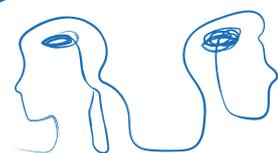


Bijlagen

Tussenrapportage 'Samen doorpakken'
– Op weg naar een meer persoonsgerichte
aanpak voor en met mensen met verward gedrag –



Personen met verward gedrag

6 Bijlagen

- I. De uitgevoerde activiteiten van het Aanjaagteam in de oriënterende fase
- II. Literatuurreview Aard en Omvang
- III. Kafka: narratieven en stappenplannen
- IV. Inventarisatie triagevoorzieningen en doorgeleiding, stand van het land

- I. De uitgevoerde activiteiten van het Aanjaagteam in de oriënterende fase



SAMEN DOORPAKKEN

**Op weg naar een meer
persoonsgerichte aanpak voor en
met mensen met verward gedrag**

**Tussenrapportage Aanjaagteam Verwarde
Personen januari 2016**

**Bijlage 1 Verantwoording over de uitgevoerde activiteiten van het
anjaagteam in de oriëntatiefase**

Inhoudsopgave

Hoofdstuk 1. INLEIDING.....	3
1.1 Inleiding	3
1.2 De hoofddoelstellingen van het Aanjaagteam Verwarde personen	3
1.3 De gekozen aanpak.....	3
1.4 De definitie van personen met verward gedrag en nuancering	5
Hoofdstuk 2. UITKOMSTEN VAN DE INVENTARISATIES	6
2.1 Inleiding	6
2.2 Analyse van casuïstiek.....	6
2.3 Inventarisatie Triagevoorzieningen en doorgeleiding, stand van het land	8
2.4 Aard en omvang van het vraagstuk.....	10
Hoofdstuk 3. INVENTARISATIE KNELPUNTEN TRAJECTEN EN EXPERTSESSIES	12
3.1 Inhoudelijke trajecten	12
3.2 Overige specifiek aangedragen aandachtspunten	14

Hoofdstuk 1. INLEIDING

1.1 Inleiding

Op 3 september 2015 hebben de ministeries van VWS, VenJ en de VNG het aanjaagteam Verwarde Personen geïnstalleerd. Het aanjaagteam is direct aan de slag gegaan met het ophalen van interessante praktijken, is in gesprek gegaan met partijen en mensen met verward gedrag en familieleden en een plan van aanpak. Op 29 oktober 2015 is dit plan van aanpak 'Aandacht voor verwardheid, op weg naar een meer persoonsgerichte aanpak' door de opdrachtgevers aan de Tweede Kamer gestuurd. Op basis hiervan is gestart met een oriëntatiefase met als doel meer inzicht te krijgen in de huidige situatie. Ter afronding van de oriëntatiefase is een tussenrapportage opgesteld. Deze bijlage geeft een verantwoording over het proces en de activiteiten van het aanjaagteam, die ten grondslag liggen aan de inhoudelijke perspectieven, bouwstenen en geduide knelpunten in de tussenrapportage.

1.2 De hoofddoelstellingen van het Aanjaagteam Verwarde personen

Het aanjaagteam werkt aan drie hoofddoelstellingen:

1. Het ontwikkelen van bouwstenen voor een passend ondersteuningsaanbod voor de mensen die verward gedrag vertonen en hun familie/sociaal netwerk.
2. Bevorderen dat er een sluitende aanpak van ondersteuning en zorg wordt geleverd door alle gemeenten in de zomer van 2016.
3. Inzicht geven in de belemmeringen die de verschillende betrokkenen ervaren, die niet op lokaal/regionaal niveau opgelost kunnen worden, maar die om aanpassingen in de keten op systeemniveau vragen en voor deze belemmeringen oplossingen aanreiken.

Deze driedeling waarborgt dat de mensen die verward gedrag vertonen en hun leefwereld centraal staan, dat de gemeenten in staat worden gesteld de passende zorg en aandacht te organiseren of te bieden en dat alle partners in de keten hun bijdrage effectief en efficiënt kunnen leveren ter vermindering van persoonlijk leed en maatschappelijke overlast. Dit krijgt gestalte op gemeentelijk, regionaal en systeemniveau.

1.3 De gekozen aanpak

Rol aanjaagteam

Het aanjaagteam functioneert als katalysator en aanjager:

- Handvatten bieden voor verbetering.
- Ondersteunen van de praktijk.
- Inbrengen in bestaande routines van het perspectief van mensen met verward gedrag en de samenleving en van het belang van een integrale blik.

Persoonsgericht

Een persoonsgerichte aanpak is niet eenvoudig. Dit staat vaak haaks op geïnstitutionaliseerde belangen, afgebakende taken en verantwoordelijkheden, strak gereguleerde en gecontroleerde financieringsstromen en de politieke realiteit van de systeemwereld. Het aanjaagteam kiest deze persoonsgerichte insteek en voelt zich hierin gesteund door mensen met verward gedrag, professionals, mensen die dagelijks te maken hebben met dit vraagstuk en bestuurders, waaronder de opdrachtgevers.

Fasegericht

Deze bijlage geeft een beeld van de uitgevoerde activiteiten van het aanjaagteam in de oriënterende fase. De volgende fase is de verdiepingsfase. Hierin zal het aanjaagteam de geformuleerde bouwstenen en wat er structureel nodig is om te komen tot een sluitende aanpak intensiever verdiepen in en met de praktijk. De derde fase richt zich op de concrete implementatie: het maken van afspraken en het uitvoeren van de maatregelen, daar waar dat nog nodig is. De laatste fase staat in het teken van toetsen van de doelstellingen en het borgen van de analyse en oplossingen op lokaal én landelijk niveau.

In gesprek met betrokkenen

Zoals beschreven in het plan van aanpak maakt het aanjaagteam gebruik van wat er al in de

regio's en het land aangereikt is en wordt. Het aanjaagteam heeft gezocht naar rode draden en verbindingen, door hier in samenhang vanuit de persoonsgerichte optiek naar te kijken. Het aanjaagteam benut bestaande overlegstructuren en netwerken in de regio's. Niet alleen omdat daar de kennis is, maar ook omdat de resultaten van het aanjaagteam juist daar geborgd moeten worden.

In de oriëntatiefase heeft het aanjaagteam met elkaar en met velen daarbuiten gesproken en gediscussieerd, zowel binnen de bestaande structuren en netwerk als in aanvullende bijeenkomsten. Hierbij waren mensen uit de hele keten aanwezig en mensen met ervaring met verwardheid en/of hun familie en/of hun vertegenwoordigende organisaties. De eerste netwerken zijn gevormd, ontmoetingen zijn tot stand gebracht. Sommigen meer informeel en anderen meer gestructureerd. Het aanjaagteam heeft daarin gesproken met vele organisaties en individuele leden. Denk aan het Leger des Heils, AEDS, LPGGz, MEE, MO-groep, Landelijke Vereniging Gehandicapten, de NS, Federatie Opvang, gemeenten (G32, wethouders, burgemeesters mede n.a.v. de brief van de regioburgemeesters, medewerkers wijkteams), Raad voor Volksgezondheid en Samenleving, VNG-commissies, GHOR/GGD, politie, GGZ-instellingen, zorgverzekeraars, huisartsen, de ministeries van V&J, VWS, BZK en SZW, onderzoekers, psychiaters, Veiligheidshuizen, Stichting Samen Sterk zonder Stigma en meer. Zeker nog niet voldoende, maar in deze oriëntatiefase is een begin gemaakt met hen en andere betrokkenen. Het zijn er veel en er is sprake van een grote verscheidenheid, maar iemand met verward gedrag heeft ook te maken met vele instanties en mensen en daarmee het aanjaagteam dus ook.

Inventarisaties en onderzoeken

Door verschillende partijen zijn reeds aandachtspunten, knelpunten en mogelijke oplossingen aangedragen bij de ondersteuning en zorg van mensen die verward gedrag vertonen. Het aanjaagteam is, zoals aangegeven in het plan van aanpak, direct gestart om deze verder te inventariseren, te onderbouwen en te verrijken met het persoonsgerichte perspectief.

Er zijn inventarisaties gestart en afgerond. Ervaringsverhalen van personen met verward gedrag, hun omgeving en professionals zijn opgehaald en er zijn levenslopen beschreven. De afgelopen tijd zijn er ook vele onderzoeken door anderen gepubliceerd en deze zijn zoveel mogelijk bij de inventarisaties betrokken. Ook is de samenhang met andere trajecten gezien en zijn contacten gelegd, bijvoorbeeld op het terrein van de vervolgacties naar aanleiding van het rapport van de Commissie Hoekstra.

Naast deze meer grote inventarisaties is gestart met het inventariseren van ervaringen van landen om ons heen, maatschappelijke business cases over de kokers heen en het kijken naar bestaande opleidingen en scholingsactiviteiten. Het vraagstuk van belemmerende wet- en regelgeving is in deze fase bekeken door analyses van de casuïstiek en is in diverse overleggen geduid. Dit krijgt net als het gericht ondersteunen van pilots en proeftuinen in de volgende fase meer aandacht.

Inhoudelijke thema's

Inhoudelijk is gewerkt aan een aantal eerste thema's, zoals ook verwoord in het plan van aanpak. Thema's die als urgent zijn aangereikt vanaf het begin en ook voortkomen uit de analyses die aanleiding waren voor de installatie van het aanjaagteam. Het gaat om vragen over de informatievoorziening, vroegsignalering en preventie, triage en doorgeleiding, waaronder ook aandacht voor het wegnemen van barrières voor de toegang tot zorg en ondersteuning (waaronder onverzekerde), knelpunten bij passende zorg (acuut en niet acuut, zoals ook het vervoersaspect) en de wens om de acceptatie en toerusting in de samenleving te versterken.

Communicatie

De communicatie was in de oriëntatiefase gericht op het tot stand brengen van ontmoetingen, het ophalen en delen van kennis, het formeren van netwerken en het vergroten van de urgentie. De facto zijn de meeste activiteiten van het aanjaagteam te duiden als communicatie. Zonder communicatie is er namelijk geen beweging. Als het gaat om meer specifieke middelen is het e-mailadres (aanjaagteam@vng.nl) een belangrijke gebleken. Hierop komen dagelijks vragen en suggesties binnen.

De bijeenkomsten zijn ingezet om te luisteren naar de praktijk, om problemen en oplossingsrichtingen op te halen en (keten)partners samen te brengen. Daarin was steeds aandacht voor inbreng van mensen met verward gedrag zelf en hun directe omgeving. Interviews in (landelijke) media waren gericht op het vergroten van de urgentie voor het vraagstuk. De meer formele communicatie is tot stand gekomen in nauw overleg met de opdrachtgevers en partners als GGZ-Nederland, de politie, het OM en de LPGGz. De brief aan de Tweede Kamer van de opdrachtgevers en de ledenbrief van de VNG aan de gemeenten zijn erg behulpzaam geweest.

In samenspraak met de woordvoerders/communicatieadviseurs van de opdrachtgevers, GGZ-Nederland, politie en OM, is een kernboodschap geformuleerd en zijn afspraken gemaakt over woordvoering.

1.4 De definitie van personen met verward gedrag en nuancering

Met enige regelmaat heeft het aanjaagteam de wens gehoord om te komen tot een heldere definitie, een duidelijke doelgroep of focus op bijvoorbeeld overlastgevende verwarden. Dat zou gericht beleid eenvoudiger maken. Vaker nog heeft het aanjaagteam echter support gevonden op haar eerder geformuleerde brede definitie, met name vanuit mensen die zelf ervaring hebben (gehad) met verwardheid. Tegemoet komen aan de wens van focus doet onrecht aan het feit dat mensen met verward gedrag niet eenvoudig te categoriseren zijn, omdat ze vaak meerdere problemen hebben, samenhangend of voortvloeiend uit de verwardheid. Ook werkt het juist verkokering, afgebakende verantwoordelijkheden en stigmatisering in de hand. Verder belemmert een focus op overlastgevend gedrag de omslag naar preventie, vroegtijdige signalering en het kijken vanuit de verschillende leefdomen naar oplossingen.

Het aanjaagteam handhaaft daarom de brede definitie uit het plan van aanpak: *het gaat om mensen die grip op hun leven (dreigen te) verliezen, waardoor het risico aanwezig is dat zij zichzelf of anderen schade berokkenen.*

Het gaat namelijk om mensen met vaak verschillende aandoeningen of beperkingen (psychiatrie, verslaving, licht verstandelijke beperkingen, dementie), veelal in combinatie met verschillende levensproblemen (schulden, dakloosheid, werkloosheid, verlies van dierbaren, gebrek aan participatie, onverzekerd zijn, illegaliteit, etc). Door verschillende omstandigheden kan de situatie ontstaan dat zij eenmalig of soms ook chronisch in problemen komen, grip op hun leven verliezen en daardoor overlast veroorzaken of zelfs in het strafrechtelijk circuit belanden.

Diverse onderscheidende categorieën

Om duiding te geven in de discussies en een balans te vinden tussen maatschappelijke en persoonlijke belangen onderscheidt het aanjaagteam verschillende categorieën:



Figuur 1: verschillende categorieën voor mensen die verward gedrag vertonen

Het zijn nadrukkelijk hoofdcategorieën en geen harde nieuwe hokjes. Het gaat om categorieën die oplopen in zwaarte van problematiek, mate van overlast en combinatie van benodigde zorg en straf. Categorieën die elk een gedifferentieerde aanpak vergen en waarbij steeds sprake is van een afweging van het persoonlijk belang en de risico's voor de samenleving. Hoe zwaarder de categorieën, hoe zwaarder het belang van de samenleving weegt. Voor elke categorie geldt dat er altijd sprake dient te zijn van een persoonsgebonden aanpak en maatwerk, liefst zo vroeg mogelijk om herstel te bevorderen en afglijden te voorkomen.

