

## ARTIKEL

## 7. Moeilijk plaatsbare patiënten in de ggz

*Martha Kool en Aart van der Horst*

### Charley

Ik schat Charley op een jaar of vijftientig, al kun je je daarin bij verslaafde psychotici vergissen. Hij heeft een opvallend zacht en vriendelijk gezicht, mooie ogen. Hij ziet er niet echt onverzorgd uit, dat zou je wel verwachten, maar dat hij in het vergaderzaaltje een dikke jas aan heeft geeft wel te denken. Nadat ik me aan hem en de anderen – Charley's moeder en zwager, een psychiater, andere begeleiders – heb voorgesteld kijkt hij me even aan, maar besteedt aan mij verder geen aandacht. Hij moet het vooral van zijn moeder en de psychiater hebben, zo lijkt dat. Als hij af en toe reageert op wat er gezegd wordt formuleert hij heel adequaat. Het gesprek gaat over het op handen zijnde ontslag uit de kliniek. Daar lijkt Charley niet mee te zitten, maar zijn moeder en zwager des te meer. De kliniek vindt het niet meer te doen met hem, Charley houdt zich niet aan de regels en blijkt bovendien nogal lenig te zijn: het hek rond de kliniek van een paar meter hoog was appeltje-eitje voor hem. En dat al een paar maal de afgelopen weken. Charley hecht begrijpelijk aan zijn vrijheid, maar nog meer aan wat hij niet binnen maar wel buiten kan scoren. En dat heeft hij liever dan de anti-psychotica die hem zijn voorgeschreven. Want daar wordt hij maar een zombie van, zo voelt hij dat. Zijn moeder heeft me gevraagd haar bij te staan in het overleg met de kliniek, ze is bang weer *overruled* te worden en dat haar zoon voor de zoveelste keer op straat belandt, zonder effect van behandeling en met alle gevolgen van dien. Haar schoonzoon heeft qua bewoordingen geen ondersteuning van me nodig. Ongezouten laat hij namens de familie weten wat hij van de situatie vindt. Charley krijgt te horen waar het mis gaat in diens leven en de kliniek krijgt te horen

wat ze laten liggen. Boodschap is: Charley is hier niet voor niks en het is jullie opdracht te doen waarvoor hij opgenomen is: behandelen en het gevaar (ernstige verwaarlozing van zichzelf en zijn ziekte) te keren of op zijn minst te verminderen. Dat Charley weg moet omdat hij laat zien waarvoor hij behandeld moet worden is te gek voor woorden! Maar de kliniek pareert met: Charley laat zich niet volgens onze termen behandelen. Pas als hij van de middelen afblijft kunnen we hem mogelijk behandelen. Resultaat is dat Charley's dwangopname onder voorwaarden stopt. Die voorwaarden zijn o.a. ambulante begeleiding. Ik vraag nog of het dan zo is dat Charley weer wordt opgenomen als hij zich niet aan de voorwaarden houdt. Het antwoord is niet klip en klaar dat dit uiteraard het geval is en dat stemt ons – moeder, zwager en schrijver dezes als familievertrouwenspersoon – niet gerust.

Tot zover de casus 'Charley'<sup>1</sup>, die bepaald niet uniek is. Naar schatting minstens tientallen psychiatrische patiënten met een gecombineerde problematiek, zoals verslaving met schizofrenie, of autisme met gedragsproblemen vinden in de praktijk moeilijk of niet onderdak in de zorg. Dat is althans de ervaring van de familievertrouwenspersonen in het land. Zij zijn in dienst bij de Landelijke Stichting Familievertrouwenspersonen (LSFVP) en ondersteunen naast van psychiatrische patiënten met advies, bemiddeling, informatie en bijstand in klachtenprocedures. De LSFVP bestaat sinds 2010. De Wet verplichte ggz, van kracht sinds 1 januari van dit jaar, verschaft de familievertrouwenspersonen

1 De naam van de patiënt is ter bescherming van diens persoonlijke levenssfeer aangepast.

trouwenspersoon een wettelijke basis en taken. Familievertrouwenspersonen (ongeveer 20) werken inmiddels in meer dan honderd ggz-instellingen. Elke familievertrouwenspersoon heeft minstens een paar keer per jaar te maken met dit soort gevallen.

