

DE EVALUATIE VAN DE WVGGZ IN DE REGIO GELDERLAND-ZUID



Inhoudsopgave

1	Inleiding	3
2	Doelen van de Wvggz	6
2.1	Versterken rechtspositie van de betrokkene	6
2.2	Ambulantisering	9
2.3	Zorg op maat met aandacht voor deelname aan de maatschappij	10
2.4	Bemoeizorgtrajecten	12
2.5	Aanbevelingen	13
3	Meldfunctie, verkennend onderzoek en aanvraag zorgmachtiging	14
3.1	Meldfunctie	14
3.2	Verkennend onderzoek	16
3.3	Aanvraag zorgmachtiging	18
3.4	Aanbevelingen	22
4	Crisismaatregel	24
4.1	Processtappen en afspraken	24
4.2	Beeld uit de data	25
4.3	Duiding vanuit interviews en groepsbijeenkomsten	25
4.4	Aanbevelingen	27
5	Afstemming Wvggz, Wzd en Wfz	28
5.1	Processtappen en afspraken	28
5.2	Beeld uit de data	28
5.3	Duiding vanuit interviews en groepsbijeenkomsten	28
5.4	Aanbevelingen	30
6	Ketensamenwerking en overlegstructuren	31
6.1	Ketenpartners	31
6.2	Het ketenplan	32
6.3	De regionale samenwerking	32
6.4	De rol van het Zorg- en Veiligheidshuis	33
6.5	De overlegstructuur	33
6.6	Aanbevelingen	35
7	Reflectie en aanbevelingen	36
A.	Overzicht onderzoeksvragen	40
B.	Terugkoppelschema VO	43

1 Inleiding

1.1 Aanleiding

Op 1 januari 2020 traden de Wet verplichte ggz (vanaf hier: Wvggz) en de Wet zorg en dwang (vanaf hier: Wzd) in werking¹. Het jaar daarvoor is de Wet forensische zorg (vanaf hier: Wfz) in werking getreden. In onderstaand kader worden de belangrijkste doelen van de Wvggz opgesomd.

Belangrijkste doelen van de Wvggz:

- a. Het versterken van de rechtspositie van personen met een psychische stoornis die tegen hun wil zorg krijgen (vanaf hier: betrokkenen).
- b. Het voorkomen van het toepassen van dwang en de duur van dwang zoveel mogelijk beperken met nadruk op het beginsel dat verplichte zorg alleen als laatste redmiddel wordt toegepast.
- c. Het bieden van zorg op maat door middel van een integrale zorgmachtiging met zorg aan de patiënt en aandacht voor maatschappelijke deelname.
- d. Het verhogen van de kwaliteit van zorg door multidisciplinaire voorbereiding en evaluatie van het zorgplan. Daarbij is de centrale verzoekersrol komen te liggen bij het openbaar ministerie, in goede samenwerking met de ketenpartners én wordt een regionaal Wvggz-overleg verplicht gesteld.

Op landelijk niveau wordt er een evaluatie uitgevoerd naar de drie wetten. De kwalitatieve resultaten worden, volgens de planning, eind 2021 opgeleverd en de kwantitatieve resultaten in 2022. In deze landelijke evaluatie van de Wvggz en de Wzd staat de vraag centraal in hoeverre de wetsdoelen worden gerealiseerd of realiseerbaar zijn. De regio Gelderland-Zuid heeft haar behoefte geuit om, naast de landelijke evaluatie op de doelen van de wet, de regionale implementatie en uitvoering te evalueren door middel van een proces- en effectevaluatie. De proces- en effectevaluatie van de Wvggz in de regio Gelderland-Zuid, die wij de afgelopen periode hebben mogen uitvoeren, focust zich meer op hoe de uitvoering binnen de wetgeving is ingeregeld. Dit bepaalt uiteindelijk mede de effectiviteit van de wetgeving.

1.2 Doelstelling en onderzoeksvragen

De vraagstelling die in de proces- en effectevaluatie centraal stond was: *'Hoe verloopt de uitvoering van de Wvggz in de regio Gelderland-Zuid'*. Naast de centrale doelstelling is er een lijst aan aanvullende deelvragen geformuleerd door de regio Gelderland-Zuid. Deze deelvragen hebben wij gecategoriseerd naar thema's behorende tot de procesevaluatie en thema's behorende tot de effectevaluatie. In figuur 1 hebben we deze indeling weergegeven. Voor de volledige lijst aan onderzoeksvragen die de regio Gelderland-Zuid heeft opgesteld, verwijzen we graag naar Bijlage A. In deze bijlage hebben we de onderzoeksvragen gecategoriseerd naar thema.

¹ Met de inwerkingtreding van de Wvggz en de Wzd trad ook het schakelartikel 2.3 Wfz in werking, die de overgang van het strafrecht naar het civielrechtelijk kader vormt.



Figuur 1. Thema's voor het onderzoek

1.3 Aanpak

Voor de proces- en effectevaluatie hebben we verschillende onderzoeksactiviteiten gecombineerd: deskresearch, data-uitvraag, ketenbrede themabijeenkomsten, interviews met burgemeesters en wethouders en interviews met betrokkenen en naasten:

- a. **Deskresearch.** We hebben de door de regio beschikbaar gestelde documentatie bestudeerd, zoals het ketenplan Wvggz Gelderland-Zuid, opgestelde werkprocessen van het Meldpunt Bijzondere Zorg (vanaf hier: MBZ), samenwerkingsafspraken, activiteitenverslagen, toolboxes, monitoring- en evaluatiedocumenten etc. Hieruit halen we informatie over de regionale context, werkaafspraken, knelpunten en reeds ondernomen acties om knelpunten te verbeteren.
Recentelijk heeft MIND² een peiling gehouden onder betrokkenen en naasten die het afgelopen jaar te maken kregen met gedwongen zorg. 40 (voormalig) betrokkenen en 50 familieleden of naasten hebben meegewerkt. Relevante ervaringen van betrokkenen en naasten uit deze peiling hebben wij in ons onze rapportage verwerkt.
- b. **Data-uitvraag.** Hiervoor hebben we het OM, het MBZ/GGD Gelderland-Zuid, alle betrokken zorgaanbieders in de regio (Pro Persona, Iriszorg, Karakter, het Radboudumc en het CWZ) en alle gemeenten met een gerichte data-uitvraag benaderd met een invulformat. Zo vroegen we onder andere cijfers uit over meldingen, verkennend onderzoeken, crisismaatregelen, zorgmachtigingen, et cetera. Ook hebben we data verzameld op landelijk niveau, waardoor het op sommige thema's mogelijk is om een vergelijking te maken tussen de regio Gelderland-Zuid en de situatie in heel Nederland.
- c. **Ketenbrede themasessies.** We hebben zes groepssessies gehouden op de thema's die centraal staan in de evaluatie (Meldfunctie, verkennend onderzoek en aanvraag zorgmachtiging; crisismaatregel; samenloop Wvggz-Wzd-Wfz; ketensamenwerking en overlegstructuren; doelen van de Wvggz). Alle betrokken organisaties werden uitgenodigd en deelnemers (in het rapport worden de deelnemers aan de groepssessies respondenten genoemd) konden een voorkeursthema opgeven om te voorkomen dat zij bij een thema werden geplaatst waar zij weinig input zouden kunnen geven. In de themasessies zijn we uitgebreid op de verschillende thema's in gegaan. We hebben met de respondenten gesproken over wat er goed gaat en waar knelpunten liggen. Na de groepssessies hebben we op enkele thema's extra interviews gehouden om verder te verdiepen.
- d. **Gesprekken met burgemeesters en een wethouder.** In deze gesprekken lag de focus van het gesprek op het horen van de betrokkenen. We spraken met hen over welke overwegingen zij nemen bij het opleggen van een crisismaatregel en tegen welke dilemma's zij aanlopen.

² Belangenbehartiging bij psychische problemen.

-
- e. **Gesprekken met betrokkenen en naasten:** In de gesprekken gingen we in op de ervaringen van drie betrokkenen en één naaste rondom de positie en mogelijkheden die zij hebben binnen de Wvggz en de ervaringen die zij hebben met de oplegging van een crisismaatregel of zorgmachtiging.

2 Doelen van de Wvggz

De onderzoeksvragen van deze evaluatie gaan in op een specifiek aantal doelen van de Wvggz:

- a. Versterken van de rechtspositie van de betrokkene.
- b. Ambulantisering van zorg.
- c. Zorg op maat met aandacht voor deelname aan de maatschappij.
- d. Verbeteren van de kwaliteit van zorg (door multidisciplinaire voorbereiding en keten- en netwerksamenwerking), dit doel wordt beschreven in hoofdstuk 6).

Bovenstaande doelen zijn wettelijk verankerd. Het succes ervan wordt echter bepaald door de wijze waarop ketenpartners binnen een regio samenwerken, het inwerkeffect van nieuwe wetgeving én de zorgbehoefte/mogelijkheden van individuele betrokkenen. Hieronder gaan we nader in op de genoemde doelen, hoe deze in de praktijk vorm krijgen en welke factoren bepalen of de doelen (kunnen) worden bereikt.

2.1 Versterken rechtspositie van de betrokkene

2.1.1 Context rechtspositie betrokkene

De Wvggz versterkt de rechtspositie van de betrokkene. Ten eerste krijgt de betrokkene meer inspraak in zijn/haar dwangbehandeling (het horen bij de crisismaatregel zoals beschreven in hoofdstuk 4) en middels het opstellen van een eigen plan van aanpak om verplichte zorg af te wenden en het opstellen van een zelfbindingsverklaring³ als onderdeel van de zorgmachtiging. Ook heeft de betrokkene recht op bijstand van een patiëntvertrouwenspersoon (hierna: PVP). De zorgaanbieder heeft de verplichting om de betrokkene hierover te informeren. Ook tijdens het horen wordt de betrokkene op dit recht gewezen. Tot slot zijn de klachtprocedures binnen de Wvggz uitgebreid: de leden van de klachtencommissie moeten onafhankelijk van de zorgaanbieder zijn. Ook mag de klachtencommissie bij een gegronde klacht een schadevergoeding toekennen. De rol van de advocaat is in de Wvggz niet veranderd; elke betrokkene heeft recht op (eventueel gesubsidieerde) rechtsbijstand.

2.1.2 Data in relatie tot de rechtspositie betrokkene

Bijstand PVP

In 2020 zijn van 31 personen met een crisismaatregel (14%) persoonsgegevens aan de patiëntvertrouwenspersoon (hierna: PVP) verstrekt. Dit is iets lager dan het landelijk beeld (18%).⁴

Opstellen eigen plan van aanpak

Bij 14%⁵ van de zorgmachtigingen is een eigen plan van aanpak opgesteld. Het eigen plan van aanpak resulteerde in 30% tot het afwenden van verplichte zorg. Dat is meer dan het landelijk gemiddelde: bij 9% van de zorgmachtigingen is een eigen plan van aanpak opgesteld, waarbij het bij een kwart van de eigen plannen van aanpakken is gelukt om verplichte zorg af te wenden.

³ In een zelfbindingsverklaring geeft de patiënt aan welke vormen van verplichte zorg hij zichzelf bindt, wanneer het niet goed met hem gaat en hij noodzakelijke zorg weigert. Een zelfbindingsverklaring is niet hetzelfde als een crisiskaart. In de crisiskaart geeft de betrokkene aan wat de wensen zijn tijdens een crisis. Een zelfbindingsverklaring biedt juridische grondslag voor het verlenen van (gedwongen) zorg.

⁴ Bron: regiomonitor Wvggz januari-december 2020.

⁵ Bron: registratie zorgaanbieders (Pro Persona, Iriszorg, RadboudUMC en CWZ).

Uit het onderzoek van MIND: Ervaringen met de Wet verplichte ggz in 2020



Uit het onderzoek van MIND blijkt dat ruim een kwart van de betrokkenen een eigen plan van aanpak heeft opgesteld om gedwongen zorg te voorkomen. Dat houdt in dat de overgrote meerderheid, dit niet heeft gedaan. In de meeste gevallen komt dit omdat (ex-)cliënten niet op de hoogte waren van de mogelijkheid om een eigen plan van aanpak op te stellen (26 mensen). Ook wordt genoemd dat niet ieders situatie geschikt is voor het opstellen van een eigen plan van aanpak.



Iets meer dan de helft van de familieleden/naasten wist van de mogelijkheid voor de cliënten om een eigen plan van aanpak op te stellen. Ongeveer 20% van de mensen heeft hun familielid of naaste geholpen met het opstellen van het eigen plan van aanpak. Dit betekent dat het overgrote deel dit niet heeft gedaan. De meest voorkomende redenen hiervoor zijn dat ze niet op de hoogte waren van de mogelijkheid, dat de mogelijkheid niet geboden werd of dat de betrokkene het zelf niet wilde.

Zelfbindingsverklaring

Uit gegevens van zorgaanbieders⁶ blijkt dat er in 2020 één keer een zelfbindingsverklaring is opgesteld.

2.1.3 Duiding interviews en groepssessie

Bijstand PVP

Respondenten noemen dat de PVP weinig wordt ingezet rondom de crisismaatregelen (uit de data uitvraag bleek dit 14% te zijn). De meerwaarde van de rol van de PVP wordt door Pro Persona gezien: de PVP communiceert met de betrokkene over de procedures, termijnen en rechten en biedt een luisterend oor. Ook houdt deze rol de hulpverlening scherp. De PVP die aan de HIC in Nijmegen is gekoppeld geeft aan alle betrokkenen met een crisismaatregel telefonisch te benaderen. Zijn ervaring is dat betrokkenen met een crisismaatregel niet goed in staat zijn om de informatie die hij geeft te verwerken en ervaart zijn inzet en het contact later in het proces (VCM of ZM) als meer behulpzaam.



Uit het onderzoek van MIND: Ervaringen met de Wet verplichte ggz in 2020

Bijna de helft van de respondenten geeft aan dat zij niet op de hoogte zijn geweest van de mogelijkheid om een PVP in te schakelen. Wanneer respondenten wel op de hoogte waren van de mogelijkheid om de PVP in te schakelen, maakten zij in bijna alle gevallen hier ook gebruik van.

Alle drie de betrokkenen die wij voor ons onderzoek gesproken hebben waren op de hoogte van de mogelijkheid om een PVP in te schakelen. Echter geen van de betrokkenen heeft gebruik gemaakt van de PVP. De betrokkenen geven de volgende redenen:



Ik zou de PVP benaderen wanneer het mij het gevoel zou geven dat het wat uit zou kunnen maken. Maar door de houding van de psychiater had ik geen optimisme dat de PVP iets bij had kunnen dragen of iets uit zou kunnen halen. Ik voelde mij bovendien niet sterk staan en mijn verhaal vertellen kostte toen te veel moeite en stress.



Ik heb een gesprek met de PVP niet noodzakelijk gevonden tijdens mijn proces. Het ging zo goed met het team bij beschermd wonen en mijn psychiaters, dat ik het niet nodig had. Ik kon bij hen voldoende mijn verhaal kwijt. Zij waren mijn luisterend oor.



Ik was wel op de hoogte van de PVP, maar ik had er geen behoefte aan. Ik was bezig met mijzelf en had geen zin om meer gesprekken te doen. Achteraf gezien had ik het misschien wel moeten doen. Nu is het goed en wil ik het achter mij laten.

⁶ Waarbij opgemerkt moet worden dat de registratie niet met zekerheid volledig is ingevuld. In ieder geval is duidelijk (ook vanuit de ervaringen van betrokken professionals) dat de zelfbindingsverklaring zeer beperkt wordt gebruikt.

Een naaste die wij in ons onderzoek hebben gesproken, benadrukt bovendien het belang van het moment waarop de betrokkene op de hoogte gebracht wordt van de mogelijkheid een PVP in te schakelen.



Toen mijn dochter in de isoleercel zat stond er op een briefje met een plakbandje dat ze contact kon opnemen met PVP.

De naaste die wij voor ons onderzoek gesproken hebben geeft aan zelf geen gebruik gemaakt te hebben van een familievertrouwenspersoon (FVP), maar er wel een moment is geweest waarop ze dat had kunnen doen.



Er is mij door Pro Persona aangeboden om in contact te komen met de FVP, maar daar heb ik geen gebruik van gemaakt. Ik ben het echter één keer oneens geweest met de zorg. Ik werd toen niet gehoord door de psychiater. Er werd te veel vrijheid gegeven aan mijn dochter met een nieuwe opname tot gevolg. Achteraf gezien had ik mijn zorgen kwijt gekund bij de FVP.

Rechtspositie in het kader van klachtrecht en rechtsbijstand

De twee advocaten die wij in het kader van dit onderzoek hebben gesproken geven aan dat de rechtspositie van betrokkenen is verbeterd. De klachtenprocedure is specifieker omschreven en uitgebreid. Zij zien dat deze uitbreiding in het veld zorgt voor een toename van administratieve handelingen. Zij geven aan dat zij dit vanuit de bril van jurist niet als lasten ervaren, maar als juridische begrenzing wat genoteerd en aangevraagd dient te worden. De extra administratieve handelingen zijn in de ogen van de advocatuur dan ook een logisch gevolg van de verbeterde rechtspositie. Het is hun ervaring dat betrokkenen zelf weinig meekrijgen van deze verbetering: “dwang is dwang, en het hoe en wat is voor hen minder relevant”. Ten aanzien van de klachtenprocedure is er onder de Wvvgz een splitsing aangebracht: de PVP heeft de verantwoordelijkheid gekregen om een klacht in te dienen. In het verleden was dit de taak van de advocatuur. Het gaat buiten het zichtveld van de advocatuur om of deze klachten ook daadwerkelijk worden ingediend, of door bemiddeling tot een uitkomst leiden.

Ook geeft de advocatuur aan te zien dat de verplichte zorg meer op maat gegeven wordt. Het is duidelijker welke vormen van verplichte zorg aangevraagd worden. De advocaten geven aan dat zij meer mogelijkheden ervaren om (vanuit de bijstand van de betrokkene) kritisch te bevragen tegen welke vormen van zorg de betrokkene zich verzet en dus écht noodzakelijk zijn om in een gedwongen kader toe te passen.