Hoofdstuk 2. UITKOMSTEN VAN DE INVENTARISATIES

2.1 Inleiding

In de oriëntatiefase heeft het aanjaagteam een aantal inventarisaties laten uitvoeren om het vraagstuk en de huidige stand van zaken beter te kunnen duiden. Anders dan de meeste bestaande onderzoeken, richtten deze zich op het integrale en landsdekkende perspectief. In de eerste fase hebben met name de volgende 3 inventarisaties hun beslag gekregen:

- De kafkabrigade. Ervaringsverhalen van mensen met verward gedrag, hun omgeving en professionals en levensloopbeschrijvingen.
- Onderzoeksrapport van het bureau Significant. Onderzoek naar de wijze waarop gemeenten de huidige triagevoorzieningen hebben geregeld. Op welke schaalgrootte is dit georganiseerd en zijn er samenwerkingsverbanden, waar vindt het eerste contact met een persoon die verward gedrag vertoont plaats en wat gebeurt er dan?
- Onderzoek naar de aard en omvang. De aard en omvang van het probleem en voor wie.

2.2 Analyse van casuïstiek

De echt feitelijke situatie is eigenlijk alleen te zien op het niveau van personen die verward gedrag vertonen en hun directe omgeving. Ervaringsverhalen van hen, hun omgeving en professionals en levensloopbeschrijvingen, zijn een belangrijke bron van informatie. Door patiënten- en familieorganisaties zijn veel verhalen aangereikt, net als door de politie. Voor een meer diepgaande analyse van een aantal verhalen is de Kafkabrigade ingeschakeld. Bij afronding van de volgende fase is dit proces helemaal afgerond. Dan worden hun analyse en de overige verhalen meer gestructureerd gebundeld en gedeeld.

Onderzoeksmethode: de Kafkamethode

De Kafkabrigade doet onderzoek naar onnodige bureaucratie. Daarbij neemt de Kafkabrigade altijd concrete situaties als uitgangspunt. Samen met de burger en betrokken professionals analyseert de Brigade de situatie. Daartoe interviewt de Kafkabrigade de burger zelf, omstanders en professionals (zowel uitvoerende professionals als beleidsmakers en bestuurders). In de basis stelt de Kafkabrigade de volgende vragen:

- Wat is het probleem voor de burger?
- Hoe is dat probleem ontstaan en waarom is het niet vanzelf opgelost door de betrokkenen?
- Wie en wat is er nodig om de situatie te verbeteren?

Voor de werkzaamheden van de het aanjaagteam heeft de Kafkabrigade de volgende aanpak gevolgd:

1. Verkennend onderzoek. De Kafkabrigade neemt een concrete situatie als uitgangspunt, waarin burgers zijn vastgelopen of waarin de betrokken organisaties niet het resultaat bereiken waarvoor ze ingesteld zijn. Deze situaties worden gemeld door opdrachtgevers (overheidsinstanties of andere publieke organisaties), professionals of door betrokkene zelf. De Kafkabrigade inventariseert eerst kort de stand van zaken: is het probleem een uitzondering of hebben meerdere mensen er last van? Wie zijn er reeds bezig om het op te lossen? Wie zijn de direct en indirect verantwoordelijke partijen? Zijn er goede voorbeeldcasus beschikbaar?
2. Casusonderzoek. Een aantal casus die exemplarisch zijn voor het probleem worden tot op de bodem uitgeplozen. Dit gebeurt aan de hand van dossieranalyse, gesprekken met de burger en interviews met de personen die direct contact hebben gehad met hem/haar. Aan de hand van het casusonderzoek ontwikkelt de Kafkabrigade twee producten: een feitelijke tijdlijn met daarin de gang van zaken in chronologische volgorde, en een verhalend verslag (narratief), waarin het perspectief van de burger en zijn/haar beleving van de gang van zaken zichtbaar wordt.
3. Contra-expertise. De Kafkabrigade toetst het stappenschema en het narratief in gesprekken met uitvoerders, beleidsmakers en andere experts. Zo krijgt Kafka de context van de casus beter in beeld en kan dan toetsen of de voorlopige interpretatie adequaat is.

Na deze stappen voert de Kafkabrigade een overkoepelende analyse uit, waarmee knelpunten en andere bevindingen naar voren komen. Ter informatie zijn een geanonimiseerd narratief en tijdlijn bijgevoegd (bijlage III), en vier beknopte samenvattingen van casus (in de tussenrapportage). Het

Kafka-onderzoek is nog aan de gang, daarom zijn deze stukken onder voorbehoud van wijzigingen. Het narratief en de tijdlijn stelt de Kafkabrigade in eerste instantie op aan de hand van gesprekken de burger zelf. Vervolgens schaaft de Kafkabrigade de documenten bij waar nodig, bijvoorbeeld omdat dat blijkt uit de dossieranalyse of uit interviews in de contra-expertise.

Het aanjaagteam heeft de casussen zelf aangereikt op basis van de vier categorieën van mensen met verward gedrag. Het gaat om mensen die zichzelf gemeld hebben bij het aanjaagteam of casussen die vanuit de landelijke cliëntenorganisaties of de politie zijn aangereikt. De Kafkabrigade heeft vervolgens gekeken of de gekozen casuïstiek exemplarisch is voor bepaalde problemen of probleemgroepen.

Een aantal voorlopige hypothesen van de Kafkabrigade

Op basis van het onderzoek tot nu toe kan de Kafkabrigade een aantal voorlopige hypothesen delen. Deze hypothesen zijn – net als andere stukken – onder voorbehoud, omdat dossieranalyse en contra-expertise vaak inzicht aan het licht brengen die bevindingen in een ander licht zetten.

Wie vooraan in de keten staat, ervaart de meeste problemen. Omdat de politie een acute dienst heeft, staat zij vooraan in de keten. Het eerste contact dat verwarde burgers hebben met de overheid, is vaak met de politie. De politie krijgt daarmee als vanzelf de verantwoordelijkheid om zo'n casus te beoordelen. Is hier sprake van een verwarde persoon? Is hier sprake van iemand die niet wil en bestraft moet worden, of gaat het om iemand die niet kan en waarvoor hulp gezocht moet worden? In dit laatste geval krijgt de politie als vanzelf de taak een plek te zoeken voor verwarde personen.

Hierbij zijn – aan de hand van de cases – een aantal vragen te stellen, zoals:

- Komt het vaak voor dat de politie in feite de wegwijzer is tot hulpverlening en basale voorzieningen? Is dat wenselijk en indien niet, is het te voorkomen?
- Is de politie wel de eerste die signaleert dat er een probleem is, of is het de eerste partij die door de acute situatie wel gedwongen is tot meer dan een inspanningsverplichting?
- Wat betekent dit voor de politie als organisatie? Zijn afspraken op bestuursniveau hierover ook terug te zien in de praktijk? En indien dit niet zo is, wat betekent dit dan voor andere (acute) politietaken en de mogelijkheid om te sturen en prioriteiten te stellen?

Regionale afspraken over samenwerking werken alleen als uitvoerend professionals die goed kennen en toepassen. Afspraken op bestuursniveau zijn alleen van waarde als professionals in de praktijk hiervan op de hoogte zijn, hiermee kunnen werken en kunnen samenwerken. Van sturing kan alleen sprake zijn als er ook zicht is op hoe dit uitpakt in de praktijk. Eén van de Kafka-casus maakt zichtbaar dat er vragen gesteld kunnen worden bij de effectiviteit van een samenwerkingsconvenant in de praktijk.

In de uitvoering lijkt onduidelijk wie verantwoordelijk is voor een meer structurele oplossing voor individuele verwarde personen. Deelperspectieven en een focus op overdracht aan een volgende organisatie lijken dominant in de uitvoering. Voor het aansluiten van organisaties op elkaar om een meer structurele oplossing te vinden is geen duidelijke verantwoordelijke. Het is onduidelijk hoe vroegsignalering zou kunnen werken. Escalatie met geweld of criminaliteit lijkt een voorwaarde voor een meer integrale aanpak.

Overheidscommunicatie lijkt niet altijd goed afgestemd op de doelgroep. Een deel van de burgers die te maken hebben met verwarring, hebben moeite met lezen en schrijven, zijn dakloos of hebben financiële problemen. Dat maakt het voor hen moeilijk om te werken met de gebruikelijke communicatiekanalen van de overheid. Terwijl onder meer het hebben van een postadres, het kunnen lezen en begrijpen van brieven, en het bezitten van een DigiD in de praktijk voorwaarden zijn voor contact met de overheid, en daarmee voorwaarden om in aanmerking te komen voor hulp en basale rechten als een zorgverzekering.

Ook voor dienstverleners zelf is vaak onduidelijk wat het lokale aanbod is, hoe dat vergoed kan worden en wat de landelijke regelgeving is. De moeilijkheid deze verschillende informatiebronnen te combineren maakt het structureel oplossen van problemen tot een traag proces. In de tussentijd kan de situatie verslechteren voor de persoon zelf, of escaleren met gevolgen voor de omgeving.

2.3 Inventarisatie Triagevoorzieningen en doorgeleiding, stand van het land

Een van de opdrachten aan het aanjaagteam was eind 2015 een beeld op te leveren van de wijze waarop gemeenten de triage hebben ingericht en inzicht te geven in de mate waarin verdere hulp en ondersteuning nodig is op lokaal niveau. Het aanjaagteam heeft het bureau Significant dit laten onderzoeken: op welke schaalgrootte is dit georganiseerd, welke samenwerkingsverbanden zijn er, waar vindt de eerste beoordeling plaats van een persoon die verward gedrag vertoont en wat is het vervolg? Daarvoor zijn in 24 (veiligheids)regio's betrokken partijen geïnterviewd, waaronder politie, GGZ, gemeenten, GGD en wijkteams. Hieronder staan op de hoofdlijnen de resultaten van deze inventarisatie. Dit is nadrukkelijk een momentopname (stand per 1 december 2015).

In bijlage IV is het rapport opgenomen. Het aanjaagteam beschouwt dit rapport als een basisrapport. Een definitieve stand van het land vraagt eerst om een helder perspectief van waaruit gekeken kan worden. Wat is goede triage, wat is een sluitende aanpak en wie zijn daarvoor nodig? Deze vragen zijn beantwoord in de tussenrapportage en worden verrijkt en verdiept in de volgende fase. In de 3^e fase (juni-augustus 2016) kan dan een beter en actueler beeld gegeven worden van 'de stand van de het land'. Daarvoor zal een uitgebreider onderzoek plaatsvinden dan in het korte tijdsbestek sinds de start van het aanjaagteam en met de offerteprocedure in deze fase mogelijk was. Voorbereidingen op dit onderzoek zullen in de 2^e fase (februari-mei 2016) starten.

Het huidige rapport heeft veel kwalitatieve inzichten opgeleverd, die getoetst zijn door een groep van 40 professionals, enkele ervaringsdeskundigen, de politie en met inzichten gebaseerd op de evaluatie van het samenwerkingsconvenant van de politie en GGZ.

Triage

De triage is een onderdeel van een sluitende aanpak en vindt steeds plaats bij een melding of signaal en kan gedurende het leven van iemand met verward gedrag meermalen voorkomen. In het onderzoek is gebruik gemaakt van de volgende indeling van het triageproces:



Figuur 2: stappen in het triageproces, zoals gebruikt in het onderzoek naar triagevoorziening en doorgeleiding.

Er is sprake van verschillen in schaalgrootte van deze stappen binnen het triageproces. Signalering van overlast vindt bijvoorbeeld plaats op gemeente- of wijkniveau. Het organiseren van oplossingen, bijvoorbeeld opvang en ondersteuning, vindt vaak in de regio plaats.

Grote verschillen per regio

Er zijn grote verschillen bij de regio's en de gemeenten in de vertaling van het triageproces naar de uitvoeringspraktijk geconstateerd. Enkele hoofdconclusies:

- Bij ernstige incidenten en/of ernstige overlast en waarbij vermoeden is van een ernstige acute psychiatrische oorzaak, zijn in vrijwel alle regio's afspraken gemaakt tussen partijen. Deze afspraken gaan over de wijze waarop wordt omgegaan met personen met verward gedrag en de opvang van deze personen.
- Als het gaat om het handelen naar aanleiding van niet-acute problematiek en vroegsignalering is er een diffuus beeld. Dit heeft onder meer te maken met de beleidsvrijheid van gemeenten over de wijze waarop ze invulling geven aan deze verantwoordelijkheden. Gemeenten maken eigen keuzes:
 - o In de organisatie van het toeleidingsproces naar begeleiding en opvang.
 - o In de verantwoordelijkheidsverdeling tussen de sociale wijkteams, de GGD, de bemoeizorg en de maatschappelijke opvang.
 - o In de aard en de omvang van beschikbare zorg, opvang en ondersteuning.

- De uitvoeringspraktijk van zorg voor personen met verward gedrag, waarbij geen sprake is van een ernstig incident of vermoeden van acute problematiek, is voor de geïnterviewden minder helder. Ze hebben niet allemaal zicht op en/of hetzelfde beeld van alle betrokken partijen, hun verantwoordelijkheden ten aanzien van personen die verward gedrag vertonen en de wijze waarop de keten (het netwerk) en het gehele proces is georganiseerd.
- Er wordt op verschillende schaalniveaus aan de problematiek van verwarde personen gewerkt. Voor acute problematiek op een relatief hoger schaalniveau. Voor de reguliere zorg en opvang van personen met verward gedrag op een lager schaalniveau. Daarbij is er sprake van meer differentiatie, onduidelijkheid en diversiteit in afspraken en betrokken partijen.
- Alle regio's zijn op dit moment aan de slag om het triageproces te verbeteren. Er is steeds meer oog voor verwarde personen en ketenpartners in de regio weten elkaar steeds beter te vinden en werken gezamenlijk ideeën en oplossingsrichtingen uit.