### **Problematiek en oneigenlijke (?) ontslaggronden**

Patiënten met gecombineerde problematiek en gebrek aan motivatie blijven opvallend vaak verstoken van adequate zorg. Van de naasten van deze patiënten wordt vaak vernomen dat klinische opnames mislukken. Heeft de patiënt, naast een andere stoornis, een vorm van verslaving dan is het opspelen van de verslaving vaak een reden om de opname te beëindigen. Met als motief dat de onderliggende stoornis pas behandeld kan worden als de verslaving onder controle is. Dat laatste wordt niet zelden als een opgave beschouwd die de patiënt in zijn eentje moet zien te klaren. Een kansloze missie voor de verslaafde die ook lijdt aan psychoses bijvoorbeeld. In dit verband wordt van de kant van psychiaters ook wel vernomen dat zij verslaving niet beschouwen als een psychische stoornis die door de ggz behandeld behoort te worden. Dat is nogal arbitrair, want verslaving staat als stoornis te boek in de DSMV. Deze opvatting toont wel aan dat de zorg geen goed antwoord heeft op deze gecombineerde problematiek. Bovendien is het goed om te weten dat de Hoge Raad al in 2005 heeft bepaald en daarna bevestigd dat afhankelijkheid van middelen een reden kan zijn om verplichte zorg toe te passen. Daarbij is van belang dat denken, voelen, willen, oordelen, en doelgericht handelen zo ingrijpend zijn beïnvloed dat 'aan de betrokkene het veroorzaakte gevaar niet kan worden toegerekend omdat de stoornis de gevaarvolle daden van de betrokkene overwegend beheerst'<sup>2</sup>.

Voorts lijkt de behandeling van patiënten met autisme, in combinatie met andere problematiek, vaak vast te lopen omdat men er niet in slaagt een stijl te vinden die aansluit bij de patiënt. Patiënten met borderline worden vroegtijdig uit klinische zorg ontslagen, omdat volgens de heersende opvatting intramuraal zorg voor borderliners averechts werkt. Voor zover andere problematiek sluimert bij deze patiënten wordt daarop niet of onvoldoende aanvullende zorg geboden. Ten slotte wordt als (bijkomende) reden voor ontslag ook genoemd dat de patiënt geen aansluiting vindt binnen de patiëntengroep, of daarbinnen niet te handhaven valt.

### **De juridische invalshoek: verplichte en vrijwillige zorg, Wvggz en WGBO en grondrechten**

#### *De Wvggz biedt ruime gronden voor verplichte zorg aan deze doelgroep*

Veel van deze patiënten zijn zorgmijders of -weigeraars, ontberen ziekte-inzicht en motivatie voor behandeling. In de praktijk verschillen zorgverleners en naasten nogal eens over de vraag of verplichte zorg bij deze patiënten ingezet kan worden. Het zal geen verbazing wekken dat naasten – gebukt gaande onder een levenslange last van betrokkenheid bij de patiënt – doorgaans veel eerder verplichte zorg toegepast willen zien dan zorgverleners. Als motivering om géén verplichte zorg toe te passen of aan te vragen bij de rechter wordt vaak (samengevat) het volgende gehoord: de stoornis manifesteert zich thans niet erg genoeg, er is (dus) te weinig gevaar in de zin van de wet en de rechter zal een aanvraag voor een zorgmachtiging om die reden niet honoreren. Bij de naasten kan die motivering op weinig begrip rekenen: 'Moeten er eerst ongelukken gebeuren?'

2 P.E. Höppener e.a., 'Gedwongen opname bij stoornissen in of door het gebruik van middelen', *Tijdschrift voor*

*Psychiatrie* (55) 2013, nr. 4, p. 271. En: Hoge Raad 23 september 2005, 5 oktober 2007 en 8 februari 2008.

Deze motivering roept de volgende twee vragen op.

1. Worden de gronden voor het toepassen van verplichte zorg wel in acht genomen?
2. Vervult de zorgverantwoordelijke zijn rol in die gevallen zoals de wetgever het heeft bepaald of bedoeld?