Tot slot is de advocatuur tevreden over de eerdere notificaties die zij rondom het proces zorgmachtiging ontvangen. Onder de Bopz werden zij geïnformeerd op het moment dat er een verzoekschrift tot een rechterlijke machtiging (RM) was; onder de Wvvgz ontvangen zij een voorbereidingsmelding. Daardoor kunnen zij hun rol beter invullen. De advocaten geven aan dat zij een melding rondom een gedwongen opname vaak pas later ontvangen. Ook hier zien ze graag dat ze eerder worden geïnformeerd, om hun rol (en daarmee de positie van de betrokkene) beter in te kunnen vullen.

Eigen plan van aanpak en zelfbindingsverklaring

Over het opstellen van een eigen plan van aanpak (in 14% van de gevallen) en een zelfbindingsverklaring (één keer opgesteld), geven respondenten aan dat:

- a. Er een leereffect is in de nieuwe wetgeving. De mogelijkheden zijn bij zowel hulpverleners als rechters nog niet altijd scherp. Hulpverleners geven aan dat de zelfbindingsverklaring bij betrokkenen die mee willen werken een zeer goed hulpmiddel kan zijn én bovendien een snellere procedure biedt. Zij geven aan dat zij hier zelf niet altijd aan denken en zien dat voor rechters en officieren van justitie hetzelfde geldt.
- b. Het opstellen van een eigen plan van aanpak niet voor alle betrokkenen een mogelijkheid is. Het vergt inzicht in het eigen ziektebeeld, wat bij gedwongen zorg juist vaak ontbreekt.

Een betrokkene die we voor het onderzoek hebben gesproken geeft aan positieve ervaringen te hebben met de zelfbindingsverklaring:



In de zelfbindingsverklaring kan ik aangeven welke verplichte zorg ik wel en niet krijg als het even slechter gaat. Ik wil bijvoorbeeld wel opgenomen worden, maar niet in een isoleercel terechtkomen. Ook heb ik aangegeven medicatie waar ik van aankom niet te willen slikken.

Een naaste van bovengenoemde betrokkene geeft aan dat de inspraak van haar dochter in het proces een belangrijke factor voor herstel is geweest:



Het samen werken aan het zorg- en behandelplan met de Spv'er en psychiater en het mogen meebeslissen heeft mijn dochter enorm geholpen in het proces. Het zorgt voor houvast en stabiliteit om te voorkomen dat ze ooit weer in dezelfde situatie belandt.

Een andere betrokkene heeft geen gebruik gemaakt van een zelfbindingverklaring, maar geeft aan daar wel behoefte aan te hebben:



De zorgmachtiging laat alle aspecten toe van de psychiatrie. Maak het passender door voorwaarden te specificeren, bijvoorbeeld dat medicatie pas gegeven wordt op het moment wanneer iemand weer iets tot rust gekomen is.

2.2 Ambulantisering

2.2.1 Context en afspraken ambulantisering

Verplichte zorg op grond van de Wvvgz kan ook ambulant worden toegepast. Het kan hierbij gaan om somatische zorg, zoals het toedienen van vocht, voeding of medicatie, een onderzoek van de woon- of verblijfsruimte op gedragsbeïnvloedende middelen of gevaarlijke voorwerpen, maar ook om therapeutische maatregelen ter behandeling van een psychische stoornis. Hierbij is een belangrijke voorwaarde dat zorg veilig en verantwoord geleverd kan worden in de thuissituatie. Op basis van een zorgmachtiging kan er verplichte ambulante zorg óf vrijwillige ambulante zorg worden toegepast. Een betrokkene met een zorgmachtiging gaat in dat laatste geval vrijwillig akkoord met de ambulante zorg. De zorgmachtiging werkt dan als ware als 'stok achter de deur'.

2.2.2 Data ten aanzien van ambulantisering

De registratie van zorgaanbieders Pro Persona, Karakter en Iriszorg laat zien dat bij ongeveer 9% van de zorgmachtigingen de dwangbehandeling ambulant wordt afgegeven ingezet.⁷ De verplichte zorg onder de crisismaatregel wordt altijd klinisch ingezet.

2.2.3 Duiding vanuit respondenten

Uit de gesprekken en de groepssessie komt duidelijk naar voren dat er aandacht is voor de afweging tussen vrijwillige zorg en verplichte zorg. Vrijwillige zorg is het uitgangspunt. Respondenten geven aan dat er meer aandacht zou kunnen zijn voor de mogelijkheid om verplichte zorg ambulant in te zetten. Hierbij is het belangrijk om te noemen dat er bij betrokkenen met een zorgmachtiging vaker vrijwillige ambulante zorg wordt ingezet dan verplichte ambulante zorg. Deze personen stemmen in met de toegepaste zorg. De gesproken professionals noemen dat men vaak probeert vrijwillige zorg in te zetten, maar wanneer dit niet lukt, verplichte zorg in een klinische setting logischerwijs daarop volgt. Het overwegen om verplichte zorg in de thuissituatie in te zetten, wordt in sommige gevallen onbewust overgeslagen. Pro Persona geeft aan enerzijds dit beeld te herkennen; het vergt tijd voor professionals om de nieuwe mogelijkheden in het systeem eigen te maken. Anderzijds volgt het Beleidsplan Wvvgz van Pro Persona de richtlijn van de Nederlandse

⁷ Waarbij opgemerkt moet worden dat de registratie niet met zekerheid volledig is ingevuld. In ieder geval is duidelijk (ook vanuit de ervaringen van betrokken professionals) dat ambulante zorg beperkt wordt toegepast.

Vereniging voor Psychiatrie, die onder anderen stelt dat verschillende vormen van verplichte zorg (d.w.z. als er verzet is) in de thuissituatie niet veilig of doelmatig kunnen worden toegepast. De overweging wordt echter steeds meer onderdeel van het zorgplan. Ook geeft Pro Persona aan dat wanneer een betrokkene in staat is om thuis (verplicht) bijvoorbeeld medicatie te nemen, het vaak ook in het vrijwillig kader kan. Volgens de zorgaanbieder liggen verplichte ambulante zorg en vrijwillige zorg daarin dicht bij elkaar.

Vanuit familieperspectief en belangenbehartiging kwam het geluid dat zij bedenkingen hebben bij het inzetten van gedwongen zorg in de thuissituatie, voornamelijk wanneer iemand nog niet bekend is in de ggz. Wanneer iemand reeds bekend is bij de hulpverlening, kan, volgens de gesproken personen, men een crisis beter zien aankomen en kan de hulpverlening proberen om ambulant bij te sturen. Wanneer er in dat geval deskundige hulp in de thuissituatie wordt ingezet, kan dat voor alle partijen verlichtend zijn. Maar, wanneer een betrokkene voor het eerst te maken heeft met de Wvggz, is het minder duidelijk hoe veilig ambulante gedwongen zorg is.

In de groepssessie werd genoemd dat naast familie, naasten en professionele hulpverlening er ook nog andere personen zijn die te maken kunnen krijgen met een persoon met ggz-problematiek, namelijk de burens. Ook de gemeente beaamt dat dit een belangrijk aspect is dat niet uit het oog moet worden verloren. Mensen in de omgeving van een betrokkene kunnen overlast ervaren, te maken krijgen met onveilige situaties of zich zorgen maken over hun burens. In die zin kan een verplichte ambulante opname veel impact hebben op de (mensen in de fysieke) omgeving van die persoon. De gemeente geeft aan dat wanneer er onrust ontstaat in de fysieke omgeving van de persoon, de buurt in eerste instantie aanklopt bij de gemeente. De gemeente heeft in dit soort situaties weinig handelingsruimte, aangezien de zorgaanbieder de verplichte ambulante zorg uitvoert. De aanbieder kan op zijn beurt weinig tot geen informatie delen met de gemeente hierover, in verband met de privacywetgeving⁸. Bij de zorgaanbieders ligt de focus vooral op het verlenen van zorg aan de betrokkene en worden, volgens de in de groepssessie aanwezige gemeente en vertegenwoordiging vanuit familieperspectief en belangenbehartiging, de omgeving en naasten van betrokkenen minder meegenomen.

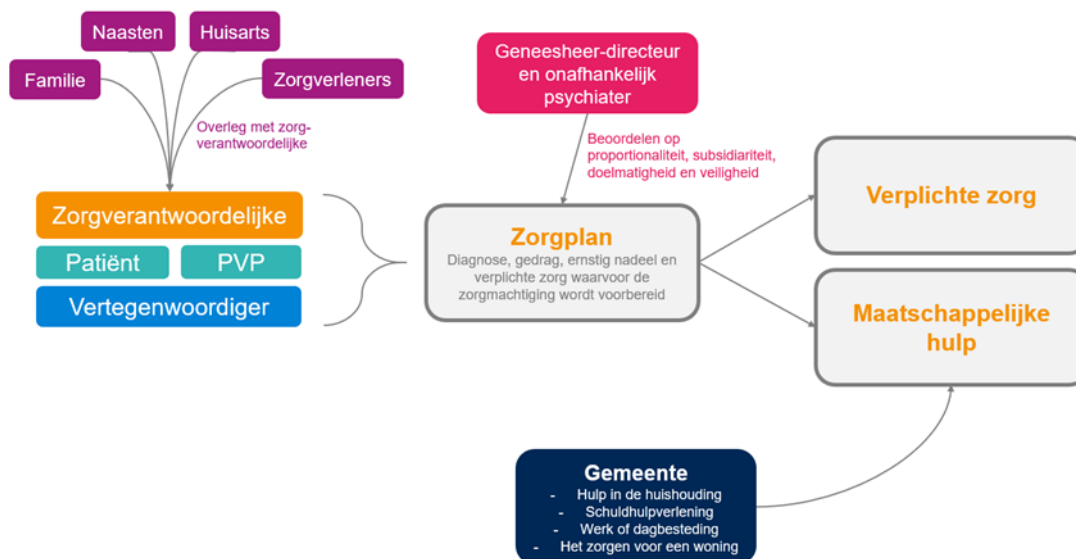
2.3 Zorg op maat met aandacht voor deelname aan de maatschappij

2.3.1 Context en afspraken aandacht deelname aan de maatschappij

Een van de doelen van de Wvggz is dat er zorg op maat geboden moet worden door middel van een integrale zorgmachtiging met zorg aan de betrokkene en aandacht voor maatschappelijke deelname. Dit gebeurt in het zorgplan. De zorgverantwoordelijke beschrijft welke verplichte zorg hij noodzakelijk vindt. Het is de bedoeling dat hij overlegt met de huisarts van de betrokkene, andere zorgverleners, maar ook familie en naasten. Als de zorgverantwoordelijke van mening is dat er ook maatschappelijke hulp nodig is, kan hij daarover overleggen met de gemeente. Wanneer dit het geval is, wordt ook deze hulp opgenomen in het zorgplan. In figuur 2 is het proces rondom het zorgplan weergegeven.

⁸ De convenanten gegevensdeling van het Zorg- en Veiligheidshuis en de regieteams overlast- en multiprobleemhuishoudens bieden wellicht de mogelijkheid om informatie van zorgaanbieders te delen met de gemeente. Deze route moet nader onderzocht worden.

Proces rondom het zorgplan



Figuur 2: Proces zorgplan

Met betrekking tot deelname aan de maatschappij wordt in het zorgplan de vraag gesteld: *“Wat zijn de essentiële voorwaarden voor deelname aan het maatschappelijk leven, voor zover deze ontbreken?”*. In de gebruiksinstructie wordt opgesomd waar hierbij aan gedacht kan worden, namelijk identiteitspapieren, huisvesting, uitkering of ander inkomen, schuldhulpverlening en dagbesteding, werk of opleiding. Het is aan de zorgverantwoordelijke om hier een antwoord op te formuleren, zodat hiermee operationele afspraken tussen ketenpartners (waaronder dus de gemeente / sociaal domein) gemaakt kunnen worden.

In de regio Gelderland-Zuid is afgesproken dat Pro Persona bij de start van het opstellen van een zorgplan afstemming zoekt met het MBZ. Het doel hiervan is dat Pro Persona alle nuttige beschikbare informatie ter beschikking heeft en bijvoorbeeld niet nogmaals een poging doet tot een vrijwillig traject, terwijl dit in het verleden al geprobeerd is. De verantwoordelijkheid over het invullen van het zorgplan ligt bij de GGZ. De GGZ kan de GGD betrekken of mee laten denken zodra het om maatschappelijke voorwaarden gaat. Wanneer er alleen sprake is van een verkennend onderzoek, kan de GGZ de sociale teams van de gemeente benaderen om mee te denken over hoe een betrokkene geholpen kan worden wat met betrekking tot maatschappelijke voorwaarden.

2.3.2 Duiding vanuit interviews en groepsbijeenkomsten

Maatschappelijke voorwaarden

Er wordt niet geregistreerd welke maatschappelijke voorwaarden nodig zijn/of dit onderdeel van het zorgplan in wordt gevuld. Respondenten geven aan dat de potentie van het opstellen van een zorgplan waarin oog is voor aandacht voor deelname aan de maatschappij niet volledig benut wordt. In de groepsessie die op dit thema is gehouden, kwam naar voren dat in het zorgplan de focus voornamelijk ligt op de medische zorgkant en minder op de maatschappelijke zorgkant. De aanwezigen, waaronder vertegenwoordigers van familieperspectief en belangenbehartigers, stelden dat de vraag wat iemand nodig heeft in brede zin, centraal zou moeten staan. Hierbij zou het moeten gaan om de combinatie van medische/psychische hulp en maatschappelijke hulp, waaronder bijvoorbeeld een zinvolle dagbesteding. Zij pleitten voor een integraal plan waarin alle leefgebieden worden meegenomen.

Uit het onderzoek van MIND: Ervaringen met de Wet verplichte ggz in 2020



Iets minder dan twee derde van de familie/naasten is niet betrokken geweest bij het opstellen van het zorgplan. Redenen hiervoor zijn uiteenlopend. In sommige gevallen was de familie/naasten graag betrokken geweest bij het opstellen van het zorgplan. Een aantal familieleden of naasten hebben het idee dat ze er (bewust) buiten gehouden werden. Ook noemen enkele respondenten dat andere betrokkenen deze rol oppakten, zoals een mantelzorger, bewindvoerder of woonbegeleiding.

Pro Persona noemt dat het onderdeel over maatschappelijke voorwaarden in het zorgplan beperkt wordt ingevuld. Bovendien is de vraag in het zorgplan over de maatschappelijke voorwaarden erg breed en open geformuleerd, namelijk: *“Wat zijn de essentiële voorwaarden voor deelname aan het maatschappelijk leven, voor zover deze ontbreken?”*. Pro Persona geeft aan dat deze vraag zo breed is, dat het men niet altijd lukt om hier een heel concreet antwoord op te geven, waardoor er sneller over de vraag heen wordt gestapt. Tegelijkertijd benoemt Pro Persona dat in het behandelplan (zeker wanneer het gaat om de behandeling vanuit de FACT-teams) aandacht is voor maatschappelijke voorwaarden. Het behandelplan⁹ is op het thema maatschappelijke voorwaarden uitgebreider uitgewerkt dan het zorgplan. Het zorgplan is onderdeel van het verzoekschrift aan de rechter. De ervaring van Pro Persona is dat er vanuit het OM weinig wordt doorgevraagd/getoetst op dit onderdeel van het zorgplan.

Afstemming tussen GGZ-aanbieders en gemeenten / sociaal domein over de zorgplannen

Een belangrijke uitkomst uit de groepssessie op dit thema is dat de aansluiting met het sociaal domein minimaal is. Gemeenten hebben geen mogelijkheid om de zorgplannen in te zien. De verbinding tussen het zorgplan en het sociaal domein binnen de gemeente mist, terwijl er mogelijk wel gesproken wordt over bijvoorbeeld huisvesting of schuldhulpverlening in het zorgplan. De gemeente die aanwezig was bij de groepssessie op dit thema, benoemt dat er geen afspraken zijn tussen zorgaanbieders en gemeenten met betrekking tot het delen van deze informatie of signalen en dat de aansluiting onvoldoende geregeld is. Hierbij wordt benoemd dat het initiatief hiervoor vanuit de ggz moet komen, aangezien het andersom niet mogelijk in verband met privacywetgeving. Mogelijk speelt hierbij mee dat de zorgaanbieders zich hier niet bewust van zijn en daardoor de informatie hierover niet actief delen met de gemeente of het sociaal domein. Eén van de ervaringsdeskundigen¹⁰ die tijdens de groepssessie over dit onderwerp aanwezig was, heeft samen met de gemeente Borne en Mediant een werkwijze opgesteld om tot een beter afstemming tussen gemeente en de GGZ te komen.¹¹ De kern van deze afspraken is een grotere rol van het wijkteam tijdens de verplichte zorg (opname).

2.4 Bemoeizorgtrajecten

De vraag rijst of de complexiteit van de bemoeizorgdoelgroep door de Wvvgz is toegenomen of afgenomen; en of de Wvvgz tot grotere effectiviteit van de bemoeizorgtrajecten kan leiden. Doordat het meldpunt Wvvgz en het meldpunt bijzondere zorg zijn samengevoegd, ontstaat een natuurlijke samenwerking tussen beide sporen. Een melding kan leiden tot inzet van bemoeizorg om in het vrijwillige kader te proberen wat er mogelijk is. Eerder was deze link misschien minder snel gelegd, en was er eerder overgestapt naar gedwongen zorg. Dit sluit aan bij de bedoeling van de wet en bij sommige casuïstiek kan gedwongen zorg voorkomen worden. Echter maakt het de doelgroep binnen de bemoeizorgteams ook complexer; de casuïstiek komt pas later bij bemoeizorg in beeld.

⁹ Het zorgplan geeft een uitgebreide omschrijving van de diagnose, het gedrag, het ernstig nadeel en de verplichte zorg waarvoor de zorgmachtiging wordt voorbereid. In het behandelplan staat welke behandeling iemand krijgt, aan welke doelen er gewerkt wordt en hoe iemand deze doelen kan bereiken.

¹⁰ Deze ervaringsdeskundige is woonachtig in de regio Gelderland-Zuid en als ervaringsdeskundige werkzaam in het gehele land.