Bouwstenen voor tijdige, snelle en passende hulp voor een verward persoon

Op basis van de interviews heeft het bureau Significant een aantal bouwstenen geïdentificeerd. Bouwstenen die, afhankelijk van de invulling die de regio's en gemeenten daaraan geven, bijdragen aan het tot stand komen van tijdige, snelle en passende hulp voor een persoon met verward gedrag. Het gaat om totaal 12 bouwstenen: meldkamer, beoordeling 'wie', beoordeling 'wat', beoordeling 'waar', meldpunt niet-acute zorg, vervoer, betrekken cliënt & familie, passende zorg, vroegsignalering, ondersteuning wijkteams, toeleiding en terugmelding. Deze bouwstenen zijn na de eerste gesprekken met de regio's ontstaan. Het aanjaagteam heeft de bouwstenen gebruikt als input voor een sluitende aanpak op lokaal niveau en handvatten voor de praktijk.

Werkzame elementen, knelpunten en ondersteuningsbehoefte vanuit de regio's

Er is ook een aantal werkzame elementen in kaart gebracht, die regio's momenteel als positief ervaren in het functioneren van het triageproces. Het gaat om samenwerking tussen ketenpartners, spreken van dezelfde taal, leren door te experimenteren, kennis van de problematiek, één regio één aanpak.

Regio's zien knelpunten op het terrein van informatie-uitwisseling en privacywetgeving, het veranderd zorglandschap (decentralisaties), onvoldoende capaciteit in de GGZ, drempels in de zorg voor cliënten door verscheidenheid wettelijke kaders (continuïteit van zorg) en gebrek aan combinatiemogelijkheden tussen straf en zorg.

Om de regio's te ondersteunen bij de (door)ontwikkeling en implementatie van het triageproces voor personen met verward gedrag, hebben de regio's vanuit het aanjaagteam en het rijk de volgende ondersteuningsbehoefte:

- Inzicht in de doelgroep voor verheldering van de scope.
- Aanpak vraagt niet alleen inzet van professionals, maar ook maatschappelijke tolerantie.
- Snel mogelijkheid om te leren van andere regio's.
- Inzicht van het rijk over kosten opzetten triageproces.
- Handreiking omtrent informatie-uitwisseling.
- Instrumentarium om eerder 'verplichte zorg' te kunnen leveren (bijvoorbeeld door versnelling invoering Wet Verplichte GGZ).
- Inzicht in herziening zorglandschap en benodigde capaciteit.

Contra-expertise over het rapport

Het aanjaagteam heeft de bouwstenen uit het rapport van Significant ter contra-expertise voorgelegd aan een aantal professionals en ervaringsdeskundigen. Zij gaven aan zich te herkennen in de bouwstenen, maar dat er nog wel verdieping en aanscherping nodig is in het vervolg voor een meer definitieve 'stand van het land'. Er is volgens de experts meer aandacht nodig voor terugkoppeling, handelingsperspectief en het betrekken van het cliënten- en familieperspectief. Ook aandacht voor een integrale aanpak en het snijvlak van zorg en strafrecht vond men belangrijk. Er was consensus over dat mensen met verward gedrag niet in de politiecel thuishoren, als zij geen strafbaar feit hebben gepleegd.

De experts zagen aanvullend de volgende knelpunten:

- Het systeem is nog te veel leidend en niet de persoon.

- Samenwerking is nog teveel persoonsgebonden en er is nog te weinig een 'wij gevoel', een gevoel van gezamenlijke verantwoordelijkheid.
- Concurrentie, macht en financiering spelen nog een te grote rol.
- De triage mist vaak de snelheid om zo snel mogelijk naar toegeleiding te komen.
- Kern van het probleem ligt volgens deze professionals en ervaringsdeskundigen bij niet-acute triage.
- Tussen forensische en psychiatrische disciplines ligt bovendien nog een te grote kloof en een brede eerste integrale blik ontbreekt.

Het aanjaagteam werd geadviseerd dingen scherper neer te zetten. Er is meer kennis over de doelgroep nodig en geadviseerd werd meer oog te hebben voor verschillen tussen strafrecht en niet-strafrecht. Daarnaast werd geadviseerd goede voorbeelden neer te zetten met kritische succesfactoren en te gebruiken wat er al is. Tenslotte werd geadviseerd een normatief kader neer te zetten en afspraken te maken vanuit wettelijke kaders.

2.4 Aard en omvang van het vraagstuk

Er is veel onderzoek gedaan naar 'verwarde personen', door verschillende organisaties, op verschillende niveaus en met verschillende doeleinden. Het aanjaagteam heeft de Universiteit van Amsterdam gevraagd een review, een literatuurstudie, over al die onderzoeken uit te voeren. Wat kan hieruit geleerd en afgeleid worden? Daarbij zijn kwalitatieve bevindingen uit bestaande literatuur benut, alsmede gegevens van de Nationale Politie, Nederlandse onderzoeksrapporten, beleids- en kamerstukken en internationale artikelen. De tussentijdse resultaten van deze review zijn ter toetsing voorgelegd aan diverse onderzoekers, die zelf betrokken waren bij een of meerdere onderzoeken die in de review zijn meegenomen.

Onderzoeksvragen

Centraal stonden drie vragen:

1. Wat is de omvang van de groep verwarde personen in Nederland?
2. Wat zijn de ontwikkelingen tussen 2010-2015 in de omvang van de groep verwarde personen in Nederland?
3. Welke verschillende deelgroepen van mensen die verward gedrag vertonen zijn uit de onderzoeken te achterhalen?

Ten behoeve van de afbakening voor onderzoeksdoeleinden en vanwege de beperkte tijd is de focus van het onderzoek op personen bij wie sprake is van (een verhoogde kans op) gedrag waarbij iemand zichzelf of anderen schade toebrengt. De resultaten van deze review staan in bijlage IV, inclusief de bronvermeldingen. Hieronder staat een samenvatting van de UvA van hun review.

Samenvatting review UvA

Omvang en trends van personen met verward gedrag

Ten eerste blijkt dat het aantal incidenten rondom 'overlastgevend verwarde personen' gemeld door de Nationale Politie in de afgelopen 5 jaar met gemiddeld 13% per jaar is gestegen. Uit de veiligheidsmonitor van het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) komt echter naar voren dat de ervaren overlast in de buurt is afgenomen. Ten tweede is er sprake van een daling in het aantal feitelijk daklozen, maar een stijging in het aantal daklozen met een residentiele en OGGZ-status (tot en met 2012, daarna een lichte daling). Ten derde is een algehele afname in de intramurale zorg waargenomen. Er lijkt echter sprake te zijn van een toename in de intensieve en gedwongen takken van de intramurale zorg (toename Bopz beschikkingen, gesloten plaatsen en plaatsen met intensieve verzorgingsgraad). Hoewel het aantal trajecten in de ambulante zorg in de afgelopen decennia is toegenomen, is er sprake van een afname in de trajecten van de lichtste en intensiefste zorgcategorie. Ten vierde is de prevalentie van psychische stoornissen in Nederland de afgelopen jaren gelijk gebleven. Concluderend zijn er trends te zien die suggereren dat er een toename is van verwarde personen, wat niet verklaard kan worden doordat er meer mensen met een psychische stoornis zijn. De toename van incidenten met verwarde personen in het publieke domein kan mogelijk worden gerelateerd aan de afbouw van residentiele zorg en het onvoldoende op gang komen van geschikte alternatieve (ambulante) zorg.

Echter, op basis van deze literatuurreview is het problematisch om uitspraken te doen over de omvang van de groep verwarde personen en bijbehorende trends. Ten eerste waren de geselecteerde studies veelal gericht op subgroepen (psychiatrische cliënten, overlastgevers, daklozen, etc.), waardoor geen uitspraak kan worden gedaan over het hele spectrum van verwarde personen. Anderzijds kunnen geen precieze aantallen van verwarde personen worden gedestilleerd uit de studies, omdat niet te achterhalen is welk deel van de onderzochte populaties voldoet aan de criteria van verward gedrag. De brede definitie van het aanjaagteam bemoeilijkt de analyse, omdat met name het eerste deel van de definitie ('grip verliezen op eigen leven') onvoldoende aangeeft welke concrete, meetbare gedragingen en kenmerken onder verward gedrag kunnen worden geschaard. Daarnaast gebruiken instanties en onderzoekers verschillende definities en categorieën van mensen met verward gedrag, waardoor een goede vergelijking van verschillende studies niet mogelijk is. Ook kennen de registratiesystemen van de politie, GGZ en gemeenten voor dit onderzoek belangrijke tekortkomingen (b.v. onder- en overschatting van de aantallen, ontbrekende gegevens en gebruik van verschillende definities en registratiemethoden). Bovendien kunnen de cijfers en trends rondom verwarde personen mede zijn beïnvloed door politieke en maatschappelijke tendensen, zoals prioritering van verwarde personen op de politieke agenda, bezuinigingsmaatregelen, hervormingen in de wetgeving en het zorgsysteem, zoals de afbouw van intramurale zorg en problemen in de opbouw van ambulante zorg. Tenslotte zijn de gegevens van de studies niet altijd representatief voor heel Nederland, omdat de geselecteerde onderzoeken veelal waren gericht op specifieke regio's of steden (de problematiek van verwarde personen verschilt mogelijk per regio). Samenvattend is voorzichtigheid geboden bij het interpreteren van gegevens op basis van deze kwalitatieve studie. *Aard van de problematiek van verwarde personen*

De resultaten over de aard van de problematiek van verwarde personen laten zien dat het om personen met (ernstige) psychische stoornissen gaat, veelal gecombineerd met verslavingsproblematiek, die niet in staat zijn zich zelfstandig te redden in de maatschappij. De criteria van een ernstige psychische stoornis (EPA) en OGGZ problematiek sluiten nauw aan bij de problematiek van verwarde personen, zoals geformuleerd door de Nationale Politie en het convenant politie-GGZ NL. In deze criteria komt naar voren dat het gaat om personen met meervoudige problematiek bestaande uit één of meer psychische stoornissen, beperkingen in het sociaal-maatschappelijk functioneren (sociaal isolement, schulden, etc.) en het risico zichzelf of anderen schade toe te brengen (het gevaarscriterium). Concluderend is de meervoudigheid van de problematiek, die zich afspeelt in diverse levensdomeinen, kenmerkend voor de groep verwarde personen. Ook deze resultaten moeten met voorzichtigheid worden geïnterpreteerd doordat onderzoekers verschillende categorieën van verwarde personen hanteren en de onderzoeksgegevens niet altijd waren gebaseerd op landelijke cijfers. Tenslotte moet in ogenschouw worden genomen dat de focus van dit onderzoek op volwassenen en de 'zwaardere groep' verwarde personen ligt, waarbij de gegevens met name zijn belicht vanuit een actor- of daderperspectief (i.e. overlastgevend). Mogelijkerwijs worden (deels) andere resultaten gevonden wanneer ook wordt gekeken naar minderjarigen, de lichtere groep verwarde personen en bij benadering van de gegevens vanuit een slachtofferperspectief (i.e. zelfbeschadigend).

Aanbevelingen van de UvA voor vervolg

Op basis van deze studie kunnen twee belangrijke aanbevelingen worden gedaan voor praktijk, beleid en wetenschap:

- Landelijke en integrale gegevens verzamelen. Het strekt tot de aanbeveling om de gegevens uit de registratiesystemen van alle instanties op landelijk niveau (inclusief gegevens van politie, GGZ en instanties van maatschappelijke ondersteuning) te raadplegen en te koppelen door middel van empirisch onderzoek.
- Uniforme definitie en richtlijnen hanteren. Voor de zwaardere doelgroep verwarde personen vormen de criteria van EPA, aangevuld met het gevaarscriterium, een helder uitgangspunt. De definitie van de lichtere doelgroep (die 'de regie of grip dreigen te verliezen op eigen leven'), in preventief en sociaal kader, moet worden uitgewerkt in concrete criteria die betrekking hebben op specifieke gedragskenmerken.

De volgende aanbevelingen vallen niet geheel onder de scope van huidig onderzoek, maar verdienen op grond van informatie uit internationale en nationale studies de aandacht:

- Longitudinaal empirisch onderzoek verrichten naar de ontwikkeling van verward gedrag. Het uitvoeren van een studie naar de aanleiding van het ontstaan van de problematiek, de instandhouding en de recidive van verward gedrag biedt mogelijk aanknopingspunten voor het verminderen van maatschappelijke overlast en persoonlijk leed van verwarde personen.
- Inzetten van screeningsinstrument voor goede doorverwijzing. De signalering van verwarde personen bij politie en instanties in het sociaal domein (b.v. daklozenopvang) kan worden verbeterd door het ontwikkelen en inzetten van een korte screeningslijst en heldere richtlijnen, waarin onder andere de genoemde criteria uit de tweede aanbeveling kunnen worden verwerkt. Dit levert een indicatie op van de problematiek van verwarde personen en biedt professionals handvatten voor verwijzing van personen naar geschikte zorg en ondersteuning.
- Zorgvuldige uitwerking ambulante zorgvoorzieningen. Langdurige en goede monitoring van de voortgang van de opbouw van ambulante zorg is noodzakelijk om te voorkomen dat mensen tussen wal en schip raken. Hierbij is specifieke aandacht nodig voor specialisering m.b.t. GGZ-doelgroep o.a. binnen de wijkteams, consistent toezicht van de gemeenten op de kwaliteit van de zorg, het aanbieden van intensieve en effectieve ambulante zorg, voldoende financiële middelen om te voorzien in eerste levensbehoeften, woon- en werkvoorzieningen voor verwarde personen en structurele integrale samenwerkingsverbanden tussen de betrokken instanties.

