

Casusbeschrijvingen Wet verplichte ggz (Wvvggz)

Verlenen van verplichte ambulante zorg

Voorwoord

Met de Wet verplichte ggz (Wvggz) 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 Wvggz 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.

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 depot-medicatie 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).

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

Opsteller: Tjisse Bosch

Vormgeving: de Beeldsmederij

april 2019