¹¹ <https://www.familieperspectief.nl/2021/05/06/verleiding-is-het-toverwoord/>

2.5 Aanbevelingen

- a. Zorg voor een beweging van een onbewuste afweging naar een bewuste afweging: We zien dat nieuwe wettelijke mogelijkheden 'wentijd' met zich meebrengt. Dit geldt met name rondom het opstellen van een eigen plan van aanpak, het inzetten van verplichte ambulante zorg en aandacht voor maatschappelijke deelname. We zien in de data dat deze mogelijkheden beperkt in worden gezet. Dat is enerzijds logisch en verklaarbaar gezien de problematiek waar betrokkenen mee kampen. Anderzijds geven professionals ook aan nog niet altijd gewend te zijn aan de nieuwe procedures en mogelijkheden. Dit geldt met name voor de ggz-aanbieders, maar ook voor justitiële partners (OM, advocatuur en rechtspraak). Dat gaat niet vanzelf: het gaat om de verandering van een onbewuste afweging (zo doen we het) naar een bewust afweging (wat is er mogelijk). Het helpt om deze thema's te agenderen op de regionale periodieke overleggen én binnen de overleggen binnen de verschillende organisaties, zodat er meer bewustzijn voor deze uitgangspunten ontstaat.
- b. Maak afspraken over welke informatie het zorgplan zou moeten bevatten: Ten aanzien van het opnemen van de maatschappelijke voorwaarden in het zorgplan helpt het om dit begrip concreet te maken naar een aantal thema's zoals huisvesting, dagbesteding of schulden. Het zorgplan is een landelijk gebruikt format, waarin niet zomaar aanpassingen gedaan kunnen worden. Wel zouden de zorgaanbieders samen de gemeente afspraken kunnen maken over welke informatie het zorgplan moet bevatten op het thema maatschappelijke voorwaarden en deelname. De GGZ kan op haar beurt de GGD betrekken om hen te laten meedenken over hoe het onderdeel maatschappelijke voorwaarden vormgegeven kan worden in het zorgplan. De GGD gaat niet over de inzet van zorg, maar heeft wel expertise in het richting geven aan een ondersteuningsbehoefte. Wanneer wordt afgesproken welke vragen hierbij leidend zijn, kan er beter inzicht verkregen worden in de situatie en de ondersteuningsbehoefte.

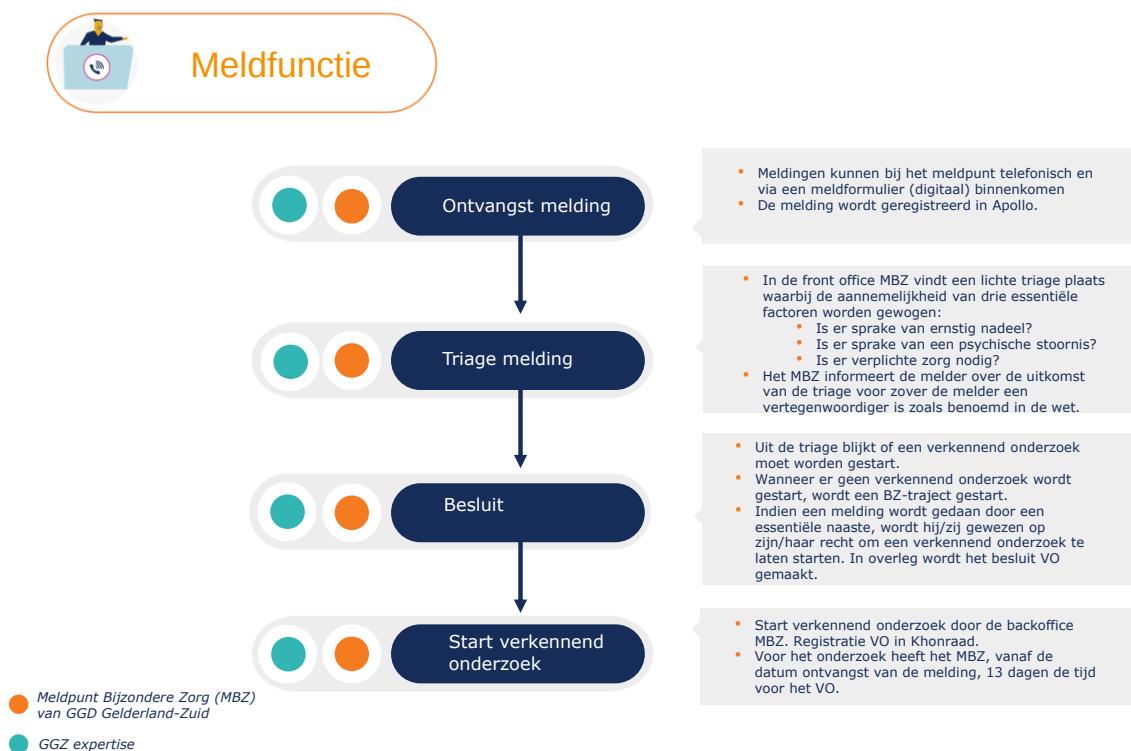
3 Meldfunctie, verkennend onderzoek en aanvraag zorgmachtiging

In het 'Ketenplan Wvggz' en de 'toolbox zorgmachtiging Gelderland-Zuid' staan de samenwerkingsafspraken tussen de verschillende partijen die betrokken zijn bij de uitvoering van de Wvggz in de regio Gelderland-Zuid beschreven. In dit hoofdstuk zetten we achtereenvolgens per fase de belangrijkste afspraken en processtappen, de uitkomsten uit de data-uitvraag en duiding uit de groepsbijeenkomsten op een rij. Aan het eind van het hoofdstuk volgen enkele aanbevelingen.

3.1 Meldfunctie

3.1.1 Processtappen en afspraken meldfunctie

Het meldpunt waar de meldingen in het kader van de Wvggz behandeld worden, is belegd bij het MBZ van de GGD Gelderland-Zuid. Het MBZ is een regionaal werkende voorziening die namens de gemeenten in regio Gelderland-Zuid (exclusief Zaltbommel en Maasdriel, inclusief Mook en Middelaar) taken uitvoert in het kader van de Openbare Geestelijke Gezondheidszorg (OGGZ). De uitvoering van de Wvggz-taken gebeurt door hbo-geschoolde (zorg)professionals met kennis van psychiatrie. Het 'ketenplan Wvggz' en de 'toolbox zorgmachtiging Gelderland-Zuid' beschrijven de werkafspraken die in de regio Gelderland-Zuid zijn gemaakt omtrent het melden. De processtappen vatten wij samen in figuur 3.

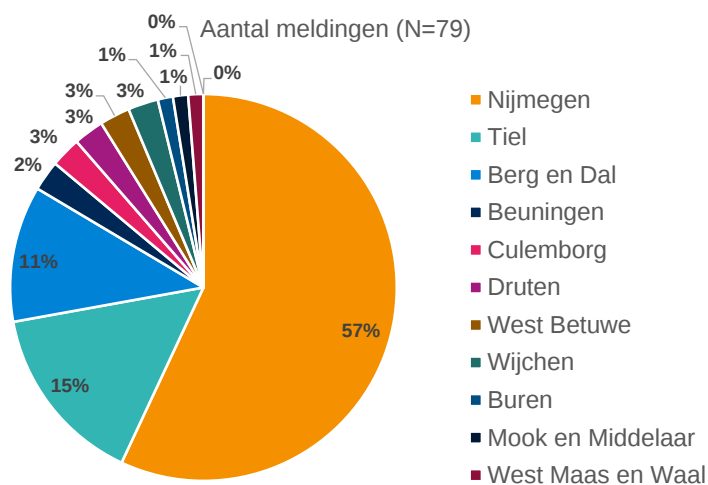


Figuur 3. Processtappen van de meldfunctie in het kader van het werkproces zorgmachtiging Wvggz

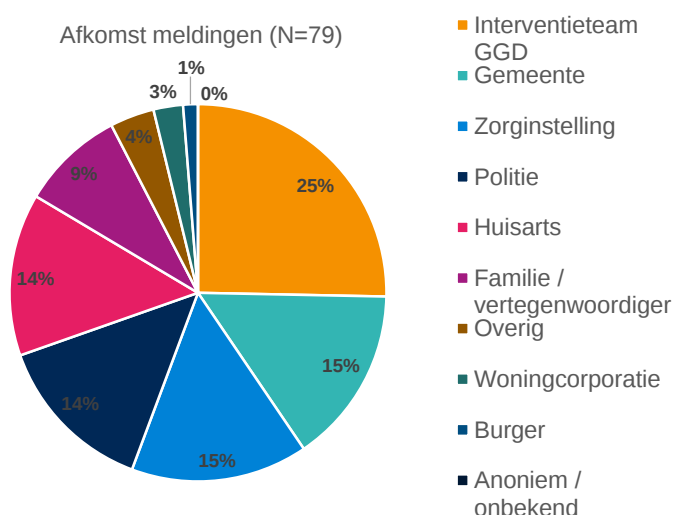
Het afgelopen jaar heeft de regio Gelderland-Zuid een aantal acties ondernomen rondom het MBZ. De GGD breidt de communicatie over het MBZ uit naar inwoners van de regio. In 2020 is hier geen actieve communicatiecampagne voor gestart, omdat een extra toestroom van meldingen in de startfase van de uitvoering van de Wvggz-taken niet wenselijk was. Met het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) zijn afspraken gemaakt over het doorsturen van meldingen naar het OM die bij hen binnenkomen in het kader van de Wzd, maar qua problematiek meer passen bij de Wvggz.

3.1.2 Data over de meldfunctie

In 2020 zijn er bij het MBZ van GGD Gelderland-Zuid 79 meldingen¹² binnengekomen in het kader van de Wvggz. In Figuur 4 is te zien dat het merendeel van de meldingen afkomstig is uit de gemeente Nijmegen. Ondanks dat Nijmegen de grootste gemeente is, is het aantal meldingen in de gemeente Nijmegen relatief hoog. Ongeveer 37% van de inwoners in Gelderland-Zuid woont in Nijmegen, terwijl het percentage meldingen afkomstig uit de gemeente Nijmegen hoger ligt (57%). Hetzelfde geldt voor de gemeenten Tiel (9% van de inwoners uit Gelderland-Zuid woont in Tiel) en Berg en Dal (7% van de inwoners uit Gelderland-Zuid woont in Berg en Dal). Daarnaast valt op dat er relatief weinig meldingen afkomstig zijn uit West Betuwe (3% van de meldingen, terwijl 11% van de inwoners uit Gelderland-Zuid in West Betuwe woont) en Wijchen (respectievelijk 3% (meldingen) en 9% (inwoners)). Vanuit de gemeenten Heumen en Neder-Betuwe zijn geen meldingen bij het MBZ gedaan.



Figuur 4. Binnengekomen meldingen in het kader van de Wvggz in 2020



Figuur 5. Afkomst meldingen in het kader van de Wvggz in 2020 per partij

In Figuur 5 is de verdeling van de afkomst van meldingen Wvggz per partij weergegeven. Hieruit blijkt dat een kwart van de meldingen Wvggz die bij het MBZ zijn gedaan, afkomstig is van het interventieteam¹³ van de GGD Gelderland-Zuid. De gemeenten (inclusief Zorg- en Veiligheidshuizen), zorginstellingen, politie en huisarts zijn in gelijke mate tezamen voor ongeveer 60% van de meldingen verantwoordelijk. Familieleden of vertegenwoordigers, woningcorporaties en burgers deden naar verhouding de minste meldingen bij het MBZ.

¹² De meldingen die in januari en februari van 2020 zijn gedaan en niet tot een verkennend onderzoek hebben geleid, zijn niet geregistreerd. Extrapolatie van de 79 geregistreerde meldingen maakt een inschatting van 99 meldingen op jaarbasis.

¹³ [Interventieteam · GGD Gelderland-Zuid \(ggdgelderlandzuid.nl\)](https://www.ggdgelderlandzuid.nl/).

De triage en daarmee het afhandelen van de melding duurt gemiddeld 8,1 uur. Dit is meer dan initieel begroot, namelijk 1,75 uur per melding. Het proces rondom het onderzoeken van een melding neemt in Gelderland-Zuid meer tijd in beslag dan bij andere GGD'en. Zo hebben medewerkers van de GGD Gelderland-Midden gemiddeld één uur voor het afhandelen van een melding. Het MBZ investeert aan de voorkant al goed in het onderzoeken van de melding. Daarmee worden, zoals blijkt in de volgende paragraaf, ruim de helft van de meldingen Wvvggz afgevangen en doorgezet naar het MBZ. De gedachte is dat de extra investering in de triage van de meldingen zich dan ook terugverdient.

3.1.3 Duiding meldfunctie uit de groepssessies

Melders zijn slechts in een minderheid van de gevallen naasten van de betrokkene. In de groepsbijeenkomst geven de respondenten als verklaring dat naasten niet goed weten dat de Wvvggz bestaat of dat het bij hen niet leeft om hier meldingen over te doen. Ook bestaat de indruk dat naasten drempels kunnen ervaren om te melden, omdat zij bang zijn wat hun melding voor gevolgen heeft voor hun naasten. Mogelijk zijn melders niet op de hoogte van de triage die de GGD uitvoert en de informerende rol die zij hebben.

Ook bij professionals bestaan er uitdagingen rondom het melden. De bekendheid van het MBZ verschilt en het is niet altijd duidelijk waar welke melding moet worden gedaan. Dit geldt specifiek bij de samenloop tussen de Wvvggz en de Wzd. Respondenten ervaren, mede doordat het MBZ ook een verkennend onderzoek uitvoert wanneer het op voorhand niet duidelijk is of de Wvvggz of de Wzd voorliggend is, dat deze onduidelijkheid steeds minder wordt. De eerdergenoemde afspraken met het CIZ over het doorsturen van Wvvggz meldingen naar het OM wanneer deze binnenkomst in het kader van de Wzd, helpen hierbij.

Een punt dat tijdens de groepsbijeenkomst naar voren kwam, is de zorg dat mensen wellicht tussen wal en schip vallen als een melding uiteindelijk niet leidt tot een verkennend onderzoek. De GGD onderzoekt de mogelijkheden van zorg in een vrijwillig kader, maar kan deze (mede door wachtlijsten bij de GGZ), niet direct inzetten.

De GGD geeft aan dat in de praktijk de betrokkene nauwelijks te horen krijgt als een besluit is genomen. Sociale wijkteams ervaren het als lastig dat zij geen terugkoppeling krijgen wanneer een melding niet tot een verkennend onderzoek leidt. Zij weten dan namelijk niet of er iemand actie gaat ondernemen om zorg aan te bieden aan betrokkene en wie dit dan is. Vanwege privacy-redenen mag de GGD deze informatie echter niet zomaar met het sociaal wijkteam, of anderen, delen. De uitkomst van een melding mag alleen worden gedeeld aan de melder voor zover deze een essentiële naaste betreft zoals benoemd in de Wvvggz, in Artikel 5.2.

Uit het onderzoek van MIND: Ervaringen met de Wet verplichte ggz in 2020



De zorgverantwoordelijke zou overleg moeten voeren met de betrokkene over het voornemen om over te gaan tot het verlenen van verplichte zorg, voordat dit besloten kan worden. Uit het onderzoek van MIND blijkt iets meer dan de helft van de respondenten geen mondelinge uitleg heeft gekregen van hun behandelaar, het verplegend personeel of de PVP.



Van de groep familie en naasten geeft de meerderheid (60%) aan dat zij geen mondelinge uitleg hebben ontvangen over de verplichte zorg; 40% heeft dit wel gekregen. Van deze 40 geeft iets minder dan twee derde aan dat zij de mondelinge uitleg duidelijk vonden.

3.2 Verkennend onderzoek

3.2.1 Processtappen en afspraken verkennend onderzoek

Net als de uitvoering van de meldfunctie, is ook de uitvoering van het verkennend onderzoek belegd bij het MBZ van de GGD Gelderland-Zuid. Figuur 6 geeft de belangrijkste processtappen weer. Het verkennend onderzoek is een diepgaander onderzoek naar de drie essentiële factoren van ernstig nadeel, een psychische stoornis en de noodzaak tot verplichte zorg. Tijdens de uitvoering van het verkennend onderzoek spreekt de medewerker van het MBZ met de betrokkene over de eventuele bereidheid tot vrijwillige zorg. Op basis van de verzamelde informatie in het verkennend

onderzoek stelt het MBZ een positief (noodzaak verplichte zorg) of negatief (geen noodzaak verplichte zorg) advies op. De medewerker MBZ dient er zorg voor te dragen dat de gemeente binnen de termijn van 14 dagen nog één werkdag heeft om de uitkomst van het verkennend onderzoek te toetsen en door te zetten naar de officier van justitie (OvJ) voor een aanvraag zorgmachtiging. Bij een negatief advies is het belangrijk om samen met de melder (indien dit een persoon betreft zoals genoemd in Artikel 5.2 Wvggz) te kijken wat de betrokkene nodig heeft. Dit kan zijn het inzetten van het interventieteam, samenwerking zoeken met de sociale wijkteams, de samenwerking te zoeken met de politie, et cetera. Het verkennend onderzoek mag echter volgens de wet niet direct naar een vorm van zorg toeleiden, omdat het een onafhankelijk onderzoek is in het kader van de Wvggz.. Wel is de afspraak in de regio Gelderland-Zuid dat het MBZ bekijkt wie de casus kan oppakken wanneer er sprake is van een negatief advies. Daarnaast kan de melder bij een negatief advies een melding Bijzondere Zorg doen.



Figuur 6. Processtappen van het verkennend onderzoek in het kader van het werkproces zorgmachtiging Wvggz

3.2.2 Data verkennend onderzoek

Uit de onlangs verschenen ketenmonitor Wvggz 2020 blijkt dat er in 2020 op landelijk niveau 1.644 meldingen zijn gedaan. Hiervan hebben 1.617 meldingen (98,4% van het totaal aantal meldingen) geleid tot een verkennend onderzoek. Uit de gegevens van de GGD Gelderland-Zuid blijkt dat er na triage van de meldingen in regio Gelderland-Zuid uiteindelijk 41 meldingen (41%) als Wvggz-melding zijn geregistreerd en een verkennend onderzoek is gestart. De uitgebreide triage bij de meldingen zorgen er dus voor dat er minder verkennend onderzoeken worden uitgevoerd dan elders in het land. Ook zien we dat het aandeel verkennend onderzoeken met een positief advies hoger ligt: in Gelderland-Zuid leidt 77% van de afgeronde VO's tot een ingediende aanvraag bij het OM¹⁴. Gemiddeld genomen over alle veiligheidsregio's ligt het percentage afgeronde verkennend onderzoeken die leiden tot een ingediende aanvraag bij de OvJ op 50%.

