**CASUS ZORGMACHTIGING**

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 buren. Die

zien een verwaarloosde vrouw, ervaren geluidsoverlast en opgestapeld afval in de tuin.

De buren van mevrouw C. bespreken de overlast regelmatig met elkaar. Dan draagt een van de buren

aan dat zij melding kunnen doen in het kader van de Wvggz: “*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

eerstelijnshulp- 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 buren. 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 buren).

**Terug naar de casus**

Het gevolg van dit besluit is dat buren melding hebben gedaan en verplichte zorg verwachten: “*ze*

*gaan haar opnemen!*” De buren worden dan ook boos als blijkt dat mevrouw C. in haar huis blijft

wonen. En dus melden ze – gecoördineerd via een buren-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 buren 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, buren 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 uitgeprobeerd. 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 ggzproblematiek.

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).