Het afwenden van ernstig nadeel, voor zover veroorzaakt door een psychische stoornis, terwijl een vrijwillig alternatief niet voorhanden is, vormt kortweg de grond voor ingrijpen met verplichte zorg. Onder ernstig nadeel verstaat de wet (art. 1:1 lid 2 Wvggz) het bestaan van of het aanzienlijk risico op:

- a. levensgevaar, ernstig lichamelijk letsel, ernstige psychische, materiële, immateriële of financiële schade, ernstige verwaarlozing of maatschappelijke teloorgang, ernstig verstoorde ontwikkeling voor of van betrokkene of een ander;
- b. bedreiging van de veiligheid van betrokkene al dan niet doordat hij onder invloed van een ander raakt;
- c. de situatie dat betrokkene met hinderlijk gedrag agressie van anderen oproept;
- d. de situatie dat de algemene veiligheid van personen of goederen in gevaar is.

Voor onze doelgroep van patiënten (complexe problematiek én zorgweigering) is evident dat zonder behandeling (het aanzienlijk risico op) ernstig nadeel optreedt. In de casuïstiek van de familievertouwenspersonen blijven deze patiënten gelukkig niet altijd en niet allemaal compleet van zorg verstoken. Maar ook die gevallen doen zich voor. De vraag is of de hierboven samengevatte redenering om van verplichte zorg af te zien deugt in het licht van de wet.

Niettemin wordt voor hen een zorgmachtiging niet altijd aangevraagd, ook omdat men verwacht dat de rechter geen machtiging zal afgeven. Daarmee blijft men evenwel niet bij de gronden van de Wvggz voor een aanvraag voor verplichte zorg. Bovendien plaatst men zich op de stoel van de rechter, aan wie het wél is om te

beoordelen of aan de gronden voor verplichte zorg voldaan wordt. De rechter zal de aanzienlijke kans op ernstig nadeel ‘aan de hand van de feiten en omstandigheden van de individuele zaak moeten beoordelen [...]. Serieuze plannen of dreiging, feiten die zich in het verleden hebben voorgedaan, kunnen aanwijzingen vormen voor de mate van waarschijnlijkheid waarin het ernstig nadeel zich zal voordoen. Bij de beoordeling van het ernstig nadeel moeten ook omgevingsfactoren worden meegewogen.’<sup>3</sup>

Een ander gehoord motief om patiënten uit onze doelgroep niet in (klinische) zorg te nemen, is dat de zorgaanbieder in kwestie niet over het juiste, passende zorgaanbod beschikt. Met name bij patiënten met de combinatie verslaving en een andere stoornis komen we dit tegen. Daarbij wordt vaak geredeneerd dat de verslaving een keuze is van de patiënt en dat het aan diens intrinsieke motivatie ligt om zich te laten helpen. Van de psychoticus met verslaving is dat doorgaans te veel gevraagd. Met enige abstractie kan gezegd worden dat een passend aanbod ontbreekt en dat de patiënt zich daarvoor moet schikken. Maar moet de zorg niet vraaggericht zijn? Daarover valt in het licht van de WGBO het volgende op te merken.

*Wgbo: recht op passende zorg?*

De zorg moet passend zijn, op basis van een overeenkomst die stoelt op geïnformeerde toestemming, ingericht volgens de vigerende standaarden. Aldus de rode draad in de Wgbo. De wet kent geen onbeperkt recht op passende zorg, maar slechts voor zover die onderdeel is van de gesloten zorgovereenkomst. De ggz-behandelaar die in zijn kliniek geen passend aanbod heeft voor een verslaafde psychoticus kan dan ook met recht een dergelijke patiënt bij aanmelding weigeren. Zijn zorgplicht vraagt wel dat hij zich inzet voor een plaatsing elders. Anders is het in de gevallen waarbij dergelijke

3 Tweede nota van wijziging, *Kamerstukken II 2015/16*, 32399, nr. 25, p. 148.

patiënten eenmaal opgenomen zijn. Want een opname veronderstelt dat een passend aanbod zal worden gedaan. Cruciaal is hier ook dat de zorgverlener de overeenkomst alleen mag opzeggen om gewichtige redenen (art. 7:460 BW). De vraag is of het beëindigen van zorg zoals die uit de praktijk van de familievertrouwenspersonen blijkt, voldoet aan dat laatste vereiste. Vallen verslavingsgedrag en agressie bij psychiatrische patiënten onder de gewichtige redenen die de wet bedoelt? Terwijl dit gedrag juist verholpen moet worden met behulp van passende zorg?