Vervolg Aard & Omvang

Het onderzoek maakt duidelijk dat het op basis van het huidige beschikbare onderzoeksmateriaal en binnen de (korte) werkperiode van het aanjaagteam, niet mogelijk is om een compleet, integraal beeld te krijgen van de omvang van de problematiek (conform definitie aanjaagteam). Er is op dit moment geen enkel onderzoek dat vanuit het breder persoonsgerichte perspectief kijkt met oog voor zowel de persoonlijke kant als de impact op de samenleving, dus zowel vanuit de ondersteuning- en zorgkant als de strafrechtzijde.

Om dit beeld te verkrijgen, zou een landelijk onderzoek gestart kunnen worden, vanuit een breed, integraal perspectief (domeinen zorg/sociaal/veiligheid) en met betrokkenheid van tal van instellingen. Omdat de benodigde informatie niet makkelijk uit de huidige systemen gegenereerd kan worden, is diepgravend dossieronderzoek nodig. Een dergelijk integraal onderzoek neemt naar verwachting meerdere jaren in beslag. Bij het aanjaagteam en geraadpleegde wetenschappers bestaan twijfels over de meerwaarde van zo'n landelijk breed onderzoek voor de doelstellingen van het aanjaagteam. De omvang zegt immers niets over de ernst van de situatie en de behoefte van de doelgroep aan zorg/ondersteuning in specifieke regio's, uitgaande van het gegeven van lokaal maatwerk.

Het aanjaagteam zal in de volgende fase wel verder in gesprek blijven met wetenschappers en betrokkenen als de gemeenten, de departementen, andere ketenpartners en vertegenwoordigers van cliënt- en familieorganisaties, om zoveel mogelijk in aansluiting op lopende onderzoeksprogramma's voorstellen voor aanvullend onderzoek te doen.

Hoofdstuk 3. INVENTARISATIE KNELPUNTEN TRAJECTEN EN EXPERTSESSIES

In de oriënterende fase heeft het aanjaagteam ook zelf gewerkt aan een aantal thema's en met vele partijen gesproken over de problematiek van personen met verward gedrag. Er is gewerkt met duo's van het aanjaagteam, waarmee ook op deelthema's een brede blik geborgd is. De onderstaande knelpunten geven ook een aanvullend beeld van knelpunten in de huidige situatie op deelthema's.

3.1 Inhoudelijke trajecten Beschikbaarheid en delen van informatie

Voor een sluitende keten en integrale en meer persoonsgerichte benadering is helderheid nodig over welke informatie over de verwarde persoon benodigd is, gedeeld moet of kan worden, in welke fase en onder welke condities. Privacywetgeving of in ieder geval de interpretatie daarvan staat professionals in de weg om relevante informatie over bijvoorbeeld het zorgverleden of strafdossier met elkaar te delen. Het beschikken over de juiste informatie is van belang voor het

toeleiden van een persoon naar passende zorg of het vorderen van een passende straf. Daarnaast komt het regelmatig voor dat door de crisisdienst genomen besluiten (geen crisisindicatie afgegeven, wel ambulante behandeltraject) niet worden teruggekoppeld naar de politie, melder van een incident, het meldpunt Zorg en Overlast of bemoeizorg. Ook wordt informatie in sommige gevallen te snel gedeeld en misbruikt. Dit zorgt ervoor dat partijen in de toekomst voorzichtiger zijn met het uitwisselen van informatie.

Preventie, vroegsignalering en levensstructuur

De vloeiende schakeling tussen eigen kracht, enige mate van ondersteuning of de noodzaak tot intensievere vormen van (structurele) hulp is niet overal helder geregeld of gefinancierd. Voor kwetsbare mensen die langdurig begeleiding nodig hebben ontbreekt het vaak aan 'lifetime' structuur (woning en dagbesteding/arbeid) en een passend arrangement afhankelijk van de zwaarte van de mate van de verwardheid.

Er is te weinig aandacht voor een stabiele levensstructuur. Focus ligt vaak op passende zorg en niet op mogelijkheden van werk, bewegen in goede netwerken voor inkomen. Er is ook te weinig aandacht voor andere woonvormen, bijvoorbeeld voor ouderen en andere kwetsbare groepen. Groepswonen helpt bij laagdrempelige ontmoetingsplekken. Het voorkomen van huisuitzettingen heeft te weinig aandacht en dat is voor iedereen kostbaar en ontregelend. Dagbesteding is essentieel, omdat participeren vaak problemen voorkomt.

Er is nog te weinig aandacht voor of geregeld rondom vroegsignalering. Politie (wijkagenten), organisaties als Federatie Opvang, zorgprofessionals (waaronder huisartsen), gemeenten, woningcorporaties, woonoverlastteams, buurtbewoners en familie zien signalen van mensen die grip op hun leven kwijt (dreigen te) raken. Niet altijd is duidelijk waar deze signalen neergelegd kunnen worden (bij wie, 24/7). Vraag is ook wie vervolgens het eigenaarschap neemt. Als signalen niet vroegtijdig opgepakt worden, dan escaleert het, veroorzaken mensen mogelijk overlast en overtredingen/misdrijven. Veel meldingen komen nu terecht bij politie, in verband met overlast en 24 uren bereikbaarheid en de fijnmazige aanwezigheid in de wijk (wijkagenten), ook als er geen sprake is van misdrijf of overtreding.

Triage: beoordeling & doorgeleiding

Het 'gevaarscriterium' speelt een (doorslaggevende) rol in de toeleiding naar passende hulp. Niet in alle gemeenten is sprake van een goed werkende triagevoorziening, waarbij verwarde personen kunnen worden toegeleid naar de juiste ondersteuning en (na)zorg. Mensen die verward gedrag vertonen ontvangen hierdoor niet (tijdig) de hulp die zij nodig hebben. Dat is in eerste instantie belastend voor de persoon zelf, maar ook voor diens omgeving.

Mensen hebben verschillende ingangen tot zorg. Bijvoorbeeld via de huisarts of politie, maar in steeds grotere mate ook via de gemeente. Knelpunt vormt de onverzekerdenproblematiek en het eigen risico of de eigen bijdrage (in het kader van de Wet Maatschappelijke Ondersteuning, Wmo). De beste passende hulp of zorg wordt gedwarsboemd door de financiële situatie van de persoon die verward gedrag vertoont. Behandeling of begeleiding brengt vaak kosten voor het individu met zich mee, waardoor de betrokkene er soms voor kiest om er geen gebruik van te maken. Er lijkt een spanning tussen formele regels (zoals verplichting inschrijving BRP voorafgaande aan afgeven zorgverzekering) en politieke en maatschappelijke druk om soepele inschrijving.

Er is sprake van scherpe afbakening in groepen en dat is een probleem voor mensen met verschillende problemen. De toegang tot de GGZ is lastig, ook door de scherp afgebakende DBC's.

Ook ontbreekt een helder aanspreekpunt of telefoonnummer, voor bijvoorbeeld organisatie als de NS. Aan wie kunnen zij mensen snel en goed overdragen, zodat mensen met bijvoorbeeld suïcidale neigingen niet meteen zonder hulp daarna weer alleen op straat staan?

Acute zorg & vervoer

Voor mensen die verward gedrag vertonen en in een acute situatie terechtkomen is de beschikbaarheid van zorg en de overdracht van acuut naar niet-acuut niet altijd goed geregeld. Ook is er nog niet overal GGZ-kennis aanwezig in de meldkamer.

Omdat de politie vaak als enige uitrukt na een oproep, komt het voor dat de politie de persoon met verward gedrag vervoert. Naar een locatie waar een beoordeling plaats kan vinden of soms ook naar een zorginstelling. Vervoer door de politie is echter stigmatiserend en er is geen juridische basis voor als er geen sprake is van strafbare feiten. Bovendien werkt dit vaak ziektebevorderend. De politie is voornemens dit vervoer af te bouwen en op een aantal plaatsen is reeds alternatief vervoer beschikbaar.

Acceptatie en toerusting van de samenleving

De inzet is mensen langer in de eigen omgeving te laten wonen en participeren en (waar nodig) zorg en ondersteuning te bieden. Ook is er een aantal grote, maatschappelijke ontwikkelingen, zoals individualisering, maatschappelijke spanning, een krimpende verzorgingsstaat. Dat kan leiden tot eenzaamheid, onrust, angst. Daar kunnen deels maatregelen voor genomen worden. Deels is dit een gegeven en moeten we er mee leven. Belangrijk is dat er maatschappelijke bewustwording is van deze beweging.

Ook is het van belang dat het maatschappelijk geaccepteerd is dat kwetsbare mensen steeds meer in de wijken wonen en dat de samenleving hiervoor is toegerust. Dat dit als normaal wordt ervaren en dat mensen naar elkaar omkijken. Nu is het zo dat vrij snel formele instanties ingeschakeld worden. De politie wordt bijvoorbeeld gebeld of mensen melden zich bij de woningcorporatie of een wethouder dat ze last hebben van hun burens. Mensen spreken elkaar te weinig aan, kijken te weinig naar elkaar om.

Mensen met verward gedrag voelen zich gestigmatiseerd. Daarbij speelt soms ook zelfstigma, waarbij mensen denken dat oordelen van anderen over hen misschien waar zijn. Ook de aandacht in de media voor dit onderwerp helpt niet, omdat de aandacht veelal gaat naar gevaarlijke incidenten, zaken die mis gaan. Daardoor ontstaat het beeld dat personen die verward zijn een gevaar zijn voor de samenleving. Dit is soms zeker het geval, maar in de meeste gevallen niet. Dit bemoeilijkt een passende rol van de persoon die verward gedrag vertoont in de samenleving.

3.2 Overige specifiek aangedragen aandachtspunten

In de verschillende gesprekken met ervaringsdeskundigen en professionals is voor een aantal onderwerpen speciale aandacht gevraagd.

Inbreng en benutten ervaringsdeskundigheid

De inbreng van ervaringsdeskundigheid wordt nog onvoldoende benut. Het is niet standaard dat ervaringsdeskundigen in de wijkteams zitten. Ook bij opleidingen en bijscholing van professionals ontbreekt vaak ervaringsdeskundigheid.

Specifieke doelgroepen

Professionals uit onder andere de GGZ en de politie hebben speciale aandacht gevraagd voor een aantal bijzondere categorieën binnen de doelgroep van verwarde personen. Niet om deze als standaard te gebruiken voor de maatwerk aanpak, dat zou niet proportioneel zijn, maar wel om te onderkennen en te adresseren.

1. Moeilijk plaatsbare mensen. Er is in Nederland een groep personen met psychiatrische stoornissen (meestal ernstige persoonlijkheidsproblematiek), die tevens zeer gevaarlijk gedrag vertoont. Deze personen hebben delicten gepleegd, waar de strafrechtstitel inmiddels is verlopen of die nog geen delicten hebben gepleegd, maar wel zorg nodig hebben in een zeer beveiligde omgeving in de GGZ. Deze groep is soms moeilijk te plaatsen omdat onder andere behandelmogelijkheden beperkt zijn (weinig behandelperspectief), ze lastig te handhaven zijn in de GGZ, het aantal beveiligde plekken in de GGZ beperkt is en zorgverzekeraars niet altijd geneigd zijn dure intramurale behandelplekken voor deze personen in te kopen.
2. Voor bepaalde groepen is levenslang structurering nodig, door behandeling/zorg en sociale condities in één verband te plaatsen of vanuit één verband te organiseren. Dit vraagt ook om verbinding en afstemming van locaties en geldstromen om voldoende passende voorzieningen te creëren.
3. De groep sterk gedragsgestoorde licht verstandelijk beperkten vergt meer aandacht, samenwerking en financieringsmogelijkheden. Deze mensen vallen nu vaak tussen wal en schip (IQ is net te hoog, (nog) geen strafrechtelijke titels, financiering ontbreekt, mensen gaan van

kastje naar de muur). Het gaat hier ook om het samenspel tussen LVG-, GGZ- en verslavingszorg.

4. Mensen die geen ondersteuning of zorg willen of niet onderkennen dat ze die nodig hebben. Er zijn mensen die geen ondersteuning of zorg willen of niet onderkennen dat ze die nodig hebben. Dit terwijl het soms vanuit persoonlijk én maatschappelijk oogpunt wel van belang is. Er zit een spanningsveld tussen eigen kracht en regie en de wens om in te grijpen. Hebben mensen een basisrecht op eigen gevaarlijkheid, als ze geen gevaar leveren voor de omgeving? Als het oordeelsvermogen van mensen zelf groot genoeg is, waarom zouden zij dan gedwongen moeten worden tot het aanvaarden van hulp en ondersteuning?
5. Potentieel gewelddadige eenlingen. Er is ook een groep die bekend is onder de noemer potentieel gewelddadige eenling (PGE): een persoon die veelal in een isolement verkeert, een krenking of grief koestert tegen de maatschappij of diens vertegenwoordigers (denk aan het Koninklijk huis of bewindspersonen), waarbij sprake kan zijn van mogelijk gewelddadig handelen dat kan leiden tot maatschappelijke ontwrichting of (zeer grote) maatschappelijke onrust. Deze personen zijn gevaarlijk en kunnen ook verward zijn.
6. Vluchtelingen. Er zijn geen aantallen bekend van vluchtelingen met verward en/of overlastgedrag. Dit wordt niet bijgehouden. De inschatting van COA is dat het bij 7-10 procent van de vluchtelingen voorkomt. Er is een lichte stijging waargenomen in 2015. Wanneer sprake is van ernstige problematiek en/of verwardheid geldt de regeling Zorg Asielzoekers. Deze regeling omvat alle zorg vallend onder de Zorgverzekeringswet, Langdurige zorg, Jeugdzorg en WMO. Wanneer een vluchteling een verblijfsvergunning krijgt, zorgt COA voor overdracht COA zorg naar reguliere zorg bij gemeenten.