De verkennend onderzoeken in de regio Gelderland-Zuid zijn binnen de wettelijke termijn van 14 dagen uitgevoerd.¹⁵ Het uitvoeren van een verkennend onderzoek duurt gemiddeld 21,8 uur. Dit is meer dan de begrote 11,5 uur, onder andere omdat de verkennend onderzoeken door twee personen zijn uitgevoerd.

¹⁴ Regiomonitor Wvggz januari-december 2020.

¹⁵ Eén VO is later opgeleverd, omdat de betrokkene besmet was met corona en het gesprek daardoor uitgesteld werd.

Zowel het aantal Wvvgz-meldingen (79) als het aantal verkennend onderzoeken (41) is minder dan begroot (beide begroot op 369). Dit kan meerdere verklaringen hebben. Het meldpunt is een nieuwe taak en het is lastig om het aantal meldingen (zonder historische gegevens) in te schatten. Verder hebben volgens de GGD met name het eerste halfjaar van 2020 vertragingen bij het OM en Pro Persona ertoe geleid dat melders minder vertrouwen kregen in de wet en voor alternatieve routes (zoals de ambtshalve route) kozen. Zij zagen vanwege de vertraging weinig resultaat van de meldingen.

3.2.3 *Guiding groepssessies verkennend onderzoek*

In de groepsbijeenkomst geven respondenten aan dat het verkennend onderzoek over het algemeen steeds beter verloopt. Bij de triage wordt kritisch gekeken naar de melding, waardoor de verkennend onderzoeken vaker eindigen in een positief advies dan in een negatief advies. Het MBZ, Pro Persona en Iriszorg hadden het idee dat niet alle informatie vanuit het verkennend onderzoek bij de zorgaanbieders terechtkomt, wat lastig is in de vertaling van het VO naar het zorgplan. Inmiddels is gebleken dat dit niet het geval is, maar dat Khonraad de informatie uit het verkennend onderzoek (geautomatiseerd) anders rangschikte, waardoor het leek alsof er informatie miste. Tot slot spreken respondenten hun zorgen uit over het tussen wal en schip vallen van betrokkenen als de uitkomst van het verkennend onderzoek negatief is. De medewerker van het MBZ mag niet direct toeleiden naar andere vormen van zorg, maar afgesproken is dat het MBZ na een negatieve uitkomst bepaalt wie de casus oppakt, zodat een betrokkene niet tussen wal en schip valt. Niet alle respondenten in dit onderzoek kennen deze afspraak.

3.3 *Aanvraag zorgmachtiging door college B&W*

3.3.1 *Processtappen en afspraken aanvraag zorgmachtiging door college B&W*

Verreweg het grootste gedeelte van de aanvragen zorgmachtigingen worden door de (geneesheer-directeur van een) GGZ-instelling gedaan. Naast dit proces biedt de komst van de Wvvgz de mogelijkheid aan het college B&W om een aanvraag voor een zorgmachtiging in te dienen. In deze paragraaf schetsen we dit nieuwe proces. Volgens de Toolbox Zorgmachtiging Gelderland-Zuid informeert het college van B&W, of vaak een gemandateerde ambtenaar namens het college, de betrokkene en vertegenwoordigers over de uitkomst van het verkennend onderzoek, dus of er wel of geen zorgmachtiging wordt aangevraagd. In de praktijk is het nog wel eens zoeken welke partij op welk moment terugkoppeling geeft aan de betrokkene. Daarom heeft de gemeente hier een processchema voor opgesteld (zie bijlage 2). Het blijft echter een aandachtspunt. De processtappen in de aanvraag zorgmachtiging worden weergegeven in figuur 7.



Figuur 7. Processtappen van de aanvraag zorgmachtiging in het kader van het werkproces zorgmachtiging Wvvgz

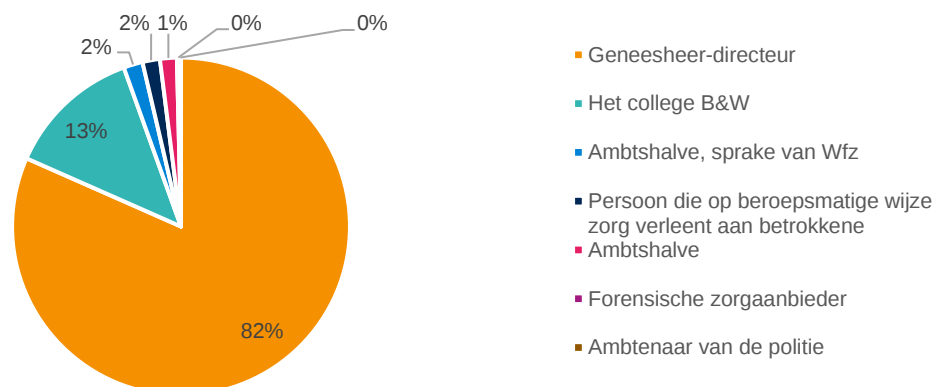
3.3.2 Data aanvraag zorgmachtiging

Data over de aanvraag zorgmachtigingen hebben we uitgevraagd bij het OM. Het OM registreert niet op het niveau van de veiligheidsregio's, maar op het niveau van het arrondissement en het niveau van rechtbank. Het precieze aantal zorgmachtigingen voor de regio Gelderland-Zuid is dan ook niet te achterhalen.

Aantallen verzoekschriften en aanvraagpartij

Specifiek voor de regio Gelderland-Zuid weten we op basis van de uitvraag onder gemeenten dat er van de 41 verkennend onderzoeken uitgevoerd door het MBZ, uiteindelijk 31 aanvragen voor een verzoekschrift zorgmachtiging zijn ingediend bij het OM. In de gevallen waarin geen aanvraag wordt ingediend blijkt het vaak toch mogelijk zorg in vrijwillig kader te verlenen. Meestal volgen de gemeenten het advies op vanuit het verkennend onderzoek. Enkele keren is afgeweken van het advies van het MBZ, door de gemeenten Nijmegen en Berg en Dal. Een voorbeeld is dat de gemeente toch een aanvraag indient bij het OM ondanks een negatief advies vanuit het verkennend onderzoek, wanneer de gemeente geen andere mogelijkheid ziet om betrokkene te helpen. Hoeveel verzoekschriften er ambtshalve of op andere wijze bij het OM zijn binnengekomen, specifiek voor Gelderland-Zuid, is zoals gezegd niet bekend.

In figuur 8 maken we een uitsplitsing naar aanvraagpartij voor de verzoekschriften zorgmachtiging zoals binnengekomen bij het OM. Dit betreffen de 'nieuwe' zorgmachtigingen (N=1.800), dus niet de wijzigingen zorgmachtiging (N=45), de zorgmachtigingen aansluitend op een voortzetting crisismaatregel (N=520), met toepassing 2.3. Wfz (N=0) of aansluitend op een eerdere zorgmachtiging (N=785). Als we kijken naar de binnengekomen verzoekschriften zorgmachtiging zien we dat het grootste deel, ruim 82%, afkomstig is van geneesheer-directeuren. In 13% van de gevallen is de aanvraagpartij het college van B&W. In mindere mate gebeurt dit ambtshalve of wordt een aanvraag ingediend door een persoon die op beroepsmatige wijze zorg verleent aan de betrokkene¹⁶. In minder dan 10 gevallen is een forensische zorgaanbieder of een ambtenaar van de politie de aanvraagpartij.



Figuur 8. Aanvrager verzoekschrift zorgmachtiging (N=1.800) in 2020 (bron: arrondissementsparket Oost-Nederland)

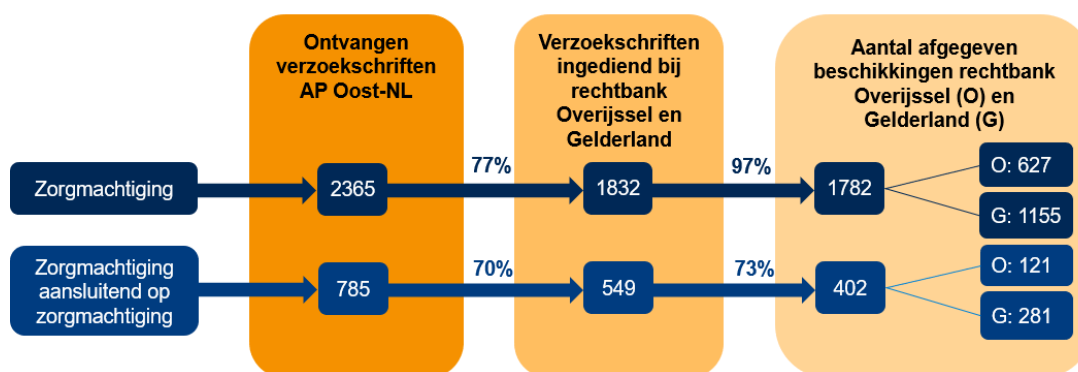
Als we deze gegevens vergelijken met de landelijke cijfers uit de ketenmonitor zien we voor het arrondissement Oost-Nederland een ander beeld. Uit de landelijke cijfers blijkt dat de geneesheer-directeur in 49% van de gevallen de aanvragende partij is. Dit is aanzienlijk minder dan in Oost-Nederland. In 43% van de gevallen is de aanvrager een persoon die op beroepsmatige wijze zorg verleent aan betrokkene (een behandelaar, de GGD en soms de huisarts), waar dit in Oost-Nederland slechts 2% is. Landelijk is de aanvrager in 4% van de gevallen het college B&W, in 3% van de gevallen gaat het om een ambtshalve route tot een aanvraag zorgmachtiging. In minder dan 10 zaken is de aanvrager een ambtenaar van de politie of een forensische zorgaanbieder.

¹⁶ Ten opzichte van het inwoneraantal (Gelderland-Zuid omvat 17% van het aantal inwoners in het arrondissement Oost-Nederland), zou je een iets hoger aantal aanvragen (tussen de 38 en de 40 in plaats van 31) vanuit Gelderland-Zuid verwachten.

Van de verzoekschriften tot een wijziging van de zorgmachtiging, een zorgmachtiging aansluitend op voortzetting crisismaatregel en een zorgmachtiging aansluitend op een zorgmachtiging zien we dat dit zowel in Oost-Nederland als landelijk voornamelijk de geneesheer-directeuren zijn die deze aanvragen indienen.

Aantallen beschikkingen

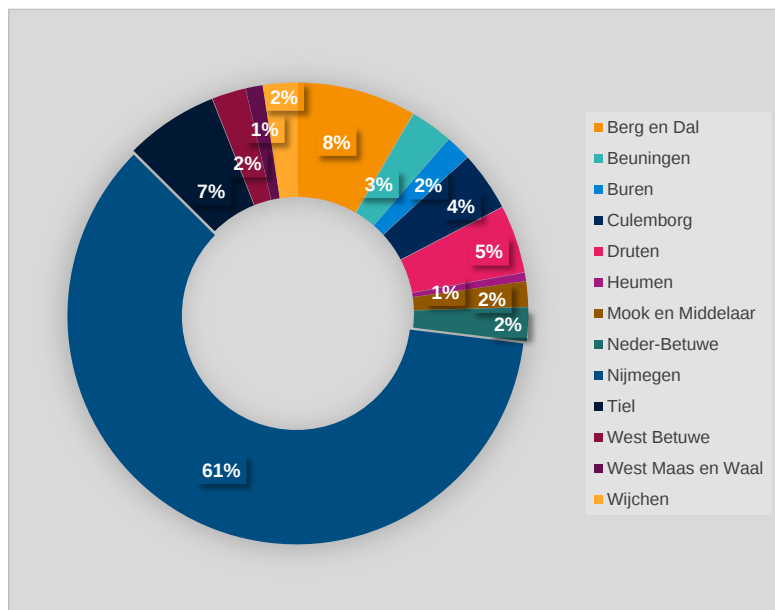
In figuur 9 is te zien hoeveel verzoekschriften zorgmachtiging (inclusief wijziging zorgmachtiging, zorgmachtiging aansluitend op voortzetting crisismaatregel, zorgmachtiging met toepassing 2.3. Wfz) en verzoekschriften zorgmachtiging aansluitend op zorgmachtiging er voor het gehele arrondissement Oost-Nederland in 2020 zijn binnengekomen bij het OM. Ook is te zien hoeveel verzoekschriften het OM in 2020 heeft ingediend bij de rechtbank en hoeveel beschikkingen de rechtbanken Overijssel en Gelderland hebben afgegeven. In de figuur staat weergegeven hoe deze aantallen zich ongeveer tot elkaar verhouden.¹⁷



Figuur 9. Aantal verzoekschriften zorgmachtiging binnengekomen bij het OM, ingediend bij de rechtbank en aantal afgegeven beschikkingen voor 2020. Bron: Arrondissementsparket (AP) Oost-Nederland

¹⁷ We plaatsen de kanttekening dat de aantallen niet een-op-een met elkaar vergeleken kunnen worden. Als gevolg van de doorlooptijden en wachttijden in het verwerkingsproces behorende bij een specifiek verzoekschrift zal er sprake zijn van verschuiving bij de jaargrenzen. Daarnaast kan er sowieso sprake zijn van extra voorraadvorming gedurende het jaar en kunnen er omstandigheden ontstaan waardoor een aangevraagd verzoekschrift nooit in voorbereiding genomen zal worden (zoals betrokkene tussentijds overleden). Onderstaande percentages dienen dus met inachtneming van deze kanttekening te worden geïnterpreteerd.

Op basis van de data van ProPersona, Karakter en Iriszorg is de verdeling van het aantal afgegeven zorgmachtigingen per gemeente inzichtelijk te maken.



Figuur 10. Verdeling zorgmachtigingen over de gemeenten in Gelderland-Zuid

Verplichte somatische zorg

Als vorm van verplichte zorg kunnen medische handelingen worden opgenomen voor de behandeling van een somatische aandoening, indien er causaliteit bestaat met de aanwezige psychische stoornis en het gedrag dat daaruit voortkomt¹⁸. Bij de zorgaanbieders¹⁹ is één geval bekend waar verplicht somatische zorg (tijdelijke opname in het ziekenhuis) is ingezet. Verplicht somatische zorg komt zeer beperkt voor.

Beëindiging verplichte zorgtrajecten

In 2020 is bij het arrondissement Oost-Nederland twee keer een verzoekschrift ingediend voor beëindiging van de verplichte zorg van een zorgmachtiging. Er is er één in voorbereiding genomen door de OvJ. Er zijn er in 2020 in het arrondissement Oost-Nederland geen ingediend bij de rechtbank.



Na het moment van afgifte van de zorgmachtiging hebben ze zes maanden lang 'vrij spel'. Ze mogen zes maanden lang alles doen (lees: onvrijwillige zorg inzetten) en daar schrik ik van. Ik snap dat de zorgmachtiging is ingezet, maar dat er geen evaluaties zijn dat vind ik verkeerd.

3.3.3 Duiding groepssessie aanvraag zorgmachtiging

Zoals al eerder toegelicht dient een gemandateerd ambtenaar namens het college B&W op basis van het advies van het MBZ vanuit het verkennend onderzoek al dan niet een aanvraag in tot een verzoekschrift zorgmachtiging. Een alternatief zou zijn om ook dit, net als de uitvoering van de meldfunctie en het verkennend onderzoek, te beleggen bij het MBZ. Vanuit de groepsbijeenkomst kwamen hier wisselende reacties op. Zo vinden enkele respondenten het logischer om de aanvraag zorgmachtiging te beleggen bij het MBZ. Het MBZ heeft immers ook al het verkennend onderzoek uitgevoerd en kan naar verwachting sneller - zonder extra schakel van de gemeente - de aanvraag indienen. Daarnaast staat de gemeente volgens hen verder van de hulpverlening af dan het MBZ. Het MBZ noemt daarnaast dat er vooral winst te behalen is bij de terugkoppeling van het OM direct naar het MBZ (zonder de schakel van de gemeente). Op dit moment koppelt het OM terug naar de gemeente, die vervolgens een terugkoppeling aan het MBZ

¹⁸ [Handreiking+somatische+zorg+in+de+Wvggz+1.0 \(1\).pdf](#).

¹⁹ Pro Persona, Iriszorg, Karakter, het Radboudumc en het CWZ.

geeft. Volgens betrokkenen kan een directe terugkoppeling van het OM naar het MBZ voorkomen dat betrokkenen tussen wal en schip vallen. De extra schakel van de gemeente is daarnaast privacy-technisch ingewikkeld (met name wanneer een casus escaleert).

Andere respondenten geven juist aan dat het proces niet vertragend zou moeten werken, omdat er is afgesproken dat de gemeente binnen één werkdag de aanvraag indient. De gemeente heeft op deze manier beter zicht op voor wie er een zorgmachtiging wordt aangevraagd en met welke reden. Dit geeft de gemeente de mogelijkheid om de inwoner te kunnen blijven volgen. Naast dit procesmatige argument, benoemen respondenten dat zij het als voordeel zien om de aanvraag zorgmachtiging bij de gemeente te beleggen, omdat hierdoor ketenpartners meer geneigd zijn beter met elkaar samen te werken. Vooral bij kleinere gemeenten gaat dit snel en gemakkelijk.

3.3.4 Ambtshalve route

Tijdens de groepsbijeenkomst en een verdiepende bijeenkomst is gesproken over de optie om de ambtshalve route uit te breiden naar andere zorgaanbieders dan de huidige ggz-instellingen Pro Persona, Karakter en IrisZorg, bijvoorbeeld naar huisartsen of het RIBW. Deze zorgverleners kunnen dan zelf een aanvraag tot een verzoekschrift zorgmachtiging indienen bij het OM, zonder dat zij eerst een melding moeten doen bij het MBZ en een verkennend onderzoek start. Een voordeel hierbij is dat dit sneller gaat dan de weg via de GGD. Bij schrijnende situaties waar snel actie vereist is kan dit uitkomst bieden. De wet geeft ruimte om de ambtshalve route uit te breiden naar andere zorgaanbieders. Een voorwaarde is dan wel dat zij deze zorgaanbieders de juiste informatie aanleveren aan het OM. Dit is vaak een groot zwaartepunt, omdat de lijnen met de ggz vanuit deze partijen vaak ontbreken. Daarnaast is de indruk dat zorgaanbieders terughoudend zijn in het benutten van de ambtshalve route, vanwege de kosten en verantwoordelijkheden die dit met zich meebrengt. De respondenten vanuit de verdiepende bijeenkomst concluderen dat het wenselijk is dat de GGD betrokken blijft bij de aanvragen zorgmachtiging en dat de winst vooral te behalen is in een betere bekendheid van het MBZ. Bij schrijnende situaties kan ook het interventieteam van de GGD van ambtshalve een aanvraag tot verzoekschrift zorgmachtiging indienen bij het OM.

