

Casusbeschrijvingen Wet verplichte ggz (Wvvggz)

# Uitstroom uit verplichte 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.

## 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.

## 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](mailto:wvggz@ggzcentraal.nl), of met Tjisse Bosch, jb Lorenz, telefoon 010 - 3040186.

[www.ggzcentraal.nl](http://www.ggzcentraal.nl)

Opsteller: Tjisse Bosch

Vormgeving: de Beeldsmederij

april 2019