II. Literatuurreview Aard en Omvang

Een verkennend literatuuronderzoek naar de omvang en aard van de problematiek bij verwarde personen

Sanne de Vries, MSc

Anouk Spruit, MSc

Prof. dr. Geert Jan Stams

Universiteit van Amsterdam

Afdeling Forensische Orthopedagogiek

**Een verkennend literatuuronderzoek naar de omvang en aard van
de problematiek bij verwarde personen**

Inhoudsopgave

Voorwoord	1
Samenvatting	2
1. Inleiding	
1.1 Aanleiding en onderzoeksvragen	6
1.2 Definitie verwarde personen	7
1.3 Voorgeschiedenis vermaatschappelijking en wetgeving	9
1.4 Huidige wetgeving inzake verwarde personen	10
1.5 Leeswijzer	12
2. Methode literatuurstudie	13
3. Resultaten omvang verwarde personen justitieel domein	
3.1 Cijfers uit het justitieel domein	14
3.2 Samenvatting justitiële cijfers	16
4. Resultaten omvang verwarde personen zorgdomein	
4.1 Cijfers landelijke monitor intramurale GGZ	17
4.2 Cijfers landelijke monitor ambulante zorggebruik	19
4.3 Aantallen beschikkingen Bopz	20
4.4 Samenvatting cijfers GGZ	21
5. Resultaten omvang verwarde personen sociaal domein	
5.1 Cijfers uit het sociaal domein	22
5.2 Samenvatting cijfers sociaal domein	24
6. Prevalentie psychische stoornissen in Nederland	
6.1 Prevalentie psychische stoornissen	25
6.1.1 Prevalentie ernstige psychische stoornissen	25
6.2 Samenvatting prevalentie (ernstige) psychische stoornissen	26
7. Tussenconclusie omvang verwarde personen	27
8. Resultaten aard problematiek verwarde personen	
8.1 Aard problematiek justitieel domein	28
8.2 Aard problematiek zorgdomein	30
8.3 Aard problematiek sociaal domein	30
9. Tussenconclusie aard problematiek verwarde personen	32
10. Conclusies, beperkingen en aanbevelingen	
10.1 Conclusies en beperkingen	33
10.2 Aanbevelingen	39
Bronnenlijst	42
Bijlage Afkortingen	46

Voorwoord

In Nederland is de aandacht vanuit de politiek en media naar ‘verwarde personen’ de laatste jaren toegenomen. Om de maatschappelijke overlast en persoonlijk leed van deze groep kwetsbare mensen zoveel mogelijk te verkleinen, heeft de minister van Volksgezondheid, Welzijn, en Sport (VWS) tezamen met het Ministerie van Justitie en Veiligheid (VenJ) en de Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG) een aanjaagteam samengesteld. Dit aanjaagteam heeft een plan van aanpak ontwikkeld ter ondersteuning van de gemeenten bij het realiseren van een passend zorgaanbod voor mensen met verward gedrag. In dit eindrapport wordt verslag gedaan van een verkennend literatuuronderzoek naar de omvang en aard van de problematiek van verwarde personen in opdracht van VWS, VenJ en VNG. Dit onderzoek vormt één van de belangrijke stappen in het leveren van een sluitende aanpak door gemeenten van zorg en ondersteuning van mensen die verward gedrag vertonen.

Het onderzoeksteam wil graag de voorzitter en leden van het aanjaagteam en leden van het expertpanel bedanken voor hun kritische en waardevolle suggesties ten aanzien van dit onderzoek.

Amsterdam, januari 2016

Sanne de Vries

Anouk Spruit

Geert Jan Stams

Samenvatting

De afgelopen maanden is in de media naar voren gekomen dat diverse organisaties een toename in de problematiek van mensen met verward gedrag constateren. Om de gemeenten te ondersteunen in het ontwikkelen van een passend zorgaanbod voor mensen met verward gedrag en hun sociaal netwerk, is in het najaar van 2015 een ‘aanjaagteam’ aangesteld. In opdracht van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS), het Ministerie van Veiligheid en Justitie (VenJ) en de Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG) is een plan van aanpak opgesteld met het doel maatschappelijke overlast en persoonlijk leed bij verwarde personen te voorkomen. Ten behoeve van het verbeteren van de coördinatie en zorg voor verwarde personen is het van belang dat er meer zicht wordt verkregen op de omvang en aard van de problematiek. Hiertoe is de Universiteit van Amsterdam gevraagd een inventarisatie uit te voeren van de bestaande literatuur, waarin de volgende deelvragen zijn meegenomen: 1) wat is de omvang van de groep verwarde personen in Nederland; 2) wat zijn de ontwikkelingen tussen 2010-2015 in de omvang van de groep verwarde personen; en 3) welke verschillende deelgroepen van mensen die verward gedrag vertonen zijn uit de onderzoeken te achterhalen. Het aanjaagteam hanteert de volgende definitie van verwarde personen: *‘mensen die grip op hun leven (dreigen) te verliezen, waardoor het risico aanwezig is dat zij zichzelf of anderen schade berokkenen’*. Ten behoeve van de afbakening ligt de focus van huidig onderzoek op personen bij wie sprake is van (een verhoogde kans op) gedrag waarbij iemand zichzelf of anderen schade toebrengt.

Omvang en trends van personen met verward gedrag

Ten eerste blijkt dat het aantal incidenten rondom ‘overlastgevende verwarde personen’ gemeld door de Nationale Politie in de afgelopen 5 jaar met gemiddeld 13% per jaar is gestegen. Uit de veiligheidsmonitor van het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) komt echter naar voren dat de ervaren overlast in de buurt is afgenomen. Ten tweede is er sprake van een daling in het aantal feitelijk daklozen, maar een stijging in het aantal daklozen met een residentiele en OGGZ-status (tot en met 2012, daarna een lichte daling). Ten derde is een algehele afname in de intramurale zorg waargenomen. Er lijkt echter sprake te zijn van een toename in de intensieve en gedwongen takken van de intramurale zorg (toename Bopz beschikkingen, gesloten plaatsen en plaatsen met intensieve verzorgingsgraad). Hoewel het aantal trajecten in de ambulante zorg in de afgelopen decennia is toegenomen, is er sprake van een afname in de trajecten van de lichtste en intensiefste zorgcategorie. Ten vierde is de prevalentie van psychische stoornissen in Nederland de afgelopen jaren gelijk gebleven.

Concluderend zijn er trends te zien die suggereren dat er een toename is van verwarde personen, wat niet verklaard kan worden doordat er meer mensen met een psychische stoornis zijn. De toename van incidenten met verwarde personen in het publieke domein kan mogelijk worden gerelateerd aan de afbouw van residentiele zorg en het onvoldoende op gang komen van geschikte alternatieve (ambulante) zorg.

Echter, op basis van deze literatuurreview is het problematisch om uitspraken te doen over de omvang van de groep verwarde personen en bijbehorende trends. Ten eerste waren de geselecteerde studies veelal gericht op subgroepen (psychiatrische cliënten, overlastgevers, daklozen, etc.), waardoor geen uitspraak kan worden gedaan over het hele spectrum van verwarde personen. Anderzijds kunnen geen precieze aantallen van verwarde personen worden gedestilleerd uit de studies, omdat niet te achterhalen is welk deel van de onderzochte populaties voldoet aan de criteria van verward gedrag. De brede definitie van het aanjaagteam bemoeilijkt de analyse, omdat met name het eerste deel van de definitie ('grip verliezen op eigen leven') onvoldoende aangeeft welke concrete, meetbare gedragingen en kenmerken onder verward gedrag kunnen worden geschaard. Daarnaast gebruiken instanties en onderzoekers verschillende definities en categorieën van mensen met verward gedrag, waardoor een goede vergelijking van verschillende studies niet mogelijk is. Ook kennen de registratiesystemen van de politie, GGZ en gemeenten voor dit onderzoek belangrijke tekortkomingen (b.v. onder- en overschatting van de aantallen, ontbrekende gegevens en gebruik van verschillende definities en registratiemethoden). Bovendien kunnen de cijfers en trends rondom verwarde personen mede zijn beïnvloed door politieke en maatschappelijke tendensen, zoals prioritering van verwarde personen op de politieke agenda, bezuinigingsmaatregelen, hervormingen in de wetgeving en het zorgsysteem, zoals de afbouw van intramurale zorg en problemen in de opbouw van ambulante zorg. Tenslotte zijn de gegevens van de studies niet altijd representatief voor heel Nederland, omdat de geselecteerde onderzoeken veelal waren gericht op specifieke regio's of steden (de problematiek van verwarde personen verschilt mogelijk per regio). Samenvattend is voorzichtigheid geboden bij het interpreteren van gegevens op basis van deze kwalitatieve studie.

Aard van de problematiek van verwarde personen

De resultaten over de aard van de problematiek van verwarde personen laten zien dat het om personen met (ernstige) psychische stoornissen gaat, veelal gecombineerd met verslavingsproblematiek, die niet in staat zijn zich zelfstandig te redden in de maatschappij. De criteria van een ernstige psychische stoornis (EPA) en OGGZ problematiek sluiten nauw

aan bij de problematiek van verwarde personen, zoals geformuleerd door de Nationale Politie en het convenant politie-GGZ NL. In deze criteria komt naar voren dat het gaat om personen met meervoudige problematiek bestaande uit één of meer psychische stoornissen, beperkingen in het sociaal-maatschappelijk functioneren (sociaal isolement, schulden, etc.) en het risico zichzelf of anderen schade toe te brengen (het gevaarscriterium). Concluderend is de meervoudigheid van de problematiek, die zich afspeelt in diverse levensdomeinen, kenmerkend voor de groep verwarde personen. Ook deze resultaten moeten met voorzichtigheid worden geïnterpreteerd doordat onderzoekers verschillende categorieën van verwarde personen hanteren en de onderzoeksgegevens niet altijd waren gebaseerd op landelijke cijfers. Tenslotte moet in ogenschouw worden genomen dat de focus van dit onderzoek op volwassenen en de ‘zwaardere groep’ verwarde personen ligt, waarbij de gegevens met name zijn belicht vanuit een actor- of daderperspectief (i.e. overlastgevend). Mogelijkerwijs worden (deels) andere resultaten gevonden wanneer ook wordt gekeken naar minderjarigen, de lichtere groep verwarde personen en bij benadering van de gegevens vanuit een slachtofferperspectief (i.e. zelfbeschadigend).

Op basis van deze studie kunnen twee belangrijke aanbevelingen worden gedaan voor praktijk, beleid en wetenschap:

1. **Landelijke en integrale gegevens verzamelen.** Het strekt tot de aanbeveling om de gegevens uit de registratiesystemen van alle instanties op landelijk niveau (inclusief gegevens van politie, GGZ en instanties van maatschappelijke ondersteuning) te raadplegen en te koppelen door middel van empirisch onderzoek.
2. **Uniforme definitie en richtlijnen hanteren.** Voor de zwaardere doelgroep verwarde personen vormen de criteria van EPA, aangevuld met het gevaarscriterium, een helder uitgangspunt. De definitie van de lichtere doelgroep (die ‘*de regie of grip dreigen te verliezen op eigen leven*’), in preventief en sociaal kader, moet worden uitgewerkt in concrete criteria die betrekking hebben op specifieke gedragskenmerken.

De volgende aanbevelingen vallen niet geheel onder de scope van huidig onderzoek, maar verdienen op grond van informatie uit internationale en nationale studies de aandacht:

3. **Longitudinaal empirisch onderzoek verrichten naar de ontwikkeling van verward gedrag.** Het uitvoeren van een studie naar de aanleiding van het ontstaan van de problematiek, de instandhouding en de recidive van verward gedrag biedt mogelijk

aanknopingspunten voor het verminderen van maatschappelijke overlast en persoonlijk leed van verwarde personen.

4. **Inzetten van screeningsinstrument voor goede doorverwijzing.** De signalering van verwarde personen bij politie en instanties in het sociaal domein (b.v. daklozenopvang) kan worden verbeterd door het ontwikkelen en inzetten van een korte screeningslijst en heldere richtlijnen, waarin onder andere de genoemde criteria uit de tweede aanbeveling kunnen worden verwerkt. Dit levert een indicatie op van de problematiek van verwarde personen en biedt professionals handvatten voor verwijzing van personen naar geschikte zorg en ondersteuning.
5. **Zorgvuldige uitwerking ambulante zorgvoorzieningen.** Langdurige en goede monitoring van de voortgang van de opbouw van ambulante zorg is noodzakelijk om te voorkomen dat mensen tussen wal en schip raken. Hierbij is specifieke aandacht nodig voor specialisering m.b.t. GGZ-doelgroep o.a. binnen de wijkteams, consistent toezicht van de gemeenten op de kwaliteit van de zorg, het aanbieden van intensieve en effectieve ambulante zorg, voldoende financiële middelen om te voorzien in eerste levensbehoeften, woon- en werkvoorzieningen voor verwarde personen en structurele integrale samenwerkingsverbanden tussen de betrokken instanties.

1. Inleiding

1.1 Aanleiding en onderzoeksvragen

De laatste jaren is de aandacht vanuit de politiek en media naar ‘verwarde personen’ in Nederland toegenomen. Diverse organisaties (de politie, Federatie Opvang en gemeenten) constateren een toename in de problematiek van mensen die verward gedrag vertonen, zowel thuis als op straat. Zo is er tussen 2011 en 2015 een stijging van ruim 40.000 tot bijna 66.000 meldingen van incidenten met verwarde personen waargenomen bij de politie (Nationale Politie, 2016). Uit het onderzoek van Abraham en Nauta (2014) is gebleken dat de politie ongeveer 20% van de werktijd besteedt aan incidenten met verwarde personen. Ook instanties van maatschappelijke opvang (o.a., de Federatie Opvang en De Tussenvoorziening), de Stichting Verslavingsreclassering en Antes (GGZ-instelling) signaleren een toename in de zichtbaarheid van verwarde personen en problemen met de opvang en onbeantwoorde hulpvraag van deze groep kwetsbare mensen (Van Hoof e.a., 2015).