3.4 Aanbevelingen

Op basis van bovenstaande informatie, zien wij de volgende aanbevelingen:

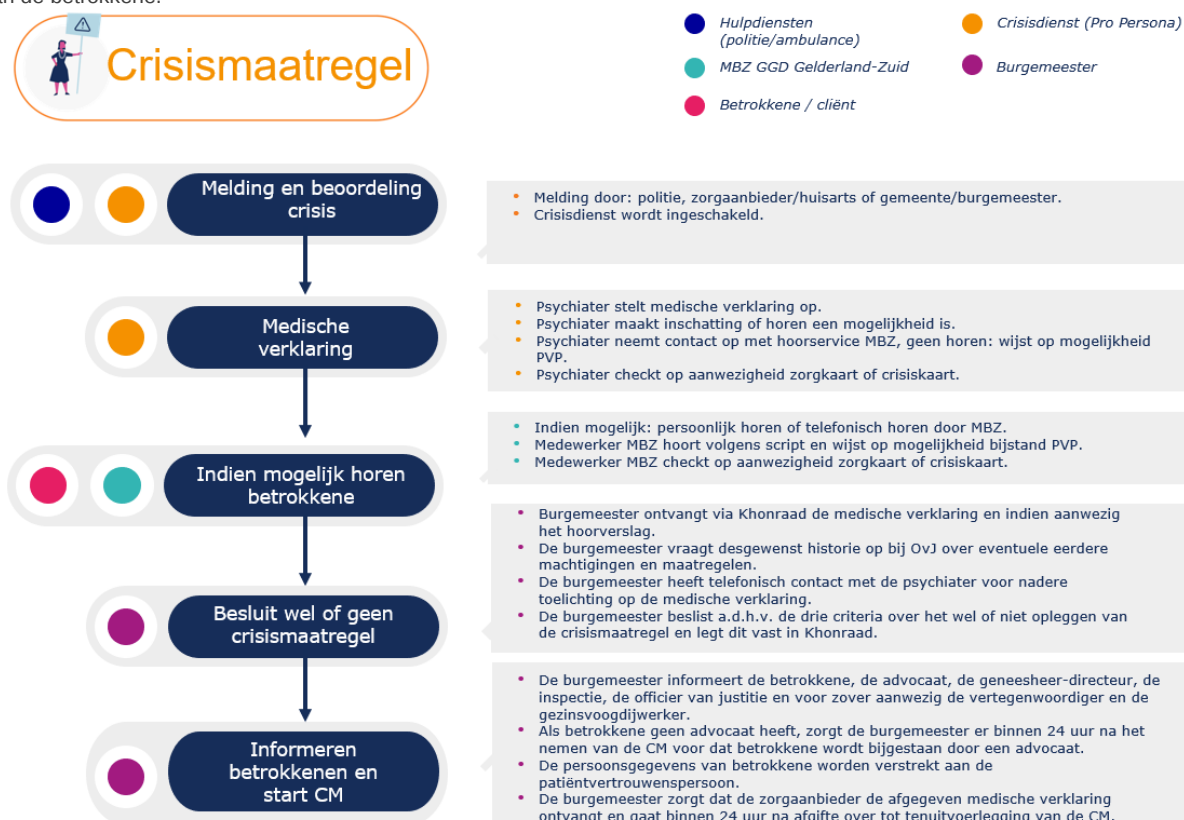
- a. Besteed aandacht aan de communicatie over het MBZ. Uit de bevindingen blijkt dat het aantal meldingen lager is dan vooraf verwacht. Ook zien we dat het aandeel naasten of andere burgers dat een melding doet relatief klein is. De indruk is dat naasten niet goed op de hoogte zijn van het MBZ of niet goed weten wat er met hun melding gebeurt. Daarnaast weten ook professionals niet altijd waar zij een melding moeten doen of zijn zij hier terughoudend in. Ook is het niet algemeen bekend dat het MBZ bij een negatieve uitkomst bepaalt wie de casus oppakt, zodat een betrokkene niet tussen wal en schip valt. Het is daarom goed om de communicatie over het MBZ te verbeteren. In de communicatie over het MBZ richting burgers kan onder andere aandacht worden besteed aan wat het MBZ is en hoe meldingen worden afgehandeld. In de communicatie naar professionals is het raadzaam om onder andere aandacht te besteden aan alle mogelijke uitkomsten van een verkennend onderzoek. Dit kan de terughoudendheid van professionals (een melding doen betekent niet direct een opname) mogelijk laten afnemen.
- b. Onderzoek de mogelijkheden om mensen in beeld te houden die tussen wal en schip dreigen te vallen. Partijen geven aan dat er een dreigend risico bestaat dat mensen tussen wal en schip vallen, bijvoorbeeld als het verkennend onderzoek leidt tot een negatief advies. De medewerker van het MBZ die het verkennend onderzoek uitvoerde, mag niet zomaar toeleiden naar een andere vorm van zorg. Ondertussen zijn hier afspraken over gemaakt, namelijk dat de gemeente overlegt met MBZ of zij de regie overneemt als het VO niet leidt tot een zorgmachtiging. We raden aan om deze afspraken scherper neer te zetten en ervoor te zorgen dat deze afspraken duidelijk gecommuniceerd worden, zodat alle medewerkers van het MBZ deze afspraken kennen en hiertoe kunnen handelen.

-
- c. Behoud de taak van het aanvragen van de zorgmachtiging bij de gemeente: Ondanks de wisselende meningen over waar het aanvragen van de zorgmachtiging belegd moet worden (bij het MBZ of bij de gemeente), raden wij aan om deze taak bij de gemeente te laten. Zoals werd genoemd bevordert dit de samenwerking. We zien dat gemeenten zich over het algemeen aan de afspraak houden om de aanvraag binnen één werkdag in te dienen. Zolang dit lukt, is de vertraging minimaal. De consequentie is dat de terugkoppeling van het OM naar de gemeente wordt gecommuniceerd en niet naar de GGD. De wet belemmert directe terugkoppeling van het OM naar de GGD. We raden aan om, wanneer er geen zorgmachtiging afgegeven wordt, ook af te spreken dat de gemeente binnen één werkdag de GGD informeert door middel van het doen van een melding bij het meldpunt (conform het terugkoppelschema).

4 Crisismaatregel

4.1 Processtappen en afspraken

Het 'ketenplan Wvggz' en de 'toolbox crisismaatregel Gelderland-Zuid' beschrijven de werkafspraken die in de regio Gelderland-Zuid zijn gemaakt omtrent de crisismaatregel. De processtappen vatten wij samen in figuur 10. Een belangrijke ontwikkeling in de regio is de komst van de crisisbeoordelingskamer (CBK) bij Pro Persona in Nijmegen en de afspraken die omtrent de crisisbeoordelingen en het vervoer naar de CBK (door de zorgambulance) zijn gemaakt. Daarbij is onder andere²⁰ afgesproken dat de crisisdienst en/of de politie te allen tijde aanwezig zijn om hulp te verlenen aan de betrokkene.



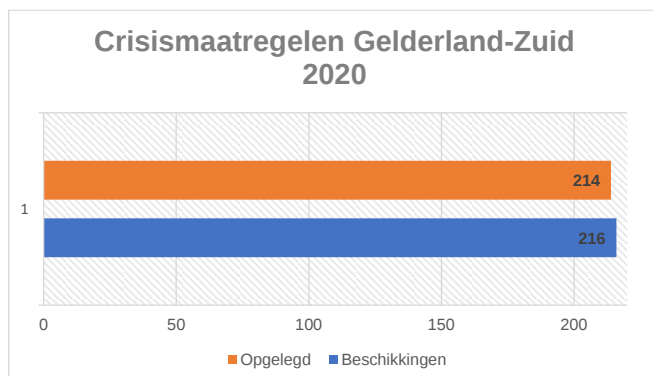
Figuur 11. Procesafspraken omtrent crisismaatregel

De grootste wijziging rondom de crisismaatregel is het horen van de betrokkene. Het MBZ is gemandateerd voor het uitvoeren van deze taak. De afspraken over het horen zijn, naar aanleiding van de eerste ervaringen, bijgesteld. Het landelijke script voor het horen is aangepast. De werkafspraken tussen de GGD en Pro Persona zijn aangescherpt zodat het horen sneller kan (eerder in het proces én via de telefoon van de betrokken medewerker van Pro Persona). Ook is afgesproken dat het horen eerder wordt afgebroken op het moment dat de betrokkene duidelijk niet gehoord wil/kan worden. Ook schat de beoordelend psychiater van Pro Persona aan de voorkant scherper in of de persoon gehoord wil/kan worden.

²⁰ Ketenplan Wvggz.

4.2 Beeld uit de data

In de regio Gelderland-Zuid zijn in 2020 214 crisismaatregelen opgelegd.²¹



Figuur 11. Aantal crisismaatregelen

Hoeveel van deze crisismaatregelen resulteren in een verlenging crisismaatregel (VCM) is, om technische redenen²² niet precies aan te geven. Het is duidelijk dat het grootste deel/bijna alle van de crisismaatregelen wordt voorbereid, ingediend bij de rechtbank en leidt tot een beschikking VCM.

Bij 38% van de betrokkenen doet het MBZ een poging de betrokkene te horen. Als er een poging wordt gedaan, lukt het niet altijd om de betrokkene daadwerkelijk te spreken/de betrokkene weigert medewerking. In totaal lukt het bij 32% (71 van de 216 afgegeven beschikkingen) van de betrokkenen om hen te horen. Deze aantallen liggen lager dan het landelijke beeld: landelijk gezien wordt 45% van de betrokkenen gehoord.²³

4.3 Duiding vanuit interviews en groepsbijeenkomsten

4.3.1 Praktijkervaring

Het algemene beeld in de groepsbijeenkomst is dat de gemaakte werkafspraken in de praktijk goed worden gevolgd. Respondenten ervaren weinig verschillen tussen de crisismaatregel en de IBS, respondenten noemen het horen als grootste verschil. Ook burgemeesters en wethouders geven aan dat zij, naast het horen, geen verschil ervaren. Zij baseren hun afweging nog steeds voornamelijk op het oordeel van de psychiater (zie paragraaf 3.2.2). De crisismaatregel biedt mogelijkheid tot verschillende vormen van verplichte zorg. In de praktijk gaat de crisismaatregel vrijwel altijd gepaard met een klinische opname.

Het MBZ, Pro Persona, gemeenten (burgemeesters & wethouders) en de politie ervaren de samenwerking rondom de crisismaatregel (inmiddels) als goed. Er is het afgelopen jaar geïnvesteerd op het verbeteren van de samenwerking tussen Pro Persona en de politie, met name rondom de aanwezigheid van de politie op de CBK. Er zijn werkafspraken gemaakt en er is regelmatig overleg op managementniveau. Beide organisaties ervaren dat de samenwerking op de CBK steeds beter verloopt, al vraagt dit blijvend aandacht. De politie geeft aan dat veel politieambtenaren positieve ervaringen rondom de CBK en de afspraken omtrent vervoer koppelen aan de Wvvgz: de beoordelingslocatie is gelijktijdig met de inwerkingtreding van de Wvvgz geopend en wordt in de praktijk dan ook aan de Wvvgz gekoppeld.

²¹ Bron: Regiomonitor Wvvgz januari-december 2020.

²² Gezien de korte doorlooptijden bij het proces (V)CM, ontstaat vertraging bij de jaargrenzen. De aantallen VCM zijn daardoor niet eenduidig te koppelen aan het aantal opgelegde CM.

²³ Bron: data MBZ en regiomonitor Wvvgz januari-december 2020.

4.3.2 Horen

Zowel burgemeesters en wethouders, als Pro Persona en het MBZ zien geen meerwaarde van het horen van de betrokkene in deze fase van het proces. Deze partijen geven aan dat het uitgangspunt (meer inspraak en de verbeterde rechtspositie) inhoudelijk goed is, maar dat de uitingsvorm in het horen in een moment van crisis niet werkt. Ook het script en de vragen die gesteld moeten worden sluiten niet aan bij deze fase. Betrokkene is op dat moment vaak afwijzend en verward en niet in staat om zich (helder) uit te drukken. Het horen is een extra stap in een proces dat voor iemand in crisis belastend en niet goed te volgen is. Het MBZ en Pro Persona geven aan dat het horen vaak stress oplevert. Burgemeesters en wethouders geven aan dat het horen niet tot een andere afweging of oordeel over de crisismaatregel leidt: zij raadplegen de hoor-verslagen in Khonraad, maar deze bevatten geen/weinig bruikbare aanknopingspunten.

Uit het onderzoek van MIND: Ervaringen met de Wet verplichte ggz in 2020



Alle (voormalig) betrokkenen (40 respondenten) hebben de vraag beantwoord of ze zijn gehoord. Eén derde van de respondenten is wel gehoord, het overige deel is niet gehoord. De ervaring van gehoorde betrokkenen is wisselend, maar over het algemeen vinden betrokkenen het wel een extra belasting. Van de respondenten die niet gehoord zijn, geeft bijna de helft aan dat zij wat hen betreft wel gehoord hadden kunnen worden.



Iets minder dan de helft van de respondenten geeft aan dat hun familielid/naaste is gehoord. Aan de familie/naasten is gevraagd hoe zij denken dat de betrokkene het ervaren heeft. Ook hier zijn de ervaringen wisselend. In sommige gevallen werd het als positief ervaren, maar ook geven sommige respondenten aan dat het lastig of niet prettig was voor de betrokkene.

Een betrokkene die wij voor ons onderzoek hebben gesproken bevestigt dat het horen op een moment van crisis het doel voorbij schiet:



Ik kan mij het moment van horen moeilijk herinneren. Ik zat in een psychose, dus hoeveel inbreng had ik op dat moment kunnen hebben?

Alle betrokkenen geven aan wel moeite te hebben bij de vrije keuze voor onvrijwillige zorg in een crisissituatie en de traumatische en onmenselijke ervaring die met name de isoleercel hen heeft opgeleverd. Zo vertelt een van de betrokkenen:



Het is belangrijk om niet te onderschatten hoe de behandelingen in de psychiatrie gaan. Ik kwam in een isoleercel terecht en heb daar een posttraumatische stoornis aan overgehouden. Er werd naar mijn idee voor de makkelijke weg gekozen. Ik heb mijn trauma gecommuniceerd naar de advocaat op het moment van mijn tweede zorgmachtiging, maar het enige wat ik terugkreeg is: het wordt vrij waarschijnlijk weer ingezet. Ze zijn van mening dat het erg effectief bleek. Ze zeiden: het kan traumatisch zijn, maar je wordt er ook bij geholpen. Ik heb daarom het gevoel: jullie gaan nooit aan mijn kant staan.

De naaste die wij voor ons onderzoek gesproken hebben benadrukt de machteloosheid wanneer de betrokkene in een isoleercel belandt.



Ik denk dat het heel verdrietig is wanneer iemand in een isoleercel belandt. Het is tegen iemands wil, het gaat dwars door je heen, ook als ouder, maar het moet soms. Het is onvermijdelijk als iemand echt psychotisch is, dan moet je ingrijpen.

De nut en noodzaak van het horen wordt, in deze fase van het proces, niet gezien. Het uitgangspunt dat de betrokkene de mogelijkheid heeft tot inspraak wordt wel ondersteund, maar het doel van de Wvggz om de rechtspositie van betrokkenen te versterken doormiddel van het horen, wordt in de ogen van betrokkenen niet gehaald. Pro Persona geeft aan dat er in de kwaliteitscyclus van de ggz altijd met betrokkene wordt geëvalueerd over hoe hij/zij het traject van de

crismaatregel/verplichte zorg heeft ervaren. Dit draagt bij aan een leerklimaat. Mogelijk kan dit worden versterkt door een periodieke evaluatie tussen de PVP en de ggz (niet op casusniveau om rolzuiverheid vast te houden).

Professionals zien mogelijkheden in het meenemen van de zienswijze van naasten/de betrokkene zelf bij de VCM en meer aandacht uit te laten gaan naar het invullen van en het vragen naar de zorgkaart²⁴. In de zorgkaart staat de visie van de patiënt, bijvoorbeeld welke vormen van zorg hij of zij het minst belastend vindt onder bepaalde omstandigheden.

Tot slot geven partijen (met uitzondering van het MBZ) aan dat (binnen de mogelijkheden van de wet) het beleggen van het horen bij MBZ een passende keuze is. Het MBZ heeft affiniteit met deze doelgroep; er werken veelal mensen met ervaring in de psychiatrie (zoals sociaal psychiatrisch verpleegkundigen SPV'ers)). Ketenpartners (met name de GGZ) ervaren dit als prettig; zij geven aan dat het MBZ goed de inschatting kan maken of horen op dat specifieke moment mogelijk is bij de betrokken inwoner.

Het MBZ zelf geeft aan dat zij geen meerwaarde zien van het beleggen van het horen bij het MBZ. Zij noemen dat het in de praktijk niet mogelijk is om écht het gesprek aan te gaan met de client en dat zij daardoor geen meerwaarde zien in regionale betrokkenheid en expertise/ervaring met deze doelgroep. De vragen die gesteld worden bij het horen staan vast in een landelijk ontwikkeld script, waarbij er weinig ruimte is voor eigen inschatting en expertise. Op dit moment vervullen HBO-geschoolde professionals de hoorfunctie, terwijl het horen in de huidige vorm ook door MBO-geschoolde professionals uitgevoerd zou kunnen worden. Bovendien is het horen een belasting voor het team: de gevraagde beschikbaarheid staat in de ogen van het MBZ niet in verhouding tot de kans dat ze daadwerkelijk worden gebeld (waardoor er bovendien een minimaal leereffect optreedt). Het MBZ noemt dat zij de nationale hoorservice van Khonraad als mogelijke oplossing ziet. Khonraad biedt een nationale hoorservice aan, waarbij zij telefonisch horen en het proces verbaal opmaken. Het proces-verbaal wordt, samen met de audio opname aan het dossier toegevoegd. Daarna ontvangt de psychiater het bericht van afronding.