Voor onze doelgroep blijkt uit de casuïstiek dat de ggz naar aanbod is georganiseerd. Ooit was de ambitie in de ggz anders. De problematiek van de patiënt moet thans passen bij dat aanbod anders heeft hij pech gehad. Het aantal patiënten met deze pech baart inmiddels zorgen.

### Richtlijn KNMG en de zorgvuldigheidsvereisten bij opzegging overeenkomst

Op de website van de KNMG is de richtlijn 'niet-aangaan of beëindiging van de geneeskundige behandelingsovereenkomst' te vinden.<sup>4</sup> In deze richtlijn staan zorgvuldigheidsvereisten beschreven gebaseerd op relevantie van wet- en regelgeving en rechterlijke uitspraken. Onder voorwaarden kan de behandelingsovereenkomst vanuit de zijde van de behandelaar worden opgezegd. Eén van de voorwaarden kan zijn dat de patiënt zich agressief of onheus gedraagt. Is dit echter een onderdeel of uitvloeisel van de psychische ziekte dan is eenzijdig opzeggen van de overeenkomst moeilijker te verantwoorden en te legitimeren.<sup>5</sup>

Bij het beëindigen van de zorgovereenkomst moeten zorgvuldigheidsvereisten in acht worden genomen. Dit betekent dat de hulpverlener afspraken moet maken over de beëindiging. Daarbij geldt een redelijke termijn, het verlenen

van medisch noodzakelijke hulp en het zoeken naar een passend alternatief. In de richtlijn staat daarover letterlijk: *'Na onvrijwillig ontslag uit een psychiatrisch ziekenhuis heeft de instelling een aantal plichten, zoals het zoeken van onderdak voor de patiënt buiten de instelling, de aanwezigheid van bestaansmiddelen voor de patiënt en de aanwezigheid van nazorg. Deze plichten dienen te worden uitgeoefend naar de eisen van redelijkheid en billijkheid.'*<sup>6</sup> Ook de Wvz kent deze vorm van 'nazorg' bij patiënten waar essentiële voorwaarden voor deelname aan het maatschappelijk verkeer ontbreken.<sup>7</sup>

In de praktijk van de familievertrouwenspersonen komt het met regelmaat voor dat een patiënt in zo'n geval voor onderdak door de instelling wordt verwezen naar naaste familieleden. Dit terwijl diezelfde familieleden niet voor niets hebben gepleit voor (verplichte) opname vanwege de psychische ziekte. De vaak enige optie die overblijft bij het weigeren van familie om de patiënt onderdak te bieden, is dan de nachtopvang. Familie trekt vervolgens enigszins of redelijk wanhopig bij de familievertrouwenspersonen aan de bel met de vraag: wat nu te doen? Is dit wat we in Nederland bedoelen met het verlenen van goede zorg?<sup>8</sup>

### (Inter)nationale mensenrechten

De toegang tot noodzakelijke zorg wordt (inter)nationaal gezien als een mensenrecht. Zo spreekt de Grondwet over een overheid die maatregelen treft ter bevordering van de volksgezondheid.<sup>9</sup> Het Europees Sociaal Handvest benoemt het wettelijk recht van eenieder om gebruik te maken van alle voorzieningen welke hem in staat stellen in een zo goed mogelijke gezondheid te verkeren.<sup>10</sup> Hoewel dit strikt genomen geen eisen zijn die een burger eenvoudig kan afdwingen bij de overheid of de

4 KNMG, *Standpunt niet-aangaan of beëindiging van de geneeskundige behandelingsovereenkomst*, 2005.

5 Idem, p. 7.

6 Idem, p. 12.

7 Art. 2:1 lid 4 en art. 8:18 lid 11 Wvz.

8 Art. 2 Wvz.

9 Art. 22 lid 1 Grondwet.

10 Art. 11 ESH.

door de overheid (deels) gefinancierde zorginstelling, gaat het hier wel degelijk om grondrechten.

Het maken van een onderscheid tussen eenvoudige te behandelen psychische patiënten en patiënten met een complexe psychische problematiek is bovendien eveneens in strijd met deze grondrechten. Dat zou immers ongeoorloofd onderscheid zijn op basis van psychische/geestelijke gezondheid en daarmee vallen onder het verbod op discriminatie. Het is ons niet bekend of patiënten of hun familieleden de gang naar de rechter hebben gemaakt om noodzakelijke zorg af te dwingen. Het is echter de vraag of een weigerachtige zorginstelling dan in het gelijk zal worden gesteld.