Een aantal incidenten in Nederland, zoals de zaak Bart van U. (de dood van oud-minister Borst), heeft geleid tot hernieuwde aandacht voor de problematiek rondom verwarde personen. Het onderzoek van de commissie-Hoekstra naar het verloop van de strafrechtelijke procedure rondom de zaak Bart van U. heeft een aantal tekortkomingen in de samenwerking tussen de politie, het Openbaar Ministerie en geestelijke gezondheidszorg (GGZ) geconstateerd. Zo bleek dat er geen consistente lijn was in de wijze waarop de instellingen van de GGZ en zorgprofessionals inzage kregen in de informatie van politie en justitie. Ook werd geconcludeerd dat de GGZ op verschillende belangrijke momenten over gebrekkige informatie beschikte en weinig toegankelijk was voor de familie Van U (Hoekstra, Van Hoorn, De Wit, & Zuiderhoudt, 2015).

Tijdens het debat in de Tweede Kamer op 1 juli 2015 over de aanbevelingen van de commissie-Hoekstra heeft de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) toegezegd een aanjaagteam verwarde personen te benoemen. Dit aanjaagteam heeft als doel om een sluitende aanpak van zorg en ondersteuning van mensen die verward gedrag vertonen te leveren voor de gemeenten. Daarbij wordt gestreefd naar het voorkomen van maatschappelijke overlast en persoonlijk leed. Daarnaast heeft de minister van VWS op 29 oktober 2015 een landelijk plan van aanpak gepresenteerd. In dit plan van aanpak zijn een drietal hoofddoelstellingen geformuleerd: 1) bouwstenen ontwikkelen voor een passend ondersteuningsaanbod voor mensen die verward gedrag vertonen en hun sociaal netwerk; 2) bevorderen van een sluitende aanpak van zorg geleverd door alle gemeenten; en 3) inzicht

geven in belemmeringen, die op systeemniveau om aanpassingen in de keten vragen.

Om de opvang, zorg en coördinatie voor mensen die verward gedrag vertonen te verbeteren, is het van belang zicht te krijgen op de omvang en aard van de problematiek van verwarde personen. Tot op heden is er geen overkoepelend beeld van de concrete cijfers en gesignaleerde trends rondom contacten met verwarde personen. Daarnaast is er nog weinig bekend over de precieze aard van de problematiek van verwarde personen. In opdracht van de Vereniging Nederlandse Gemeenten (VNG), het Ministerie van Veiligheid en Justitie (VenJ) en VWS verricht de Universiteit van Amsterdam een literatuurstudie naar de omvang, recente ontwikkelingen en aard van de problematiek rondom verwarde personen in Nederland. Binnen deze studie wordt getracht gegevens van meerdere studies en bronnen (o.a. politie en GGZ) te integreren om antwoord te geven op de volgende deelvragen:

1. Wat is de omvang van de groep verwarde personen in Nederland?
2. Wat zijn de ontwikkelingen tussen 2010-2015 in de omvang van de groep verwarde personen in Nederland?
3. Welke verschillende deelgroepen van mensen die verward gedrag vertonen zijn uit de onderzoeken te achterhalen?

1.2 Definitie verwarde personen

Verwarde personen vormen een diverse groep, bestaande uit personen met psychische stoornissen, sociaal-maatschappelijke problematiek (schulden, dakloosheid, gebrek aan participatie, onverzekerd zijn, illegaliteit), overlastveroorzakers, mensen in zorginstellingen en zorgmijders (Adang e.a., 2006). Zij veroorzaken overlast thuis of in de publieke ruimte, verstoren de openbare orde of zijn hulpbehoevend als gevolg van psychische aandoeningen (Kuppens e.a., 2015). De profielen van verwarde personen zijn niet uitsluitend, vaak is er sprake van meervoudige problematiek (combinatie van psychische stoornissen, licht verstandelijke beperkingen, dementie, verslaving, crimineel gedrag). De verschillende organisaties die te maken hebben met verwarde personen hanteren uiteenlopende definities van verwarde personen. Zo worden er in het rapport van de politie Hollands-Midden (Cremers, 2015) drie categorieën verwarde personen onderscheiden:

- Categorie 1: verwarde personen waarbij het gevaarscriterium aanwezig is, dat wil zeggen, dat hij/zij een gevaar is voor zichzelf en/of anderen (IBS/RM-cliënt).¹

¹ Volgens de huidige wet zijn er drie manieren om gedwongen te worden opgenomen in een psychiatrisch ziekenhuis. Zie voetnoot pagina 8.

- Categorie 2: verwarde personen die betrokken zijn bij incidenten (met of zonder strafbaar feit) en waarbij een passend zorgkader gezocht moet worden.
- Categorie 3: personen die zich ongebruikelijk gedragen, maar waar geen zorgvraag gesignaleerd wordt.

In de definitie van de Nationale Politie is het element van bedreiging voor de openbare orde en veiligheid toegevoegd en wordt specifiek vermeld dat het gaat om een - al dan niet tijdelijk - verstoord oordeelsvermogen (Aalbersberg, 2015). Een nauwere definitie wordt gehanteerd door het convenant politie-GGZ NL, namelijk: *‘redelijk vermoeden van ernstige stoornis van het oordeelsvermogen die voortkomt uit een geestesstoornis: psychotische toestand waarbij het handelen voortkomt uit bijvoorbeeld hallucinaties of waanvoorstellingen, acute dreiging van suïcide en organische hersenaandoeningen. Niet als geestesstoornis in deze zin zijn aan te merken: handelingen die voortkomen uit een emotionele reactie op een gebeurtenis, afhankelijkheid van middelen en stoornissen van de persoonlijkheid’*.

In dit onderzoek is deels uitgegaan van de definitie van verwarde personen die het aanjaagteam hanteert (2015): *‘mensen die grip op hun leven (dreigen) te verliezen, waardoor het risico aanwezig is dat zij zichzelf of anderen schade berokkenen’*. Met name het eerste deel van deze definitie (‘grip op eigen leven verliezen’) biedt een brede interpretatie van verwarde personen. Zo wordt door het Landelijke Platform GGZ (LPGGz) gesteld dat er bij verward gedrag niet altijd sprake hoeft te zijn van een psychische aandoening (Tweede Kamer, 2015). In deze studie ligt de focus bij het tweede deel van de definitie, het gevaarscriterium (zichzelf of anderen schade berokkenen) ten behoeve van de afbakening en de analyse van de omvang van verwarde personen. Bij deze mensen is concreet sprake van gedrag dat zich uit in suïcide(pogingen), crimineel en overlastgevend gedrag en (ernstige) psychische problemen. In het merendeel van de gevallen is zorg en/of medicatie geïndiceerd.

Om de problematiek van verward gedrag ook te kunnen plaatsen in een internationaal perspectief wordt in deze studie, naast de brede definitie van het aanjaagteam, de uniforme definitie van klinische stoornis volgens DSM-IV gehanteerd: *‘clinically significant behavioral or psychological syndrome or pattern that occurs in an individual and that is associated with present distress (e.g., a painful symptom) or disability (i.e., impairment in one or more areas*

1. Met een inbewaringstelling (IBS). Dit is een spoedprocedure, op grond van de Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen, waarbij de rechter na opname toetst of aan de voorwaarden voor een IBS is voldaan.
 2. Met een Rechterlijke Machtiging (RM) op vordering van de Officier van Justitie en op verzoek van ouders, partner, voogd, curator.
 3. Met een RM op eigen verzoek. Binnen het project wordt rekening gehouden met de ontwikkelingen van de komende nieuwe wetten: de Wet Verplichte GGZ, de Wet Forensische Zorg en de Wet Dwang en Drang.

of functioning) or with a significantly increased risk of suffering death, pain, disability, or an important loss of freedom'. Hierbij moet worden opgemerkt dat een psychische stoornis niet altijd een bedreiging voor iemand zelf of anderen met zich meebrengt. Mensen met psychische problemen komen niet altijd in beeld als verward persoon, omdat ze niet per se overlast veroorzaken (*Position paper LPGGz; Tweede Kamer, 2015*).

1.3 Voorgeschiedenis vermaatschappelijking en wetgeving

Om de ontwikkelingen omtrent 'verwarde personen' en hervormingen in de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) beter te kunnen duiden, wordt in deze paragraaf een korte schets gegeven van de geschiedenis van de vermaatschappelijking in de zorg en de relevante wetgeving (Wmo). De thematiek en problematiek van verwarde personen is niet nieuw. De groep verwarde personen is altijd onder de aandacht van de politiek, media en maatschappij als geheel geweest. Zo werd in de periode van de intrede van de vermaatschappelijking van de zorg (jaren negentig) gesproken over 'kwetsbare groepen' of 'mensen met beperkingen'.

De afbouw van de intramurale zorg, zoals afgesproken in Bestuurlijk Akkoord Toekomst GGZ (2013-2014), is ook geen nieuwe ontwikkeling. In de afgelopen decennia in Nederland en in vele andere West-Europese landen is een beleid van 'extramuralisering' van de GGZ gevoerd. Vanaf de jaren zeventig werd de opname van psychiatrische cliënten in geïsoleerde instellingen steeds meer bekritiseerd. Normalisatie, een eigen huis in een normale buurt, zo nodig met steun van familie, burens en professionals, vormde het nieuwe ideaal. Belangrijke inspiratiebronnen voor critici van de GGZ waren de werken '*Folie et déraison*' (1961) van Michel Foucault en '*Asylums. Essays on the social situation of mental patients and other inmates*' (1961) van Erving Goffman (Verplanke & Duyvendak, 2010).

Hoewel de kritische psychiatrie in Nederland veel gehoor vond, leidde ze hier niet – zoals in Italië, de Verenigde Staten en Groot-Brittannië – tot het sluiten van alle intramurale zorginstellingen (deinstitutionalisering). In Nederland werd rond de jaren zeventig het 'sociale model' geïntroduceerd, wat niet zozeer leidde tot terugkeer naar 'de samenleving' en naar informele ambulante zorg, maar juist naar een intensievere vorm van klinische behandeling – met minder restricties, minder pillen, maar vooral veel meer praten (Verplanke & Duyvendak, 2010). Terwijl in deze jaren een ruim, gevarieerd en toegankelijk aanbod van ambulante GGZ werd aangeboden, bleef de kritische psychiatrie aanvankelijk sterk intramuraal. Dit kwam voor een deel doordat de ambulante GGZ grotendeels bedoeld was voor 'lichte problematiek'; voor een ander deel doordat ook intramuraal het aantal therapeuten toenam. Kenmerkend voor het sociale model, was niet zozeer het verwerpen van professionele intramurale zorg, als wel

het accent op niet-medische therapieën, gericht op het stimuleren van zelfstandigheid en verantwoordelijkheid (Bos, Wekker, & Duyvendak, 2013, p. 138).

In het nieuwe beleid van extramuralisering (1984) werd beoogd de kloof tussen intra- en extramurale zorg te overbruggen, afbouw van bedden in psychiatrische ziekenhuizen, meer ambulante zorg en ‘tussenvoorzieningen’, zoals beschermd en begeleid wonen (TK, 1983/1984a). Tenslotte speelde de veronderstelling dat extramurale zorg goedkoper zou zijn dan intramurale zorg ook een rol in de overheidsbeslissingen. Het proces van vermaatschappelijking zette door in de jaren negentig (Verplanke & Duyvendak, 2010). Zo stelde de toenmalige minister van VWS (Borst): ‘...ook mensen met psychische problemen moeten onder de andere mensen kunnen blijven en zij moeten zoveel mogelijk in hun eigen omgeving behandeld kunnen worden’ (TK, 1996/1997: 7, p. 10). Ter ondersteuning van het beleid van vermaatschappelijking van de zorg voor ‘kwetsbare groepen’ is de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) in 2006 aangenomen. De basisgedachte van deze wet is dat iedereen moet kunnen participeren in de samenleving en dat mensen die dat niet zelf kunnen ondersteuning nodig hebben in hun leefomgeving om deel te kunnen nemen aan de maatschappij (Verplanke & Duyvendak, 2010, p. 28).

1.4 Huidige wetgeving inzake verwarde personen

Het wettelijk kader kan worden opgedeeld in drie domeinen, namelijk het justitieel-, zorg- en sociaal domein. In deze paragraaf worden een aantal relevante wetten omtrent de omgang met verwarde personen uiteengezet. Hierbij moet worden opgemerkt dat dit geen allesomvattend wettelijk kader van de zorg voor verwarde personen betreft.

Binnen het justitiële kader wordt het politieoptreden en de gedwongen zorg o.a. bij verwarde personen geregeld. Dit wettelijk kader wordt primair gegeven door de Politiewet 2012 (“hulp aan hen die deze behoeven”), de Ambtsinstructie voor de politie, de Koninklijke Marechaussee en andere opsporingsambtenaren (Ambtsinstructie 1984), de Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Bopz) en het wetboek van Strafrecht (Sr). De Bopz geeft onder andere nadere invulling aan het politieoptreden rond verwarde personen in de vorm van een inbewaringstelling (IBS) of rechterlijke machtiging (RM). Een IBS is een maatregel die door de burgermeester kan worden genomen wanneer iemand een ernstig gevaar vormt voor zichzelf of zijn omgeving. Een RM wordt altijd afgegeven door een rechter wanneer iemand gevaar voor zichzelf en/of anderen veroorzaakt (in de vorm van een voorlopige machtiging als er nog geen gedwongen opname loopt, een machtiging voortgezet verblijf of voorwaardelijke machtiging).