4.4 Aanbevelingen

Op basis van bovenstaande informatie, zien wij twee aanbevelingen:

- a. Adresseer de huidige knelpunten en aanbevelingen ten aanzien van de uitvoering van het horen op landelijk niveau. Binnen de mogelijkheden van de wet wordt passend uitvoering gegeven aan het horen. De aangepaste werkafspraken, waarbij er scherper wordt gekeken en/of aan de betrokkene wordt gevraagd of hij/zij gehoord wil worden maken het horen in de praktijk beter uitvoerbaar. De wet biedt geen mogelijkheid om het horen op een andere manier in te vullen. Gezien de lopende wetsevaluatie is het aan te bevelen de huidige knelpunten en ervaringen op landelijk niveau te adresseren.
- b. Verken de mogelijkheden rondom de hoorservice van Khonraad. Het MBZ ervaart het horen als een organisatorische belasting, waarbij de meerwaarde van de expertise van (HBO-geschoolde) medewerkers onvoldoende uit de verf komt omdat er een strak script wordt gevolgd. Het valt te onderzoeken of de hoorservice van Khonraad een (goedkoper) alternatief kan bieden.
- c. Onderzoek de borging van de inhoudelijke invulling van het horen op een andere plek in het proces. Partijen staan inhoudelijk achter het uitgangspunt dat de betrokkene een betere rechtspositie én meer inspraak in het proces verdient. Het is echter de ervaring dat de huidige plek van het horen hier niet in bijdraagt. Het is denkbaar om deze inhoudelijke invulling op een andere plek in het proces te borgen: denk aan meer aandacht voor het invullen van de zorgkaart en het betrekken van de zorgkaart in de afweging rondom het afgeven van de crisismaatregel. Het betrekken van de PVP bij het regionaal periodiek overleg Wvggz (één of twee keer per jaar) om ervaringen van betrokkenen te bespreken of het meenemen van de wensen van de betrokkene (en naasten) bij de voortzetting van de crisismaatregel (VCM).

²⁴ [Zorgkaart in de Wet verplichte ggz | Wet verplichte ggz \(Wvggz\) | Informatiepunt dwang in de zorg.](#)

5 Afstemming Wvggz, Wzd en Wfz

5.1 Processtappen en afspraken

Het ketenplan bevat geen afspraken over de samenloop tussen de Wvggz, Wzd en Wfz. Partijen geven aan dat het op voorhand lastig was om afspraken over hypothetische situaties te maken. Na de inwerkingtreding is er specifieke aandacht geweest voor knelpunten (zie hieronder) rondom de samenloop tussen de wetten.

5.2 Beeld uit de data

Gegevens over de samenloop van de wetten worden niet geregistreerd. Betrokken partijen geven aan dat het bij een beperkt aantal (< 20) mensen per jaar niet duidelijk is of zij het beste binnen de Wzd of de Wvggz passen. Ondanks dat het om een beperkt aantal mensen gaat, is de problematiek vaak groot. Via de schakelbepaling 2.3 Wfz zijn er in 2020 33 mensen (binnen het gehele arrondissement Oost-Nederland) ingestroomd in de Wvggz.

5.3 Duiding vanuit interviews en groepsbijeenkomsten

5.3.1 Knelpunten in de samenloop en afstemming Wvggz-Wzd

Onderstaande knelpunten zijn geconstateerd en opgepakt.

Beoordeling bij een crisissituatie in de Wzd (IBS)

Er is een tijdelijk 'gat' ontstaan in de beoordeling van crisissituaties binnen de Wzd. De crisisdienst van Pro Persona is door het splitsen van de wet Bopz naar de Wzd en Wvggz wettelijk gezien niet verantwoordelijk voor de beoordelingen in het kader van de Wzd. Ook ontvangen zij geen financiering voor deze beoordelingen. Door het 'gat' dat door de splitsing ontstond, de snelheid die bij crisissituaties is gemoeid en doordat het aan de voorkant niet altijd duidelijk in te schatten is of de verstandelijke beperking of de ggz problematiek op de voorgrond staat, neemt Pro Persona vooralsnog de beoordeling ten behoeve van een IBS-maatregel op zich.

Tekort aan crisisbedden

Er is een tekort aan crisisbedden binnen de Wzd in zowel de VG-sector als de VVT/ouderensector. Onder de Bopz waren de crisisbedden bij de GGZ-instellingen beschikbaar. Door de splitsing van de Bopz in de Wzd en de Wvggz ontstaat de noodzaak tot crisisbedden binnen de Wzd²⁵. Na deze constatering is afgesproken dat binnen de VG-sector Stevig/Dichterbij altijd een crisisbed beschikbaar heeft. In de VVT/ouderensector is dit lastiger te organiseren, omdat er geen financiering voor dergelijke bedden is. De crisisdienst van Pro Persona geeft aan dat, bij het uitschrijven van een IBS, het in het begin van 2020 echt zoeken was. De samenwerking loopt na het maken van de afspraken over beschikbare crisisbedden (ook met de verpleeghuisdienst) steeds soepeler, al blijft het samen zoeken. Daarbij merkt Pro Persona op dat de samenwerking met de ouderensector in de regio Rijk van Nijmegen beter verloopt dan in Rivierenland. De koepelorganisatie die in Rijk van Nijmegen actief is, speelt een belangrijke rol in de afstemming tussen beide wetten.

Tekort aan bedden voor mensen die op basis van een Rechtelijke Machtiging (RM) opgenomen worden

Ingewikkelder is het tekort aan bedden voor mensen die op basis van een RM binnen de VG-sector opgenomen worden, zeker wanneer er een hoger beveiligingsniveau aan de orde is. Het ging in 2020 om enkele gevallen, maar de situaties zijn schrijnend: deze mensen wachtten minimaal een jaar (op een beveiligde setting buiten de regio) op een passende behandelplek.

²⁵ Door de gescheiden financieringsstromen en het geldend wettelijk regime is het voor aanbieders praktisch niet mogelijk om bedden met een dubbele bestemming aan te bieden.

Niet-acute situaties

Ook bij niet-acute situaties is een aantal casussen langsgekomen waarbij het niet duidelijk was in welk wettelijk regime iemand valt. Het gaat om casussen waarbij meervoudige problematiek (lvb, psychiatrie en soms ook gecombineerd met verslaving of agressief gedrag) speelt. Kenmerkend bij deze casussen is dat er veel partijen betrokken zijn, maar niemand de verantwoordelijkheid heeft om te zorgen dat een betrokkene passend in zorg komt. In één casus is de situatie zodanig geëscaleerd dat er uiteindelijk een delict is gepleegd en betrokkene vanuit de forensische zorg is geplaatst. Betrokkenen bij deze casus geven aan dat deze escalatie voorkomen had kunnen worden als er aan de voorkant duidelijkere samenwerkingsafspraken zouden staan. Deze casus speelde begin 2020 en heeft duidelijk gemaakt dat:

- a. Het opstellen en borgen van samenwerkingsafspraken rondom dit soort casuïstiek nodig is. Betrokkenen geven aan dat de afstemming inmiddels dusdanig is verbeterd dat een dergelijke escalatie waarschijnlijk voorkomen kan worden. Het MBZ trekt het opstellen van de werkafspraken tussen gemeenten-MBZ-CIZ-OM-Pro Persona. Inmiddels heeft het MBZ bijvoorbeeld vaste contactpersonen bij het CIZ wanneer het gaat om Wzd-casussen.
- b. Het CIZ een speler is op het raakvlak van de Wzd en Wvggz, maar niet betrokken is in de regionale overleggen/afspraken. De samenwerking met het CIZ is gedurende het jaar verbeterd. Het CIZ hebben we in het kader van dit onderzoek niet gesproken, maar in de groepssessies spreken respondenten de wens uit dat het CIZ mee wordt genomen in het opstellen van werkafspraken over casuïstiek waarbij multiproblematiek speelt én onderdeel wordt van de regionale overleggen.
- c. De opdracht van het MBZ in eerste instantie te nauw is geformuleerd. Het MBZ kreeg de opdracht om Wzd-casuïstiek niet mee te nemen in het verkennend onderzoek. Zij kijken nu breder: juist bij casuïstiek waarbij het op voorhand niet eenduidig vast te stellen is of de Wzd of de Wvggz voorliggend is, kan een verkennend onderzoek input bieden voor het bepalen van de juiste route.

5.3.2 Knelpunten in de samenloop en afstemming Wvggz-Wfz

De schakelbepaling 2.3 Wfz regelt dat mensen die een strafbaar feit hebben gepleegd, (gedeeltelijk) ontoerekenbaar zijn/waren en met name zorg nodig hebben, via het strafrecht gedwongen zorg op basis van de Wvggz kunnen ontvangen. Deze machtiging wordt, net als de zorgmachtiging, voor een periode van zes maanden afgegeven. De uitvoering van de 2.3 Wfz leidt landelijk tot uitvoeringsproblemen. Regionaal is hier zeer beperkt op te sturen, de problemen zijn landelijk bekend.

Binnen de regio Gelderland-Zuid worden met name de volgende knelpunten ervaren:

De financiering van de zorgmachtiging vanuit detentie

Aansluitend op een gevangenisstraf (of vanuit voorlopige hechtenis) kan een zorgmachtiging op basis van artikel 2.3 Wfz afgegeven worden. Voor het opstellen van de medische verklaring ontvangen ggz-instellingen een financiële vergoeding vanuit de Zvw. De zorgverzekering van gedetineerden is opgeschort, waardoor de inspanningen van instellingen niet werden vergoed en daardoor niet werden uitgevoerd. Dit zorgde (landelijk) voor dreigende gevaarlijke situaties. Een structurele oplossing voor de financiering voor deze doelgroep vanuit het ministerie van Justitie en Veiligheid heeft lang op zich laten wachten en is inmiddels geregeld. Dit moet dergelijke dreigende gevaarlijke situaties voorkomen.

De beschikbaarheid van beveiligde bedden

De doelgroep die op basis van een artikel 2.3 Wfz wordt geplaatst, heeft vaak behoefte aan forensische expertise en een hoger fysiek beveiligingsniveau. Deze bedden zijn beperkt beschikbaar. Bovendien geldt een extra financiële

toeslag. Het tijdig plaatsen van deze doelgroep op een passende omgeving is dan ook ingewikkeld. Een landelijk dashboard beveiligde bedden moet de ervaren knelpunten en capaciteit monitoren, zodat bijsturen²⁶ mogelijk wordt.

De gemaakte afspraken gaan naar verwachting verlichting bieden, al blijft de problematiek van deze doelgroep ingewikkeld. Zoals gezegd is er regionaal zeer weinig mogelijkheid om op deze samenloop te sturen.

5.4 Aanbevelingen

Bij het splitsen van een wet in meerdere wetten, ontstaan problemen in de uitvoering. Bij elke grens die wordt getrokken, ontstaat een nieuwe 'tussengroep'. Het is lastig om harde afspraken te maken over hoe met deze tussengroep om wordt gegaan. Bovendien is niemand écht verantwoordelijk. Het gaat er met name om dat partijen bereid zijn om samen op te trekken: om open en pragmatisch naar een casus te kijken en soms net buiten de lijntjes durven te kleuren om iemand snel en passend zorg te kunnen verlenen. Aandachtspunten hierbij zijn:

- a. Betrek alle partijen bij regionale overleggen omtrent de Wvvggz. Het CIZ wordt op dit moment gemist en de aanbeveling is om het CIZ in het vervolg nadrukkelijk te betrekken bij het maken van regionale afspraken.
- b. Maak samenwerkingsafspraken over de rol en verantwoordelijkheden bij een 'tussengroep' die door het management/bestuur worden gedragen. Dit maakt dat professionals voelen dat zij ruimte krijgen om soms net buiten de opdracht of lijntjes om te mogen handelen. Elke nieuwe wet, of scheiding van wetten, maakt dat er casuïstiek op het grensvlak van wetten ontstaat. Om deze casuïstiek gezamenlijk op te pakken, is net een stapje extra nodig van de betrokken partijen. Een mooi voorbeeld is de verbreding van de scope van het verkennend onderzoek door het MBZ.
- c. Zoek samenwerking in landelijke gremia. Het kan helpen om in landelijke gremia na te gaan op welke manier andere regio's met dergelijke casussen omgaan en hier werkafspraken op te baseren.

Bovenstaande knelpunten spelen landelijk en niet alleen in de regio Gelderland-Zuid.

²⁶ Aangezien het gaat om beveiligde capaciteit waar forensische opgeleid personeel voor nodig is, gaat het om bijsturen op de langere termijn.

6 Ketensamenwerking en overlegstructuren

Bij de implementatie en uitvoering van de Wvggz op regionaal niveau zijn verschillende ketenpartners betrokken en zijn er diverse overlegstructuren in Gelderland-Zuid ontstaan. In dit hoofdstuk geven we op basis van bestudeerde documenten, de uitkomsten van de werksessies en de gehouden interviews een beschrijving van de ketenpartners en overlegstructuren en staan we stil bij de ervaring van de partijen bij de ketensamenwerking. Aan het eind van dit hoofdstuk volgen de aanbevelingen.

6.1 Ketenpartners

Bij de implementatie en uitvoering van de Wvggz in Gelderland-Zuid zijn naast de betrokkene zelf, familie en naasten de volgende ketenpartners betrokken²⁷:

- a. Aanbieders ambulante Wmo-begeleiding.
- b. Aanbieders (licht) verstandelijk gehandicaptenzorg.
- c. Aanbieders ouderenzorg / Verpleging & Verzorging.
- d. Advocatuur.
- e. Centrum Indicatiestelling Zorg.
- f. Ervaringsdeskundigen/MIND/Ypsilon.
- g. Familievertrouwenspersoon.
- h. Gemeenten.
- i. Huisartsen.
- j. Iriszorg.
- k. GGD Gelderland-Zuid (Meldpunt Bijzondere Zorg).
- l. Politie.
- m. Praktijkondersteuners huisartsen.
- n. Pro Persona.
- o. Openbaar Ministerie.
- p. Rechters.
- q. RIBW.
- r. Sociale wijkteams.
- s. Stichting patiëntvertrouwenspersoon.
- t. Woningcorporaties.
- u. Zorgverzekeraars.
- v. Ziekenhuizen (UMC Radboud en CWZ).

De Wvggz vraagt door verandering in de wettelijke kaders om een nieuwe samenwerkingsdynamiek en voor sommige partijen zelfs om samenwerking met onbekende partijen. In de volgende parafen gaan we in op de regionale samenwerking tussen de genoemde ketenpartners.

²⁷ Aanbieders in de lvb-sector staan niet genoemd in de lijst met ketenpartners aangezien lvb-cliënten niet tot de doelgroep van de Wvggz behoren. In de praktijk komen lvb-cliënten volgens respondenten wel in aanmerking voor de Wvggz vanwege een tekort of het ontbreken van crisisbedden en/of een crisisdienst.

6.2 Het ketenplan

Voor de implementatie van de Wvvgz en Wzd is een ketenplan ontwikkeld met samenwerkingsafspraken tussen de verschillende partijen die betrokken zijn bij de uitvoering van de wetten in de regio Gelderland-Zuid. De samenwerkingsafspraken zijn gericht op het MBZ, het verkennend onderzoek, de zorgmachtiging, de crisismaatregel en de samenloop met de Wzd. Over het algemeen zijn de respondenten tevreden over de totstandkoming van het ketenplan. Betrokkenen vanuit MIND geven bijvoorbeeld aan dat zij zich betrokken voelden vanwege het gezamenlijke proces in de ontwikkeling van het ketenplan.

Tegelijkertijd valt het op dat het ketenplan op het moment van dit onderzoek weinig leeft onder de ketenpartners. Dit geldt zowel onder samenwerkingspartners die dagelijks met de Wvvgz te maken hebben, als samenwerkingspartners die meer op afstand staan. Zo blijken niet alle respondenten die aanwezig waren bij de werksessies op de hoogte te zijn van het ketenplan. Ook geven respondenten aan dat zij bij de daadwerkelijke uitvoering van de Wvvgz weinig tot geen gebruik meer gemaakt hebben van het ketenplan. Een mogelijke verklaring hiervoor zijn de werkinstructies die verschillende ketenpartners zoals het OM voor zichzelf ontwikkeld hebben in het kader van de Wvvgz. Respondenten geven aan dat het werken met eigen werkinstructies goed kan werken zo lang de processtappen eenduidig beschreven en uitgevoerd worden. Als verbeteruggestie kwam tijdens een werksessie het idee naar voren om het ketenplan te specificeren naar de verschillende ketenpartners en per ketenpartner de belangrijkste samenwerkingsafspraken, werkinstructies en overlegstructuren te bundelen.

6.3 De regionale samenwerking

Respondenten omschrijven de invoering van de nieuwe wet als een leerproces voor de regionale samenwerking waarbij gezamenlijkheid centraal staat. Respondenten benoemen de goede basis die gelegd is als gevolg van de gezamenlijke voorbereiding op de taakuitvoering Wvvgz eind 2019 met gemeenten en ketenpartners en het opgestelde ketenplan met samenwerkingsafspraken. Dankzij de goede basis en de nieuwe overlegstructuren²⁸ kregen ketenpartners de gelegenheid elkaar en elkaars rollen, taken en verantwoordelijkheden (beter) te leren kennen en met (meer) regelmaat af te stemmen. Dit resulteerde in kortere lijnen, intensievere samenwerking en een grotere bereidheid om samen casuïstiek op te pakken. Met name de verbeterde samenwerking tussen de GGD en Pro Persona en het OM en Pro Persona zijn regelmatig genoemd. Desondanks bevindt de ketensamenwerking zich volgens de meeste respondenten in de fase van 'bewust onbekwaam'. Hoewel gezamenlijkheid een gedeelde intentie van de ketenpartners is, zien respondenten in de praktijk nog te vaak dat partijen naar elkaar wijzen of tegen knelpunten in de samenwerking aanlopen. In het vervolg van dit hoofdstuk bespreken we de belangrijkste oorzaken en beschrijven we een aantal verbeteruggesties die tijdens de werksessies naar voren gekomen zijn.

6.3.1 De verschillende gemeentelijke contexten

Hoewel de uitvoering van de Wvvgz op hoofdlijnen overeenkomstig is tussen de betrokken gemeenten, staat het gemeenten vrij om eigenstandig keuzes te maken in de samenwerkingsafspraken met ketenpartners. Respondenten ervaren hobbels in de samenwerking met gemeenten door de verschillende gemeentelijke contexten en soms afwijkende werkwijzen en/of invulling van bijvoorbeeld wijkteams. Respondenten geven aan dat de samenwerking met vooral kleine gemeenten prettig verloopt vanwege de korte lijnen en vaste contactpersonen.

