij de man thuis en geeft een zorgmachtiging af voor een verplichte opname van maximaal zes maanden. In de zorgmachtiging wordt de gemeente verzocht een uitkering en begeleiding naar werk te regelen en wordt de woningcorporatie gevraagd het huis te behouden.

Overweging: De afgegeven zorgmachtiging door de rechter is geadresseerd aan de betrokkene. Dat betekent dat essentiële randvoorwaarden voor maatschappelijke deelname daarin kunnen worden opgenomen, maar dat de rechter geen schuldhulpverlening, begeleiding of woning kan afdwingen. De vraag is dus hoe uitgebreid of specifiek de ggz en het Openbaar Ministerie hier invulling aan geven.

Wanneer uitstroom uit verplichte zorg stagneert door het ontbreken van deze voorwaarden, kan dit in het regio-overleg worden besproken. Voor een adequate en samenhangende invulling van deze randvoorwaarden (en voor integrale zorg en ondersteuning) is het dus belangrijk dat GGZ en gemeenten afspraken maken over de invulling die hieraan wordt gegeven. Dan gaat het ook om vragen als: hoeveel ruimte is er voor overleg of afstemming over deze randvoorwaarden en kunnen deze al tijdens de verplichte zorg worden georganiseerd?

Terug naar de casus

De opname in de klinische setting heeft effect. De medicatie slaat aan, de structuur en regelmaat reduceren de stress en de heer D. begint met therapie om zijn scheiding en burn-out te verwerken. Ook zijn eigen ziektebeeld verandert: hij geeft aan dat hij ook buiten de klinische setting zijn medicatie wil gebruiken. Dat leidt na vier maanden tot de afweging door de psychiater dat de gronden voor verplichte zorg voldoende zijn weggenomen en dat verplichte zorg kan worden beëindigd.

De wet schrijft voor: de geneesheer-directeur neemt niet eerder een beslissing over de beëindiging van de verplichte zorg op grond van een crisismaatregel of machtiging tot voortzetting van de crisismaatregel dan nadat hij overleg heeft gevoerd met de officier van justitie en het college van burgemeester en wethouders van de gemeente waar betrokkene ingezetene is dan wel naar verwachting zal verblijven, in geval van beëindiging van de machtiging tot voortzetting van de crisismaatregel of zorgmachtiging.

Het voeren van overleg geeft echter ruimte voor nadere invulling. Vanuit de gemeenten in deze regio is er behoefte aan inhoudelijke terugkoppeling van de ggz aan gemeente om afstemming te kunnen organiseren met de bredere ondersteuning, het organiseren van de essentiële randvoorwaarden voor maatschappelijke deelname en het kunnen informeren dan wel begeleiden van de buurt.

Overweging: Het delen van informatie voorafgaande aan of bij het beëindigen van verplichte zorg roept verschillende belangen en standpunten op. Daarin zit spanning tussen het individueel belang (privacy) en het maatschappelijk belang.

Maar ook spelen praktische vragen mee waarin verschillende belangen van de betrokkene zelf op gespannen voet staan. In hoeverre wil je bijvoorbeeld dat het wijkteam of de wijkagent worden geïnformeerd over ondersteuning die zij kunnen bieden of signalen waar zij op moeten letten? Het goed vormgeven van overleg bij beëindigen van verplichte zorg vereist in ieder geval verdere uitwerking van dit overleg en het maken van afspraken over het delen en toepassen van informatie.

Terug naar de casus

Na overleg met de officier van justitie en de gemeente wordt de verplichte zorg voor de heer D. beëindigd. Met de psychiater en de heer D. zijn afspraken gemaakt over vrijwillige voortzetting van contact om de heer D. te begeleiden bij zijn medicatie. Ook is afgesproken dat hij zijn therapie voortzet en meewerkt aan het zoeken naar werk.

Vervolgens zijn er twee scenario's.

Scenario 1

De heer D. komt weer in zijn eigen huis wonen. Met de woningcorporatie is afgesproken dat hij zijn woning kan behouden mits hij bewindvoering accepteert (dit wordt aansluitend op het beëindigen van verplichte zorg georganiseerd) en ondersteuning accepteert vanuit het wijkteam. Dit was bekend tijdens zijn opname en de voorwaarden zijn nadrukkelijk met de heer D. besproken. Hij is hiermee akkoord gegaan.