De voorgenomen invoering van de Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg (WvGGZ) moet de wet Bopz vervangen. Met deze nieuwe wet kan verplichte zorg ook buiten een instelling worden opgelegd (onder de Bopz is gedwongen zorg alleen mogelijk in een psychiatrisch ziekenhuis). Daarnaast is de voorgenomen invoering van de Wet Zorg en Dwang (WZD) relevant. Deze wet introduceert het criterium ‘ernstig nadeel’ (in plaats van het gevaarscriterium in de wet Bopz) om meer mogelijkheden te bieden voor het geven van zorg onder dwang. Tenslotte is de samenwerking tussen de politie en GGZ nader uitgewerkt in het convenant politie-GGZ NL 2012. De concrete doeleinden van dit convenant vormen het verhelpen van problemen met betrekking tot bereikbaarheid en beschikbaarheid, insluiting en beoordeling, vervoer, informatie-uitwisseling, aangifte in de GGZ en vermissing uit een GGZ-instelling. De Bopz en convenant politie-GGZ hebben ook betrekking op het domein van de zorg (GGZ), waar het met name gaat over curatieve en langdurige zorg.

Het sociaal domein beslaat de geestelijke gezondheidszorg in het publieke domein (OGGZ), welke onder de verantwoordelijkheid van de gemeenten valt. De Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo), de Wet publieke gezondheid (Wpg), de Wet Langdurige Zorg (Wlz) en Participatiewet vormen een belangrijke grondslag van regelingen omtrent de zorg en ondersteuning van kwetsbare mensen. De doelgroep van de OGGZ kan worden omschreven als ‘sociaal kwetsbare mensen, die niet of onvoldoende in staat zijn om in eigen bestaansvoorwaarden (zoals onderdak) te voorzien, meerdere problemen tegelijkertijd hebben (bv., sociaal isolement, schulden, psychische en/of verslavingsproblemen), niet de zorg krijgen die ze nodig hebben en geen hulpvraag stellen waarop de reguliere hulpverlening antwoord op heeft’ (Wolf, 2006, handreiking OGGZ in de Wmo).

De Wmo (2015) regelt de ondersteuning van mensen die niet op eigen kracht zelfredzaam zijn. Deze ondersteuning kan bestaan uit begeleiding en dagbesteding, tijdelijke ondersteuning ter ontlasting van de mantelzorger, een plaats in een beschermende woonomgeving voor mensen met een psychische stoornis (beschermd wonen) of opvang in geval van huiselijk geweld. Voor intensievere zorg en ondersteuning kunnen mensen gebruik maken van landelijke regelingen via de Wet Langdurige Zorg (Wlz). De Participatiewet (2015) vervangt de Wet werk en bijstand (WWB), de Wet sociale werkvoorziening (WSW) en een groot deel van de Wajong en voorziet in arbeidsondersteuning o.a. bij mensen met beperkingen. Tenslotte is de Wet publieke gezondheid (Wpg) relevant, omdat hierin het bevorderen van de volksgezondheid centraal staat, zoals het voorkomen en verminderen van overgewicht, depressie, roken en schadelijk alcoholgebruik.

1.5 Leeswijzer

Dit rapport heeft de volgende opbouw. In hoofdstuk 2 wordt de methode beschreven. In hoofdstuk 3 tot en met 6 worden de resultaten over de omvang van verwarde personen en prevalentie van mensen met een (ernstige) psychische stoornis beschreven. Hoofdstuk 7 bevat een tussenconclusie over de omvang van verwarde personen en bijbehorende trends. In hoofdstuk 8 worden de resultaten over de aard van de problematiek bij verwarde personen gerapporteerd. Hoofdstuk 9 geeft een tussenconclusie over de aard van de problematiek bij verwarde personen. De resultaten zijn telkens ingedeeld naar gegevens vanuit het justitieel-, zorg- en sociaal domein. Tot slot worden in hoofdstuk 10 de belangrijkste conclusies gegeven en de beperkingen van het onderzoek besproken. Daarnaast geven we aanbevelingen voor praktijk, beleid en verder onderzoek.

2. Methode literatuurstudie

Dit onderzoek vormt een kwalitatieve weergave van de bestaande literatuur over de omvang en aard van verwarde personen. Deze literatuurstudie is gebaseerd op gegevens van de Nationale Politie en op Nederlandse onderzoeksrapporten (o.a. data van NEMESIS-2 studie en EPA Consensusgroep), beleids- en kamerstukken over verwarde personen. Het merendeel van de gegevens hebben betrekking op de periode van 2010 tot (en met) 2015. De gegevens werden aangeleverd door het aanjaagteam. Hierbij vormde ‘verwarde personen’ de centrale zoekterm. De studiegegevens zijn door de UVA aangevuld met Nederlandse en internationale literatuur over de prevalentie van psychische stoornissen, waarbij de termen (ernstige) psychische stoornissen of aandoeningen en ‘*(serious, severe or persistent) mental illness*’ centraal stonden. Gezien het feit dat de geselecteerde studies hoofdzakelijk waren gebaseerd op volwassenen ligt de focus van deze studie op personen vanaf 18 jaar.

Daarnaast zijn de resultaten tussentijds voorgelegd aan een expertpanel waarin onderzoekers van het Trimbos-Instituut, Stichting Leger des Heils Welzijns- en Gezondheidszorg, Wetenschappelijk Onderzoek- en Documentatiecentrum (WODC) en andere professionals, gespecialiseerd in het onderwerp van dit onderzoek (leden van het aanjaagteam), hebben deelgenomen. Naar aanleiding van literatuursuggesties van de panelleden zijn een aantal extra studies geïnccludeerd voor deze literatuurstudie.

3. Resultaten omvang verwarde personen justitieel domein

3.1 Cijfers uit het justitieel domein

Het bedrijfsprocessensysteem Basisvoorziening Handhaving (BVH) van de politie vormt een primaire bron voor het in kaart brengen van de aard en omvang van verwarde personen. De politie hanteert de registratie E33 (maatschappelijke klasse) voor ‘overlast door gestoorde/overspannen personen’. Uit de gegevens van de Nationale Politie (managementinformatiesysteem BVI, 2015) blijkt dat het aantal incidenten over verwarde personen tussen 2011 en 2015 met gemiddeld 13% per jaar is gestegen. In Tabel 3.1 worden de meest recente politiecijfers per jaar weergegeven.² Ter vergelijking laat de veiligheidsmonitor van het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS, 2014) een ander beeld zien op basis van de ervaren overlast door burgers in Nederland. Uit deze monitor blijkt dat de ervaren buurtoverlast in 2014 ietwat is afgenomen ten opzichte van 2012, de overlast van burens en drugsgebruik is nagenoeg gelijk gebleven. Daarnaast is de algemene veiligheidsbeleving redelijk gelijk gebleven over de periode 2005-2014 en is er sprake van een dalende trend in de waargenomen slachtofferschap van criminaliteit (reductie van 31%). Hoewel het precieze aandeel van verwarde personen in de ervaren overlast door burgers niet is te achterhalen in de gegevens van het CBS, wordt het beeld van een mogelijke toename van verwarde personen ietwat genuanceerd.

Tabel 3.1 Totaal aantal E33-incidenten overlast door verwarde/overspannen persoon, 2011-2015

	2011	2012	2013	2014	2015
Totaal	40.012	44.277	51.821	59.372	65.831

*Bron: nationale politie, cijfers zijn gegenereerd uit het centrale landelijke informatiesysteem BVI, onderzoeksperiode: 1-1-2011-31-12-2015

Nader onderzoek naar de omvang van de groep verwarde personen is gedaan door Abraham en Nauta (2014), Hekkert en De Jong (2015) en Kuppens, Appelman, Van Ham en Van Wijk (2015). Resultaten van deze studies waren gebaseerd op politieregistraties uit het BVH. Hekkert en de Jong (2015) onderzochten de omvang en ontwikkelingen van personen met verward gedrag bij de politie-eenheid Rotterdam. Kuppens en collega's (2015) voerden een soortgelijk onderzoek uit in Amsterdam. In beide studies werd op basis van politieregistraties een toename in de omvang van verwarde personen gesignaleerd (stijging van 28% tussen 2013-2014 in Rotterdam; stijging van 35% tussen 2010-2014 in Amsterdam). In deze studies

² Nationale Politie (2016). *Interne memo. Strafwerk issue #392 Verwarde personen.*

werden verschillende keuzes gemaakt in de selectie van registraties over verwarde personen uit het BVH. In de studie van Hekkert en De Jong (2015) werden E33- en andere typen registraties of maatschappelijke klassen³ meegenomen, terwijl het onderzoek van Kuppens e.a. (2015) alleen op E33 meldingen was gebaseerd.

Abraham en Nauta (2014) voerden een correctie uit op politieregistraties die waren gerelateerd aan verwarde personen. Bij 100 personen met GGZ problematiek (bekend bij politie) werd nagegaan of er sprake was van verward gedrag en zo ja, onder welke code de zaak in het politiesysteem (BVH) was geregistreerd. In 312 zaken met verwarde personen waren 162 zaken onder E33 weggeschreven (52%) en 150 zaken onder een andere maatschappelijke klasse (zoals huiselijke twist, E13). Op basis van deze gegevens stelden de onderzoekers dat het werkelijk aantal geregistreerde zaken rondom verwarde personen een factor 1,9 hoger ligt.

Op basis van het registratiesysteem van de politie en de genoemde studies blijkt het lastig om een eenduidig beeld te verkrijgen van de omvang van verwarde personen. Ten eerste kent het BVH-registratiesysteem van de politie een aantal beperkingen die van invloed zijn op de betrouwbaarheid en volledigheid van de gegevens. Zo kan één E33-registratie op meerdere (verwarde) personen betrekking hebben of meerdere E33-registraties kunnen over eenzelfde persoon gaan, waardoor het precieze aantal verwarde personen onduidelijk blijft. Ongeveer 70% van de incidenten met verwarde personen betreft een uniek persoon en ongeveer 5% van de verwarde personen heeft meer dan 5 incidenten op zijn naam staan (Cremers, 2015). Daarnaast kunnen incidenten met verwarde personen onder verschillende maatschappelijke klassen worden geregistreerd (niet alleen onder E33, maar bv. onder de noemer strafbaar feit). Zo kunnen registraties van overlast door daklozen (E41), poging tot zelfdoding (E14) of sociale inbewaringstellingen (J71/J72) ook worden gebruikt bij verwarde personen (Hekkert & De Jong, 2015). Verder is het mogelijk dat de politie ten onrechte een zaak onder E33 registreert (persoon voldoet niet aan criteria van verward persoon) (Abraham & Nauta, 2014). Kortom, cijfers over de aantallen van verwarde personen die zijn gebaseerd op E33 registraties kunnen zowel een over- als een onderschatting van de werkelijke omvang van verwarde personen vormen.

Ten tweede kennen de geselecteerde studies (Abraham & Nauta, 2014; CBS, 2014; Hekkert & De Jong, 2015; Kuppens e.a., 2015) een aantal tekortkomingen. De gegevens over de omvang van verwarde personen binnen het justitieel domein zijn alleen gebaseerd op

³ Andere registraties: E41 overlast zwervers, E14 poging tot zelfdoding, J71, sociale inbewaringstelling meerderjarige J72 sociale inbewaringstelling minderjarige (Hekkert & De Jong, 2015).

gegevens van de politie en veiligheidsmonitor over ervaren buurtoverlast. Hoewel de registraties van politie in een breder perspectief worden geplaatst met inachtneming van de ervaren buurtoverlast, vormt de veiligheidsbeleving van burgers een subjectieve weergave van de problematiek. Het is daarom belangrijk om ook officiële gegevens uit het zorg- en sociaal domein mee te nemen (zie Hoofdstuk 4 en 5).

Ten derde nemen de onderzoekers verschillende keuzes in het al dan niet selecteren van bepaalde typen registraties voor de data-analyse. In de studie van Hekkert en De Jong (2015) werden de volgende zaken niet meegenomen: ruzies tussen verslaafden, licht verstandelijke beperking (LVB) zonder verward gedrag, verward gedrag vanuit medische oorzaak (beroerte bv.), overlast niet vanuit verstoord oordeelsvermogen, assistentie GGZ zonder dat deze persoon een bedreiging voor zichzelf/anderen vormt (incl. RM zonder verward gedrag), roep om aandacht (zelfmoordpoging zonder een toestand van verward gedrag), strafrechtelijke delicten door verward persoon en vermissing van persoon vanuit een GGZ instelling. Deze laatste registratiestatus is bijvoorbeeld wel meegenomen in het onderzoek van Abraham en Nauta (2014).

3.2 Samenvatting justitiële cijfers

Samenvattend is er op basis van de politiecijfers over de periode van 2011-2015 een toename in het totale aantal verwarde personen waargenomen. Aan de andere kant is er geen sprake van een stijging in ervaren overlast. Uit de cijfers van de veiligheidsmonitor kan niet worden gehaald in welke mate de overlast afkomstig is van verwarde personen. Ook de politiecijfers moeten met voorzichtigheid worden geïnterpreteerd, vanwege het gebruik van eenzijdige bronnen (politiegegevens), beperkingen in het registratiesysteem van de politie (voor dit onderzoek) en verschillen tussen studies in de selectie van registraties van verwarde personen. Enerzijds kan er sprake zijn van een onderschatting van de aantallen, omdat incidenten met verwarde personen kunnen worden geregistreerd onder andere codes dan E33. Anderzijds is een overschatting van de aantallen mogelijk, omdat één persoon meerdere incidenten kan veroorzaken. Kortom het precieze aantal unieke verwarde personen blijft onduidelijk op basis van politiegegevens en de veiligheidsmonitor.