6.3.2 Respondenten ervaren terughoudendheid bij het doen van een melding

Er lijken verschillende redenen voor deze terughoudendheid. Vaak gaat het om hulpverleners die een vertrouwensband met betrokkene hebben. Deze hulpverleners vinden het belangrijk om transparant te zijn over het doen van een melding en zijn tegelijkertijd bang om de vertrouwensband te schaden. Een andere reden voor terughoudendheid bij ketenpartners is de veronderstelling dat een verkennend onderzoek zal leiden tot klinische opname van de betrokkene.

²⁸ Zie paragraaf 5.5.1.

Wanneer ketenpartners geen oplossing zien in een klinische opname doen zij geen melding. De mogelijkheid tot verplichte ambulante zorg is nog onvoldoende bekend.

Respondenten geven aan dat ketenpartners aan de voorkant al bezig zijn met de achterkant, oftewel de oplossing voor de betrokkene. Respondenten roepen op dit over te laten aan professionals die hierover gaan en de expertise hebben voor een passende oplossing, zoals mogelijk verplichte ambulante zorg. Ten slotte speelt mee dat aanvragers van een verkennend onderzoek bij het begin van de Wvvgz soms maanden moesten wachten voordat er uitsluitel over het vervolg kwam. Respondenten noemen capaciteitsproblemen bij het OM en Pro Persona als belangrijkste oorzaak voor de lange wachttijd. Inmiddels zijn de capaciteitsproblemen aangepakt, maar lijken ketenpartners het vertrouwen in de effectiviteit deels verloren te zijn.

Als alternatief voor het doen van een melding noemen respondenten twee mogelijkheden. Het aanvragen van een zorgmachtiging via de ambtshalve route en het indienen van een verzoekschrift tot aanwijzing bij de OvJ. De wet geeft iedereen de mogelijkheid die op een beroepsmatige manier zorg verleent een verzoekschrift tot aanwijzing in te dienen. Veel ketenpartners hebben dus deze mogelijkheden, maar beide routes blijven veelal onbenut.

6.3.3 *Nieuwe samenwerkingspartners*

Het CIZ is voor de meeste ketenpartners in de Wvvgz een nieuwe samenwerkingspartner. Het CIZ beoordeelt aanvragen voor een rechtelijke machtiging en neemt een besluit of de aanvraag voor de wet zorg en dwang (Wzd) wel of niet naar de rechter doorgestuurd wordt. Indien er sprake is van een psychische stoornis bij de betrokkene stuurt het CIZ de aanvraag door naar de OvJ. In dat geval valt de betrokkene onder de Wvvgz en niet onder de Wzd. Deze situatie doet zich voornamelijk voor bij betrokkenen met een lvb. Respondenten geven aan dat de samenwerking van ketenpartners met het CIZ nog niet optimaal is. Bijvoorbeeld omdat er nog geen vaste contactpersoon is aangewezen. Respondenten roepen op om de komende periode extra aandacht te besteden aan de samenwerking met het CIZ.

6.4 **De rol van het Zorg- en Veiligheidshuis**

Het Zorg- en Veiligheidshuis in Gelderland-Zuid heeft geen formele rol in de ketensamenwerking. Het Zorg- en Veiligheidshuis kijkt binnen zijn TopX(plus)-aanpak in eerste instantie naar de mogelijkheden in het vrijwillig kader. Bij sommige casuïstiek kan de Wvvgz aan de orde zijn. De meeste samenwerkingspartners van het Zorg- en Veiligheidshuis zijn wel onderdeel van de Wvvgz keten en kunnen bij onveilige situaties waarbij verplichte zorg gewenst is vanuit hun eigen organisatie een melding doen bij het MBZ, dan wel een zorgmachtiging aanvragen (ggz-aanbieders).

Voor het realiseren van een doorbraak bij casuïstiek in het TopX(Plus) overleg is het volgens partners van het Zorg- en Veiligheidshuis essentieel dat een ketenpartner verantwoordelijkheid neemt. Hoewel verschillende partners van het Zorg- en Veiligheidshuis een zorgmachtiging kunnen aanvragen, wijzen partners net als bij het doen van een melding nog regelmatig naar elkaar. Een belangrijke reden voor partijen om niet hun hand op te steken is onduidelijkheid over en onbekendheid met de route voor het aanvragen van een zorgmachtiging, met name de ambtshalve route. Enkele respondenten geven aan het beeld te hebben dat de (financiële) verantwoordelijkheid voor de TopX(Plus) doelgroep aanbieders ervan weerhoudt een zorgmachtiging aan te vragen.

6.5 **De overlegstructuur**

In de regio Gelderland-Zuid vinden verschillende overleggen tussen ketenpartners plaats in het kader van de Wvvgz. De wet bepaalt dat alle veiligheidsregio's minimaal één keer per kwartaal ketenoverleg voeren over de uitvoering van de Wvvgz. Andere overleggen zijn ontstaan vanuit de regionale behoefte aan coördinatie en samenhang. Naast de overlegstructuren in het kader van de Wvvgz zijn er lokaal en regionaal steeds meer samenwerkingsverbanden die zorg en veiligheid met elkaar verbinden. Momenteel wordt de huidige overlegstructuur gericht op zorg en veiligheid tegen het licht gehouden om te beoordelen of de besluitvorming op een effectieve manier is belegd en wat dit betekent voor de

wijze van verantwoording richting de eigen organisatie en aan de keten. In dit onderzoek hebben wij ons uitsluitend gericht op de overlegstructuren die zich specifiek richten op de implementatie en uitvoering van de Wvggz.

Op basis van het bestuderen van documenten over de bestaande overlegstructuren en gesprekken met ketenpartners onderscheiden wij vijf overleggen in het kader van de Wvggz (zie figuur 11). Per overleg is in kaart gebracht hoe vaak het overleg plaatsvindt, wie deelnemen aan het overleg en wat het voornaamste doel van het overleg is.



Figuur 12. Overlegstructuur Wvggz in de regio Gelderland-Zuid

Naast de overleggen die genoemd zijn in figuur 12 vinden er aanvullende overleggen op specifieke thema's binnen de Wvggz, of juist breder over zorg en veiligheid plaats. Vanuit een breder kader komen bijvoorbeeld twee keer per jaar burgemeesters en wethouders bij elkaar in het combi-overleg zorg en veiligheid. Een voorbeeld van een overleg op een specifiek thema is het overleg patiëntvertrouwenspersoon met de PVP, GD en het afdelingshoofd van het CWZ.

Het maken van een totaalplaatje van de overlegstructuren in het kader van de Wvggz was geen eenvoudige exercitie. In de gesprekken met ketenpartners komt naar voren dat er nog veel onduidelijkheid over de overlegstructuren, doelen en doorlooptijd van de verschillende overleggen bestaat. Geen van de ketenpartners geeft aan zicht te hebben op het totaalplaatje, al wordt dit niet door alle ketenpartners als hinderlijk ervaren. Over het algemeen lijken respondenten tevreden te zijn over de samenstelling, opbrengst en frequentie van de overleggen waar ze bij betrokken zijn. Ook geven respondenten aan dat de verhouding tussen bestuurlijke en ambtelijke afstemming voldoende is.

Als aandachtspunt noemen respondenten de verantwoordelijkheid voor professionals die deelnemen aan de overleggen om de uitkomsten intern binnen de eigen organisatie te delen en daarmee een 'leercultuur' te stimuleren. Daarnaast wijzen respondenten op de beperkte vertegenwoordiging van het cliënt- en familieperspectief binnen de overleggen. Het cliënt- en familieperspectief is momenteel uitsluitend vertegenwoordigd in de ketenwerkgroep. Net als de intergemeentelijke werkgroep en het periodiek signalenoverleg, is de ketenwerkgroep oorspronkelijk bedoeld om de implementatie van de Wvggz in goede banen te leiden. Zodra de basis voldoende staat is de ambitie deze drie overlegsgremia overbodig te maken. Mocht dit het geval zijn dan is het van belang om het cliënt- en familieperspectief in een van de resterende overleggen een plek te geven. Wat ten slotte opvalt in het overzicht van de overlegstructuren is het ontbreken van de PVP bij de deelnemers. Respondenten geven aan wel 1-op-1 contact te hebben met de PVP.

6.6 Aanbevelingen

Op basis van bovenstaande komen we tot de volgende aanbevelingen:

- a. Verminder de 'angst' en terughoudendheid bij het aanvragen van een verkennend onderzoek en/of zorgmachtiging. Bij het aanvragen van een verkennend onderzoek of een zorgmachtiging kijken ketenpartners nog vaak naar elkaar. Uit angst om (budget)verantwoordelijk voor de betrokkene te worden of de betrokkene te snel onvrijwillige zorg op te leggen, maar ook vanwege onduidelijkheid over de te doorlopen route en de daarbij behorende rollen en taken. Creëer daarom overzicht in de te doorlopen routes, maak daarbij duidelijk welke ketenpartner wat kan betekenen en benadruk dat de uitkomst niet per definitie opname betekent.
- b. Besteed aandacht aan de samenwerking met het CIZ. Het CIZ is als beoordelaar van aanvragen voor een rechtelijke machtiging bij de Ivb doelgroep een nieuwe speler in de ketensamenwerking van de Wvggz. Maak daarom duidelijke werkafspraken en betrek het CIZ bijvoorbeeld eens bij een overleg waar de Ivb-doelgroep besproken wordt.
- c. Wees transparant naar alle ketenpartners over waar een betrokkene zich bevindt in het proces. Ketenpartners zijn afhankelijk van de casus op verschillende momenten in het proces betrokken. Het is voor hen niet altijd duidelijk waar in het proces een aanvraag is. De wet biedt weinig mogelijkheden om transparantie te bieden (zo mag bijvoorbeeld alleen een essentiële naaste over de voortgang van de melding en het VO worden geïnformeerd). De behoefte aan transparantie is echter groot. Het is aan te bevelen om (eventueel via landelijke gremia) na te gaan welke mogelijkheden de wet hiertoe biedt.
- d. Voorkom stroperigheid in de overlegstructuur. Voor de implementatie en uitvoering van de Wvggz zijn diverse overleggen opgezet. De ketenpartners zijn bekend met de overleggen die ze zelf bijwonen, maar het ontbreekt nog aan een overzichtelijke overlegstructuur. Bovendien lijken de doelstellingen van overleggen elkaar soms (deels) te overlappen. Nu de implementatie van de Wvggz gevorderd is en de agenda voor de overleggen minder goed gevuld raken, is het goed om de overleggen die oorspronkelijk bedoeld zijn voor de implementatie van de Wvggz te beëindigen, dan wel in frequentie te verminderen. Te denken valt aan het beëindigen van het periodiek signaaloverleg en het verlagen van de frequentie van de ketenwerkgroep en de intergemeentelijke werkgroep. Het verminderen van het aantal overleggen maakt het voor ketenpartners ook makkelijker om bij de gewenste overleggen aanwezig te zijn.
- e. Benut de ervaringskennis van de patiëntvertrouwenspersoon. Op dit moment is de PVP niet vertegenwoordigd in de structurele overleggen in het kader van de Wvggz in Gelderland-Zuid. De uitwisseling met de PVP beperkt zich tot een-op-een contact of kleinschalige overleggen. Tegelijkertijd beschikt de PVP over waardevolle informatie hoe betrokkenen de onvrijwillige zorg en hun rechtspositie ervaren. Wij adviseren de PVP vanuit deze signaalfunctie nauwer te betrekken bij bestaande samenwerkingsverbanden. Denk bijvoorbeeld aan één tot twee keer per jaar uitnodigen van de PVP bij het regionaal periodiek overleg Wvggz.
- f. Heb oog voor gemeenten binnen de regio Gelderland-Zuid die (nog) weinig of geen ervaring hebben met de Wvggz. Zoals we zien in de data heeft niet iedere gemeente in Gelderland-Zuid (regelmatig) te maken met Wvggz-casuïstiek. Desondanks moeten ook deze gemeenten op de hoogte zijn en blijven van de werkafspraken en werkprocessen. Het is daarom belangrijk dat er ook in deze gemeenten aandacht blijft voor de werkwijze en processen die komen kijken bij Wvggz-casuïstiek. Zo wordt er voorkomen dat men niet weet wat men moet doen wanneer er zich een casus voordoet. Het is aan te bevelen om in iedere gemeente (of in een groepssessie met verschillende gemeenten samen) minimaal eens per jaar eens per jaar een casus door te lopen met professionals, waarbij er aandacht is voor moeilijkheden, knelpunten en dilemma's.

7 Reflectie en aanbevelingen

Over het algemeen zien we dat de uitvoering van de Wvggz in de regio Gelderland-Zuid goed verloopt. Er ligt een goede basis voor samenwerking, doordat al in een vroeg stadium is begonnen met de gezamenlijke voorbereiding van de taken. Tevens zijn er verschillende documenten opgesteld waarin samenwerkingsafspraken zijn beschreven en zijn er verschillende overlegstructuren opgezet. Ketenpartners weten elkaar door de verschillende overleggen steeds beter en sneller te vinden. Knelpunten in de uitvoering worden geconstateerd en gezamenlijk opgepakt. Uit ons onderzoek blijken een aantal zaken die nog nader aandacht behoeven, om de uitvoering van de Wvggz te verbeteren. Per onderdeel kijken we terug op de belangrijkste bevindingen en aanbevelingen.

7.1 Doelen van de Wvggz

We zijn ingegaan op een aantal doelen van de Wvggz, namelijk het versterken van de rechtspositie van de betrokkene, ambulantisering en zorg op maat met aandacht voor deelname aan de maatschappij. We zien dat nieuwe wettelijke mogelijkheden 'wentijd' met zich meebrengen. Dit geldt met name rondom het opstellen van een eigen plan van aanpak, het inzetten van verplichte ambulante zorg en aandacht voor maatschappelijke deelname. We zien in de data dat deze mogelijkheden beperkt in worden gezet. Dat is enerzijds logisch en verklaarbaar gezien de problematiek waar betrokkenen mee kampen. Anderzijds geven professionals ook aan nog niet altijd gewend te zijn aan de nieuwe procedures en mogelijkheden. Dit geldt met name voor de ggz-aanbieders, maar ook voor justitiële partners (OM, advocatuur en rechtspraak). Dat gaat niet vanzelf: het gaat om de verandering van een onbewuste afweging (zo doen we het) naar een bewuste afweging (wat is er mogelijk). Het helpt om deze thema's te agenderen op de regionale periodieke overleggen én binnen de overleggen binnen de verschillende organisaties, zodat er meer bewustzijn voor deze uitgangspunten ontstaat.

De PVP is bij 14% van de machtigingen gedwongen zorg (crisismaatregelen én zorgmachtigingen) betrokken. Dit is iets lager, maar vergelijkbaar, met het landelijk beeld. Betrokkenen en naasten die wij in het kader van dit onderzoek hebben gesproken, geven aan van het bestaan van de PVP op te hoogte te zijn, maar geen behoefte hebben aan deze ondersteuning.

9% van de machtigingen verplichte zorg worden ambulant uitgevoerd. Zorgaanbieders geven aan dat verplichte zorg in de thuissituatie vaak niet haalbaar lijkt. Wanneer een betrokkene wel thuis zorg kan ontvangen lukt het vaak alsnog om dit in vrijwillig kader te doen. Daarnaast achten partijen verplichte ambulante zorg niet altijd als wenselijk. Zo benadrukt de gemeente dat ook rekening moet worden gehouden met de burens en andere omwonenden, omdat een situatie ook voor overlast in de buurt kan zorgen. De indruk is wel dat er nog te weinig aandacht is voor verplichte ambulante zorg en dat dit mogelijk wel meer ingezet kan worden. Het MBZ kan mogelijk bij binnenkomende casuïstiek een betere afweging maken tussen bemoeizorg, vrijwillige zorg, ambulante verplichte zorg en verplichte klinische zorg.

We concluderen dat er (nog) weinig aandacht uit gaat naar het opnemen van de maatschappelijke voorwaarden in het zorgplan. Het helpt om dit begrip concreet te maken naar een aantal thema's zoals huisvesting, dagbesteding of schulden. Het zorgplan is een landelijk gebruikt format, waarin niet zomaar aanpassingen gedaan kunnen worden. Wel zouden de zorgaanbieders samen met de GGD en de gemeente afspraken kunnen maken over welke informatie het zorgplan moet bevatten op het thema maatschappelijke voorwaarden en deelname. Wanneer wordt afgesproken welke vragen hierbij leidend zijn, kan er beter inzicht verkregen worden in de situatie en de ondersteuningsbehoefte.

7.2 Meldfunctie, verkennend onderzoek en aanvraag zorgmachtiging

De uitvoering van de meldfunctie, het verkennend onderzoek en de aanvraag zorgmachtiging verloopt over het algemeen goed. Ten opzichte van landelijke cijfers zien we dat het investeren in de triage van een melding loont: in de regio Gelderland-Zuid worden minder (onnodige) verkennend onderzoeken uitgevoerd. Het percentage verkennend onderzoeken met een positieve uitkomst is hoger (77% ten opzichte van 50% landelijk). We signaleren verbetermogelijkheden in de communicatie over het MBZ. Zowel voor burgers als voor professionals is het niet geheel duidelijk wat het MBZ kan betekenen of wanneer een melding gedaan moet worden. De indruk bestaat dat melders terughoudend zijn uit angst voor wat er met betrokkene gaat gebeuren. Het kan daarom helpen om te benadrukken dat het MBZ tevens een informerende en adviserende rol heeft en dat een melding niet altijd hoeft te leiden tot een opname.

Met betrekking tot het verkennend onderzoek bestaat er onduidelijkheid over wat er met betrokkene gebeurt bij een negatieve uitkomst van het verkennend onderzoek. De afspraak dat het MBZ een casusregisseur aanwijst. Deze afspraak is echter niet breed bekend, waardoor ketenpartners in deze evaluatie aangeven zich zorgen te maken dat mensen tussen wal en schip vallen.