Een maatschappelijk werker vanuit het wijkteam houdt tweewekelijks met hem contact, en bespreekt ook de mogelijkheden tot werk. Als er signalen zijn van nieuwe psychoses (deze maatschappelijk werker is daarin getraind) is afgesproken dat hij of zij aan de bel trekt.

Scenario 2

De woningcorporatie is niet akkoord gegaan met het behoud van de woning. De heer D. is zijn woning kwijt. De woning is gedurende zijn opname ontruimd. Dit heeft geleid tot een heftig conflict tussen de woningcorporatie en de gemeente, maar het levert geen woning op.

De heer D. komt daarom in de nachtopvang. Een maatschappelijk werker vanuit het wijkteam houdt contact, maar dit verloopt moeizaam. Het resultaat van de afgelopen maanden verdwijnt snel nu stress, gevoel van onveiligheid en alcoholgebruik weer toenemen.

Binnen twee maanden leidt de situatie tot nieuwe escalatie waarna meneer opnieuw wordt opgenomen door de crisisdienst.

4. Conclusie

Op basis van de drie casusbesprekingen concluderen wij dat het voor de hand ligt om in de implementatie van de Wet verplichte ggz proactief invulling te geven aan de wederzijdse afhankelijkheid tussen organisaties. Dat vraagt van betrokken partijen dat zij hier op regioniveau actief invulling aan geven en expliciet afspraken maken over:

- heldere verantwoordelijkheidstoedeling zodat geneesheren-directeur, colleges van burgemeesters en wethouders, officieren van justitie en de veiligheidsketen hun verantwoordelijkheid kunnen nemen op het snijvlak van veiligheid, sociaal domein én zorg;
- regionale afspraken over de financiering, de beschikbaarheid en de ontwikkeling van het zorg- en ondersteuningsaanbod, zodat kaders voor het speelveld duidelijk zijn;
- kaders voor integrale zorg en ondersteuning voor kwetsbare inwoners op alle leefdomeinen;
- kaders voor professionals/experts binnen zorg en veiligheid om samen te werken in de wijk/gemeente/regio, informatie te delen en tijdig te escaleren.

Daarbij adviseren wij om minimaal op de volgende punten concrete afspraken te maken over wederzijdse afhankelijkheden, specifieke invulling, de vereiste kwaliteit en gewenste uniformiteit:

- hoorplicht crisismaatregel
- meldingsfunctie
- onderzoeksfunctie
- informeren en terugkoppeling tussen ggz, Openbaar Ministerie en gemeenten
- integrale ondersteuning als onderdeel van het zorgplan en voorwaarde voor uitstroom
- integrale ondersteuning en randvoorwaarden bij het verlenen ambulante verplichte zorg
- samenhang tussen Wvggz, Wzd, Wfz en aanpalend beleid (aanpak personen met verward gedrag)

Colofon

Deze casusbeschrijving is tot stand gekomen met inzet van GGz Centraal en met ondersteuning van expertbureau jb Lorenz. De casuïstiek betreft fictieve situaties samengesteld door psychiaters op basis van elementen uit hun werkpraktijk. De casuïstiek is dus realistisch, maar betreft geen bestaande casuïstiek.

De duiding en analyse heeft plaatsgevonden met ketenpartners binnen het werkgebied van GGz Centraal. Wij danken iedereen voor de bijdrage en hopen hiermee een positieve aanzet te leveren aan een adequate, gezamenlijke implementatie van de Wvggz en aan het organiseren van samenhangende zorg en ondersteuning voor kwetsbare inwoners.

Mocht u naar aanleiding van deze casusbeschrijving vragen of opmerkingen hebben, dan kunt u contact opnemen met Jolan Nevels, GGz Centraal, wvggz@ggzcentraal.nl, of met Tjisse Bosch, jb Lorenz, telefoon 010 - 3040186.

www.ggzcentraal.nl