Samengevat kan worden gesteld dat juridisch gezien een zorginstelling aan veel verplichtingen moet voldoen om patiënten met complexe psychische problematiek te weigeren of de zorgovereenkomst (met name bij een opname) eenzijdig te ontbinden. Tegelijkertijd heeft ook de overheid een grondwettelijke plicht om deze noodzakelijke zorg te laten leveren. Is dat de richting die we op moeten kijken voor een aanpak van deze problematiek?

### **Suggesties voor een aanpak**

Het is vaak het makkelijkst om bij problemen de oplossing te vragen van de overheid. Bedacht moet dan wel worden dat ambtelijke molens vaak langzaam malen. Bij urgente problematiek – en we kunnen wel stellen dat dat hier het geval is – kan het ook verstandig zijn om te kijken naar de reeds beschikbare instrumenten.

Binnen de ggz-instellingen is inmiddels consensus over het betrekken van familie en naasten bij de behandeling van de patiënt. Zo hebben de gezamenlijke ketenpartners de ‘Generieke module Samenwerking en ondersteuning naasten van mensen met psychische problematiek’ opgesteld. Deze module wordt momenteel herschreven, maar naasten blijven een belangrijke plaats in de samenwerking hou-

den. Dat valt ook af te leiden uit de streefnorm in de Wvz om familie en directe naasten van de psychische patiënt zoveel mogelijk te betrekken bij de voorbereiding, uitvoering, wijziging en beëindiging van een crisismaatregel of zorgmachtiging. Juist bij de beëindiging van een zorgmachtiging of crisismaatregel heeft een geneesheer-directeur de mogelijkheid om naasten te betrekken als het de patiënt aan essentiële voorwaarden ontbreekt. Ons inziens is dat ook de plaats waar naasten terecht kunnen bij het verwoorden van hun zorgen. Ook als de patiënt niet wil dat familie betrokken wordt. Het zou immers onbegrijpelijk zijn als een patiënt wel weer bij naasten wil gaan intrekken, terwijl naasten niet bij zijn zorg betrokken mogen zijn. Uiteraard is terughoudendheid bij het delen van al teveel details over de zorg rondom de patiënt richting familie geboden. In dit gesprek over beëindiging van gedwongen zorg kunnen ook de mogelijke vrijwillige zorg en andere alternatieven aan de orde komen. In de praktijk zien wij dat van dit ‘exit-gesprek’ met naasten soms nog te weinig gebruik wordt gemaakt.

Daarnaast zou een ruimere toepassing van de Wvz binnen een specialistisch zorgkader soelaas kunnen bieden. In de praktijk, zo lieten we hierboven zien, wordt hiervan ten onrechte afgezien met een ons inziens twijfelachtige motivering. Terwijl de werkelijke reden is het ontbreken van een passend specialistisch aanbod. Dan ligt het in de rede dat de ggz in samenwerking met de overheid en zorgverzekeraars de problematiek gaat inventariseren en initiatief neemt voor nieuwe zorgvormen of uitbreiding van bestaande specialistische zorg. Daarbij zou bijvoorbeeld gekeken kunnen worden naar (uitbreiding en verbijzondering van) het zorgaanbod van de Klinieken Intensieve Behandeling. Met het aldus optimaliseren van het zorgaanbod voor deze doelgroep realiseert de overheid hun grondrecht op passende zorg. Ten slotte kan een betere afstemming met het gemeentelijk sociaal wijkteam bijdragen. Gelukkig wordt meer en meer ingezet op ‘ont-

schotting' in de zorg. Maar deze vorm van samenwerking tussen ggz-instellingen, sociaal domein, patiënt en naasten kan nog wel een verbeteringslag gebruiken. En dat is niet alleen belangrijk voor de patiënt in kwestie als kwetsbare burger, maar ook voor diens naasten die daarmee lucht en ruimte krijgen om de zorg voor hun familielid langer vol te houden. En daar is uiteindelijk ook de patiënt en de zorgverlener bij gebaat.

**Over de auteurs**

*Mr. M. (Martha) Kool*

Jurist bij de LSFVP (Landelijke Stichting FamilieVertrouwensPersonen).

*Mr. A. (Aart) van der Horst*

Voormalig jurist Landelijke Stichting Familie Vertrouwens Personen.