7.3 Crisismaatregel

Het algemene beeld is dat de gemaakte werkafspraken rondom de uitvoering van de crisismaatregel in de praktijk goed worden gevolgd. Het belangrijkste verschil ten opzichte van de IBS in de Wet BOPZ is het horen van de betrokkene. Het horen is passend belegd bij het MBZ, maar heeft in de praktijk vanuit alle ketenpartners geen/weinig meerwaarde. Het MBZ ervaart het horen zelf als een organisatorische belasting (er wordt een grote beschikbaarheid gevraagd) en ziet de meerwaarde van de regionale kennis en expertise niet terug. Andere ketenpartners ervaren de rol van het MBZ als prettig; door hun expertise kunnen ze goed inschatten of het horen op dat moment mogelijk is. In de praktijk zien we echter dat het horen lang niet altijd mogelijk is, een belasting voor de betrokkene is en weinig informatie oplevert. Het horen leidt dan ook niet tot andere overwegingen voor burgemeesters om al dan niet een crisismaatregel af te geven. Aangezien het horen wettelijk is verankerd, valt er in de praktijk weinig bij te sturen. We raden aan deze ervaringen landelijk (ten behoeve van de landelijke evaluatie) te adresseren.

7.4 Afstemming Wvvggz, Wzd en Wfz

Bij de samenloop van verschillende wetten is het van belang dat partijen bereid zijn om samen op te trekken, zodat iemand snel en passend de juiste zorg kan krijgen. Er zijn in de regio op voorhand geen afspraken gemaakt over de samenloop tussen de Wvvggz, Wzd en Wfz. Wel zijn een aantal knelpunten hieromtrent signaleerd en opgepakt. Zo heeft het MBZ een trekkende rol in het opstellen van werkafspraken tussen het MBZ, gemeenten, het CIZ, het OM en Pro Persona, zodat de afstemming bij dergelijke casuïstiek verbeterd kan worden en mogelijke escalaties kunnen worden voorkomen. Daarnaast is besloten dat het MBZ Wzd-casuïstiek meeneemt in het verkennend onderzoek. Samenwerkingsafspraken tussen uitvoerders van de Wvvggz en de Wfz zijn regionaal lastig te maken. De uitvoeringsproblemen in de samenloop van deze wetten zijn landelijk bekend.

Het is belangrijk dat betrokken partijen aansluiten bij regionale overleggen omtrent de Wvvggz, inclusief het CIZ. Ook moeten er samenwerkingsafspraken bestaan over hoe om te gaan met verantwoordelijkheden voor groepen die net tussen de wetten vallen. Het verruimen van de opdracht van het MBZ is hier een mooi voorbeeld van.

7.5 Ketensamenwerking en overlegstructuren

Het implementeren en uitvoeren van de Wvvggz betekent voor ketenpartners nieuwe samenwerkingsafspraken en overlegstructuren. Er is een goede basis gelegd voor regionale samenwerking en er is een ketenplan opgesteld. In de praktijk wijzen partijen soms echter nog naar elkaar en lopen partijen tegen knelpunten aan. Zo blijkt het voor

ketenpartners lastig dat gemeenten verschillende werkwijzen hanteren. Daarnaast ervaren verschillende partijen een terughoudendheid om een melding in het kader van de Wvggz te doen. Redenen hiervoor hebben doorgaans te maken met spanning op de vertrouwensband tussen hulpverlener en betrokkene en spanning wat de uitkomst van een verkennend onderzoek voor betrokkene. We raden daarom aan om overzicht te creëren in de te doorlopen routes en de verantwoordelijkheden van ketenpartners te verduidelijken. Dit kan worden meegenomen in de communicatie over het MBZ. Tot slot is het aan te bevelen om kritisch te blijven kijken naar een overzichtelijke overlegstructuur, waarbij alle partijen voldoende betrokken zijn, evenals het CIZ en de PVP.

7.6 Aanbevelingen

In ieder hoofdstuk zijn een aantal aanbevelingen gedaan. Hieronder worden de aanbevelingen per hoofdstuk samengevat.

Doelen van de Wvggz (hoofdstuk 2):

- a. Zorg voor een beweging van een onbewuste afweging naar een bewuste afweging: Het helpt om thema's als het opstellen van een eigen plan van aanpak, het inzetten van verplichte ambulante zorg en aandacht voor maatschappelijke deelname te agenderen op de regionale periodieke overleggen én binnen de overleggen binnen de verschillende organisaties, zodat er meer bewustzijn voor deze uitgangspunten ontstaat.
- b. Maak afspraken over welke informatie het zorgplan zou moeten bevatten: Zorgaanbieders zouden samen met de GGD en de gemeente afspraken kunnen maken over welke informatie het zorgplan zou moeten bevatten op het thema maatschappelijke voorwaarden en deelname. Wanneer wordt afgesproken welke vragen hierbij leidend zijn, kan er beter inzicht verkregen worden in de situatie en de ondersteuningsbehoefte.

Meldfunctie, verkennend onderzoek en aanvraag zorgmachtiging (hoofdstuk 3):

- a. Besteed aandacht aan de communicatie over het MBZ: In de communicatie over het MBZ richting burgers kan onder andere aandacht worden besteed aan wat het MBZ is en hoe meldingen worden afgehandeld. In de communicatie naar professionals is het raadzaam om aandacht te besteden aan de verschillen tussen de Wzd en de Wvggz en waar meldingen hierover kunnen worden gedaan.
- b. Onderzoek de mogelijkheden om mensen in beeld te houden die tussen wal en schip dreigen te vallen: De medewerker van het MBZ die het verkennend onderzoek uitvoerde, mag niet zomaar toeleiden naar een andere vorm van zorg. Ondertussen zijn hier afspraken over gemaakt, namelijk dat de gemeente overlegt met MBZ of zij de regie overneemt als het VO niet leidt tot een zorgmachtiging. We raden aan om deze afspraken scherper neer te zetten en ervoor te zorgen dat deze afspraken duidelijk gecommuniceerd worden, zodat alle medewerkers van het MBZ deze afspraken kennen en hiertoe kunnen handelen.
- c. Behoud de taak van het aanvragen van de zorgmachtiging bij de gemeente: Ondanks de wisselende meningen over waar het aanvragen van de zorgmachtiging belegd moet worden (bij het MBZ of bij de gemeente), raden we aan deze taak bij de gemeente te laten. Daarbij is het belangrijk om de werkafspraken over de termijn van één werkdag voor het doorzetten én het terugkoppelschema nauw te volgen.

Crisismaatregel (hoofdstuk 4):

- a. Adresseer de huidige knelpunten en aanbevelingen ten aanzien van de uitvoering van het horen op landelijk niveau. De wet biedt geen mogelijkheid om het horen op een andere manier in te vullen. Gezien de lopende wetsevaluatie is het aan te bevelen de huidige knelpunten en ervaringen op landelijk niveau te adresseren.
- b. Verken de mogelijkheden rondom de hoorservice van Khonraad. Het MBZ ervaart het horen als een organisatorische belasting, waarbij de meerwaarde van de expertise van (HBO-geïnschoolde) medewerkers onvoldoende uit de verf komt omdat er een strak script wordt gevolgd. Het valt te onderzoeken of de hoorservice van Khonraad een (goedkoper) alternatief kan bieden.
- c. Onderzoek de borging van de inhoudelijke invulling van het horen op een andere plek in het proces. Het is denkbaar om de inhoudelijke invulling van het horen op een andere plek in het proces te borgen: denk aan meer aandacht voor het invullen van de zorgkaart en het betrekken van de zorgkaart in de afweging rondom het afgeven van de crisismaatregel. Het betrekken van de PVP bij het regionaal periodiek overleg Wvggz (één of

twee keer per jaar) om ervaringen van betrokkenen te bespreken of het meenemen van de wensen van de betrokkene (en naasten) bij de voortzetting van de crisismaatregel (VCM).

Afstemming Wvggz, Wzd en Wfz (hoofdstuk 5):

- a. Betrek alle partijen bij regionale overleggen omtrent de Wvggz. Het CIZ wordt op dit moment gemist en de aanbeveling is om het CIZ in het vervolg nadrukkelijk te betrekken bij het maken van regionale afspraken.
- b. Maak samenwerkingsafspraken over de rol en verantwoordelijkheden bij een 'tussengroep' die door het management/bestuur worden gedragen. Dit maakt dat professionals voelen dat zij ruimte krijgen om soms net buiten de opdracht of lijntjes om te mogen handelen. Een mooi voorbeeld is de verbreding van de scope van het verkennend onderzoek door het MBZ.
- c. Zoek samenwerking in landelijke gremia. Het kan helpen om in landelijke gremia na te gaan op welke manier andere regio's met dergelijke casussen omgaan en hier werkafspraken op te baseren.

Ketensamenwerking en overlegstructuren (hoofdstuk 6):

- a. Verminder de 'angst' en terughoudendheid bij het aanvragen van een verkennend onderzoek en/of zorgmachtiging. Creëer overzicht in de te doorlopen routes, maak daarbij duidelijk welke ketenpartner wat kan betekenen en benadruk dat de uitkomst niet per definitie opname betekent.
- b. Besteed aandacht aan de samenwerking met het CIZ rondom de lvb-doelgroep. Maak duidelijke werkafspraken en betrek het CIZ bijvoorbeeld eens bij een overleg waar de lvb-doelgroep besproken wordt.
- c. Wees transparant naar alle ketenpartners over waar een betrokkene zich bevindt in het proces. Het is voor ketenpartners niet altijd duidelijk waar in het proces een aanvraag is. De wet biedt weinig mogelijkheden om transparantie te bieden, maar deze behoefte is er wel. Het is aan te bevelen om (eventueel via landelijke gremia) na te gaan welke mogelijkheden de wet hiertoe biedt.
- d. Voorkom stroperigheid in de overlegstructuur. De ketenpartners zijn bekend met de overleggen die ze zelf bijwonen, maar het ontbreekt nog aan een overzichtelijke overlegstructuur met bijhorende doelstellingen. Het is goed om de overleggen die oorspronkelijk bedoeld zijn voor de implementatie van de Wvggz te beëindigen op het moment dat de basis voldoende staat of de doelstelling van het overleg aan te passen op signalen bij de uitvoering van de Wvggz. Hierbij is het belangrijk dat continu gekeken wordt of de ketenpartners voldoende betrokken blijven zonder ze te overvragen of overbodig aan te laten sluiten bij overleggen.
- e. Benut de ervaringskennis van de patiëntvertrouwenspersoon. De PVP beschikt over waardevolle informatie hoe betrokkenen de onvrijwillige zorg en hun rechtspositie ervaren. Wij adviseren de PVP vanuit deze signaalfunctie nauwer te betrekken bij bestaande samenwerkingsverbanden. Denk bijvoorbeeld aan één tot twee keer per jaar uitnodigen van de PVP bij het regionaal periodiek overleg Wvggz.
- f. Heb oog voor gemeenten binnen de regio Gelderland-Zuid die (nog) weinig of geen ervaring hebben met de Wvggz

A. Overzicht onderzoeksvragen

A.1 Procesevaluatie

- a. **Hoe verloopt het horen bij de crisismaatregel?**
 - i. Hoe verloopt de samenwerking tussen MBZ en ketenpartners?
 - ii. Heeft het beleggen van het horen bij MBZ (voldoende) meerwaarde t.o.v. alternatieven?
 - iii. Op welke wijze en op basis van welke overwegingen nemen burgemeesters en vervangend wethouders een crisismaatregel en tegen welke dilemma's lopen zij aan?
- b. **Hoe verloopt de uitvoering van de meldfunctie?**
 - i. Hoe verloopt de uitvoering van de meldfunctie en zijn er verbeterpunten t.a.v. de communicatie over de mogelijkheid om Wvggz-meldingen in te dienen bij MBZ en de afhandeling/triage van de melding?
 - ii. Is de meldfunctie op passende wijze bij MBZ belegd?
- c. **Hoe verloopt de uitvoering van het verkennend onderzoek en de aanvraag zorgmachtiging?**
 - i. Zijn er verbeterpunten ten aanzien van de uitvoering van het Verkennend onderzoek en het aanvragen van de Zorgmachtiging bij de Officier van Justitie door de gemeente?
 - ii. Is het Verkennend onderzoek op passende wijze bij MBZ belegd?
 - iii. Wat zijn de voor- en nadelen van het aanvragen van een Zorgmachtiging bij het OM o.b.v. het Verkennend onderzoek door de gemeente in vergelijking met de situatie dat deze taak wordt gemandateerd aan MBZ/GGD (zoals in Gelderland-Midden gebeurt)?
 - iv. Wat is gewenst t.a.v. de ambtshalve route voor een Zorgmachtiging d.w.z. de mogelijkheid voor zorgaanbieders om rechtstreeks een aanvraag voor een Zorgmachtiging in te dienen bij het OM (zonder Verkennend onderzoek). Tot nu toe is dit beperkt tot GGZ-instellingen conform de werkwijze onder de BOPZ (m.n. Pro Persona en IrisZorg). Is het gewenst deze optie uit te breiden naar meer zorgaanbieders, zo ja, wat zijn hierbij een geschikte werkwijze en criteria?
- d. **Hoe functioneert het regionaal periodiek overleg?**
 - i. Functioneert het regionaal periodiek overleg Wvggz in Gelderland-Zuid naar tevredenheid en wat zijn eventuele verbeterpunten t.a.v. bijvoorbeeld agendering en samenstelling?
 - ii. Ter voorbereiding op het regionaal periodiek overleg komt een intergemeentelijke en ketenwerkgroep bijeen - zijn er verbeterpunten t.a.v. deze overleggen?

A.2 Effectevaluatie

- a. **Inspraak betrokkene**
 - i. Wat waren de ervaringen van betrokkenen met de crisismaatregel in 2020, waaronder het horen?
 - ii. Gebruiken rol patiëntvertrouwenspersoon?
 - iii. Gebruik en rol advocaat?
 - iv. Opstellen eigen plan van aanpak en afwending verplichte zorg (in fase opstellen zorgplan) – hoe vaak gebruik van gemaakt?
 - v. Hoe vaak was een zorgkaart opgesteld en wat zijn de ervaringen hiermee?
 - vi. Hoe vaak was een zelfbindingsverklaring opgesteld en wat zijn de ervaringen hiermee?
 - vii. Welke knel- en verbeterpunten zijn er t.a.v. dit doel?
- b. **Inspraak familie/naasten**
 - i. Aantal keren dat naasten een melding in het kader van Wvggz hebben gedaan bij de GGD?
 - ii. Hoe ervaren naasten in Gelderland-Zuid de nieuwe Wvggz?
 - iii. Is meer (publieke) communicatie gewenst over de mogelijkheid voor naasten om een Wvggz-melding te doen? Zo ja, op welke wijze zou deze communicatie, in afstemming met eventuele landelijke communicatie, het beste kunnen plaatsvinden?
 - iv. Welke knel- en verbeterpunten zijn er t.a.v. dit doel?

c. Ambulantisering

- i. Hoe vaak verplichte ambulante behandeling i.p.v. verplichte opname toegepast?
- ii. Wat is de gemiddelde lengte van een opname o.b.v. de Wvvggz, ook in vergelijking tot de opnamelengte onder de BOPZ?
- iii. Hoe staat het met de beschikbaarheid van (beveiligde) bedden bij een gedwongen opname; hoe vaak kon iemand bij een gedwongen opname (o.b.v. een crisismaatregel of zorgmachtiging) niet (meteen) geplaatst worden binnen of buiten Gelderland-Zuid?
- iv. Welke knel- en verbeterpunten zijn er t.a.v. dit doel?

d. Aandacht voor deelname maatschappij

- i. Aandacht voor participatie en wonen in zorgplannen, afstemming tussen GGZ en gemeenten/sociaal domein over zorgplannen?
- ii. Sluiten de zorgplannen aan bij de complexe (bemoeizorg)doelgroep en leidt de Wvvggz tot grotere effectiviteit van bemoeizorgtrajecten?
- iii. Hoe ervaren betrokkenen het proces van het opstellen van zorgplannen?
- iv. In hoeverre zijn naasten betrokken bij het opstellen van zorgplannen en hoe hebben naasten het proces ervaren?
- v. Welke knel- en verbeterpunten zijn er t.a.v. dit doel?

e. (Keten/netwerk)samenwerking tussen partners

- i. Hoe verloopt de samenwerking tussen ketenpartners t.a.v. de Wvvggz?
- ii. Welke rol vervult het Veiligheidshuis en het TOPx(plus)-overleg in deze samenwerking?
- iii. Zijn de verantwoordelijkheden per fase goed belegd (m.n. bij de zorgmachtiging en tussentijdse wijziging van situatie van betrokkene)?
- iv. Hoe verloopt de afstemming tussen de Wvvggz, Wzd en Wfz?
- v. Hoe verloopt de regionale samenwerking en afstemming tussen gemeenten?
- vi. Op welke wijze gebruiken de (vaste) ketenpartners het opgestelde ketenplan Wvvggz Gelderland-Zuid en in hoeverre is dit plan behulpzaam bij de samenwerking?
- vii. Welke knel- en verbeterpunten zijn er t.a.v. dit doel?

f. Meten van de outcome. Data-uitvraag met betrekking tot:

- i. Data rondom crisismaatregel:
 - Aantal IBS 2018 - 2019 i.v.t. aantal CM Wvvggz en IBS WZD 2020.
 - Aantal verlengde crisismaatregelen.
 - Aantal beëindigde verplichte zorgtrajecten.
 - % horen.
- ii. Data rondom zorgmachtigingen:
 - Aantal zorgmachtigingen op verzoek van:
 - a. GGZ-instellingen.
 - b. Forensische instellingen.
 - c. Huisartsen.
 - d. andere zorgverlener.
 - e. Politie.
 - f. OM (ambtshalve).
 - Hoe vaak komt verplichte somatische zorg o.b.v. de Wvvggz voor in Gelderland in vergelijking tot andere regio's?
 - Aantal zorgmachtigingen o.b.v. melding bij MBZ/GGD (zie onderstaand processchema):
 - a. Aantal meldingen i.v.t. de begroting.
 - b. Aantal Verkennend onderzoeken i.v.t. de begroting.
 - c. Aantal aanvragen zorgmachtigingen (ZM) door gemeente bij OM.
 - d. Aantal verzoekschriften OM bij rechter.
 - e. Redenen beëindiging aanvraag ZM.
 - Aantal beëindigde verplichte zorgtrajecten.

-
- i. Prognose zorgmachtigingen 2022:
 - Prognose aantal zorgmachtigingen vanaf 2022 o.b.v. regionale en landelijke cijfers.

B. Terugkoppelschema VO

Dit schema wordt gebruikt in de regio Gelderland-Zuid. Hier zijn door ons geen inhoudelijke aanpassingen aan gedaan.