4. Resultaten omvang verwarde personen zorgdomein

4.1 Cijfers Landelijke Monitor Intramurale GGZ

Knispel, Hulsbosch en Van Hoof (2013; 2014; 2015) hebben de omvang van het gebruik van Zvw- (Zorgverzekeringswet) en ABWZ-(Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten) gefinancierde intramurale GGZ-voorzieningen, inclusief beschermd wonen, voor 2012 tot en met 2014 in Nederland in kaart gebracht. Voor de eerste en tweede meting werden 78 leden van GGZ Nederland benaderd (de leden met intramurale capaciteit) om te participeren in de dataverzameling, waarvan 71 organisaties de vragenlijst op de eerste meting hebben geretourneerd (responspercentage van 91%) en 66 organisaties op de tweede meting (responspercentage van 85%).⁴ Voor de derde meting door Van Hoof en collega's (2015) werden 102 GGZ-instellingen benaderd (inclusief uitsluitend ambulante voorzieningen), waarvan 69 instellingen data hebben aangeleverd (responspercentage van 68%).

De dataverzameling van deze monitorstudies vond plaats door middel van een vragenlijst over de capaciteit van intramurale GGZ. De belangrijkste meeteenheid in de vragenlijst van de LMIG is de 'gerealiseerde productie' (uitgedrukt in verblijfsdagen). In de rapportages van de resultaten werden de productiedagen omgerekend in intramurale plaatsen volgens de formule dat 365 verblijfsdagen (in 2013) gelijk stonden aan één plaats. De term 'plaatsen' kan ook worden vervangen door de term 'bedden' (deze term wordt vaak gebruikt in de klinische GGZ). Voor het vaststellen van de intramurale GGZ capaciteit werden de volgende rubrieken in de vragenlijst meegenomen: jaarproductie in verblijfsdagen, het aantal unieke personen dat opgenomen werd, de verblijfsduur en het aantal verblijfsdagen op een gesloten afdeling. Gegevens van de non-responderende instellingen en overige kleine intramurale GGZ-aanbieders zijn verzameld op basis van productiegegevens uit DigiMV (voorgestructureerd deel van jaardocument voor zorginstellingen). De gegevens van het DigiMV zijn afkomstig uit het centrale bestand van het Centraal Informatiepunt Beroepen Gezondheidszorg (CIBG).

Knispel e.a. (2014) hebben de ontwikkelingen omtrent de omvang van intramurale GGZ tussen 2012 en 2013 beschreven op basis van de data van organisaties die aan beide LMIG-metingen hebben deelgenomen ($N = 57$, incl. Forensische Psychiatrische Centra). De

⁴ De centrale onderzoeksgroepen van de monitorstudies (leden van GGZ Nederland) kunnen worden onderverdeeld in vijf typen instellingen: geïntegreerde GGZ instellingen, Regionale Instelling voor beschermd wonen (RIBW), gespecialiseerde instellingen voor kinder- en jeugdpsychiatrie, gespecialiseerde instellingen voor verslavingszorg en gespecialiseerde forensische psychiatrische centra. Daarnaast zijn gegevens van overige kleine intramurale GGZ-aanbieders (lid van GGZ Nederland, $n = 98$), Psychiatrische afdelingen Algemeen Ziekenhuis (PAAZ) en Psychiatrische Universiteitsklinieken (PUK) (in totaal $n = 61$) meegenomen.

capaciteit van Zvw- en AWBZ-gefinancierde intramurale zorg is tussen 2012 en 2013 met afgerond 3% gedaald (zie Tabel 4.1). Bij specificering naar type instelling (geïntegreerde GGZ, RIBW's, kinder- en jeugdpsychiatrie en verslavingszorg) werd een algehele afname in capaciteit geconstateerd, behalve bij de RIBW's (2% toename in capaciteit)⁵. Voor de totale verslavingszorg was sprake van een toename in capaciteit (721,1% groei bij AWBZ en geïntegreerde GGZ; 8,5% groei bij de gespecialiseerde instellingen). Volgens de laatste cijfers over de periode 2013-2014 is de Zvw-gefinancierde zorg met 7,2% gedaald en de AWBZ-gefinancierde zorg (B en C) met 4,4%. Tenslotte is ook het aantal crisisopnamen tussen 2013 en 2014 met 3% afgenomen (bij circa 12% van de opnamen gaat het om crisisopname, Van Hoof e.a., 2015).

Tabel 4.1 Ontwikkeling intramurale capaciteit GGZ 2012 en 2013

	Plaatsen 2012	Plaatsen 2013	% groei
Zvw	7.322	6.838	-6,6
AWBZ-B voorgezet verblijf	6.677	6.427	-3,7
AWBZ-C beschermd wonen	12.319	12.321	0,0
AWBZ-overig	881	739	-16,1
Totaal ^a	27.199	26.325	-3,2

^a Cijfers zijn gebaseerd op gegevens van organisaties die hebben deelgenomen aan beide LMIG metingen ($N = 57$)

Verder werd tussen 2012 en 2013 een afname in het aantal plaatsen gebruikt door mensen met lichtere zorgzwaarte indicaties vastgesteld en een stijging in het aantal zwaardere plaatsen (vanaf ZZP 4, AWBZ voortgezet verblijf: aandeel van 93% in 2013 vs. 88% in 2012; beschermd wonen: aandeel 46% in 2013 vs. 36% in 2012, Knispel e.a., 2014).

Uit de meest recente cijfers blijkt dat de Zvw- en AWBZ-gefinancierde intramurale GGZ capaciteit tussen 2012 en 2014 met afgerond 7% is gedaald (zie Tabel 4.2). De grootste procentuele afname vond plaats bij de klinische plaatsen met een opnameduur tot één jaar (Zvw). De afname van Zvw plaatsen vond plaats op de open afdelingen. Het totaal aantal plaatsen op gesloten afdelingen (Zvw en AWBZ) steeg met afgerond 7% (Van Hoof e.a., 2015).

*Tabel 4.2 Intramurale Zvw- en AWBZ- gefinancierde GGZ-capaciteit 2012, 2013 en 2014**

	plaatsen 2012	plaatsen 2013	plaatsen 2014	Ontwikkeling 2012-2014 (%)
Zvw ($n = 27$)	6.506	6.141	5.697	-12,4
AWBZ-B voortgezet verblijf ($n = 21$)	6.306	6.065	5.797	-8,1
AWBZ-C beschermd	11.472	11.468	10.967	-4,4

⁵ Bij de cijfers van gespecialiseerde instellingen verslavingszorg moeten de cijfers met voorzichtigheid worden geïnterpreteerd, omdat de cijfers zijn gebaseerd op een beperkt aantal instellingen.

wonen (<i>n</i> = 35)				
AWBZ-overig (<i>n</i> = 35)	653	617	689	5,5
Totaal	24.937	24.291	23.150	-7,2

*Bron: Van Hoof e.a., 2015

Tussen 2013 en 2014 steeg het aantal opnameperioden van Zvw-voorzieningen met 12% bij een wat betreft omvang nagenoeg gelijk blijvende groep (unieke) opgenomen cliënten (zie Tabel 4.3). Dit betekent dat het aantal opnameperioden per cliënt steeg. Verder blijkt uit Tabel 4.3 zowel een afname in het aantal opnamen vanwege een crisisinterventie als een afname in het aantal unieke cliënten. Het aantal plaatsen met een intensieve tot zeer intensieve verzorgingsgraad nam toe, terwijl er een afname was in het aantal plaatsen met een minder intensieve verzorgingsgraad.

*Tabel 4.3 Aantal unieke cliënten, Intramurale Zvw-gefinancierde GGZ 2013 en 2014**

	2013	2014	Ontwikkeling 2013-2014 (%)
Aantal opnameperioden (<i>n</i> = 29)	61.529	68.979	12,1
Totaal aantal cliënten	35.201	34.904	-0,8
Aantal opnameperioden crisisinterventie	8.742	8.452	-3,3
Totaal aantal cliënten crisisinterventie	6.718	6.472	-3,7

*Bron: Van Hoof e.a., 2015.

4.2 Cijfers Landelijke Monitor Ambulant Zorggebruik

Naast de intramurale GGZ hebben Knispel e.a. (2015) het aantal unieke cliënten dat in 2014 ambulante hulp (individuele en groepsbegeleiding) ontving op basis van Zvw- en AWBZ-financiering in kaart gebracht. Deze gegevens zijn gebaseerd op 57 deelnemende GGZ-instellingen met ambulante voorzieningen. In totaal kregen 532.000 cliënten een vorm van ambulante behandeling. Dit getal kan een overschatting zijn van het werkelijke aantal doordat cliënten in meerdere categorieën (Zvw, AWBZ individueel of groep) kunnen zijn meegeteld. Circa 20% van de ambulante GGZ-clieñten lijdt aan een ernstige psychische aandoening (Delespaul & De Consensusgroep, 2013; Van Hoof e.a., 2015).

Daarnaast is de ontwikkeling in ambulant zorggebruik tussen 2012 en 2014 vastgesteld. Het aantal cliënten dat ambulant werd behandeld (Zvw met Diagnose Behandel Combinatie, DBC) is gedaald met 16%. De AWBZ-gefinancierde groepsbehandeling (*n* = 10.000) nam ook af met 8%, maar het aantal cliënten met AWBZ-gefinancierde individuele behandeling (*n* = 19.000) nam toe met 11% (zie Tabel 4.4). Tussen 2013 en 2014 is echter sprake van een lichte stijging van het aantal cliënten. Daarnaast is er sprake van een gedeeltelijke intensivering van de ambulante zorg binnen gespecialiseerde GGZ instellingen:

het aantal DBC-trajecten in de middencategorie (zwaarte zorg) is toegenomen, terwijl het aantal trajecten van de lichtste en intensiefste categorieën zijn afgenomen (Van Hoof e.a., 2015).

*Tabel 4.4 Ontwikkeling aantal ambulante cliënten, deelnemende instellingen 2012-2014**

	Aantal cliënten 2012	Aantal cliënten 2013	Aantal cliënten 2014	% groei 2012-2014
Zvw (n = 32)	588.462	525.684	493.606	-16,1%
AWBZ individuele behandeling (n = 31)	13.569	13.956	15.031	10,8%
AWBZ groepsbehandeling (n = 29)	9.530	8.057	8.737	-8,3%

* Bron: Van Hoof e.a., 2015.

4.3 Aantallen beschikkingen Bopz

Veerbeek, Knispel en Nuijen (2015) analyseerden verschillende aspecten van de geestelijke gezondheidszorg, waaronder het aantal beschikkingen op grond van de Wet Bopz (Bijzondere Opnemingen in Psychiatrische Ziekenhuizen). In deze studie is gebruik gemaakt van gegevens van de Raad voor de Rechtspraak over een periode van 2008 tot en met 2013. De gegevens hebben betrekking op het aantal zaken dat is afgedaan (waarover uitspraak is geweest) in het betreffende jaar. In Tabel 4.5 wordt het aantal beschikkingen in de vorm van een inbewaringstelling (IBS) of rechterlijke machtiging (RM) weergegeven.

Uit de studie van Veerbeek en collega's (2015) blijkt dat het aantal onvrijwillige opnemingen waarover uitspraak is geweest met 29% is toegenomen tussen 2008 en 2013. Over de periode 2008-2009 nam het aantal opnemingen met RM sneller toe dan het aantal IBS opnemingen (36% vs. 21%). Zie Tabel 4.5.

Tabel 4.5 Aantal beschikkingen Bopz in de periode 2008-2013

	2008	2009	2010	2011	2012	2013
IBS	6.610	7.340	7.422	7.458	7.377	7.969
RM	9.703	11.558	12.495	13.232	13.978	14.931
Totaal aantal beschikkingen	16.313	18.898	19.917	20.690	21.355	22.900

* Bron: Veerbeek e.a., 2015.

4.4 Samenvatting cijfers GGZ (zorgdomein)

Samenvattend wordt er in de periode 2012-2014 een algehele afname in de capaciteit van intramurale GGZ geconstateerd. Het aantal unieke cliënten met Zvw-gefinancierde opnamen bleef redelijk gelijk tussen 2013 en 2014, maar het aantal opnameperioden (per cliënt) en het aantal plaatsen met een intensieve tot zeer intensieve verzorgingsgraad nam toe. Ook is er sprake van een stijging in het aantal verblijfsdagen op een gesloten afdeling en in het aantal onvrijwillige opnemingen (Bopz-beschikkingen). Dit betekent dat er een intensivering plaatsvindt op de overblijvende intramurale plaatsen. Tenslotte is er een afname in het totaal aantal cliënten met ambulante zorg tussen 2012-2014 vastgesteld, maar een gedeeltelijke intensivering van ambulante zorg (middencategorie DBC-trajecten) en een lichte stijging van het aantal cliënten tussen 2013 en 2014.

5. Resultaten omvang verwarde personen sociaal domein

5.1 Cijfers uit het sociaal domein

Planije en collega's (2013) hebben onderzoek gedaan naar de aantallen van feitelijk daklozen⁶, residentieel daklozen en dreigende daklozen in 39 centrumgemeenten. Hierbij moet worden opgemerkt dat niet alle daklozen in de registraties van gemeenten terechtkomen, zoals mensen die zorg mijden, gebruik maken van niet-gesubsidieerde opvang of mensen die geen recht hebben op ondersteuning op grond van de Wmo (b.v. mensen zonder verblijfsvergunning). Tevens vallen niet alle daklozen automatisch onder de noemer 'verward persoon'. De aantallen daklozen worden weergegeven in Tabel 5.1.

Van de 39 gemeenten beschikten 21 gemeenten over actuele cijfers van feitelijk daklozen in hun regio. In de periode van 2009-2013 is een daling in het aantal feitelijk daklozen waargenomen. Het aantal feitelijk daklozen in 2012-2013 werd geschat op 7.500 (optelsom van de meest recente cijfers van de gemeenten), ofwel gemiddeld 6 per 10.000 inwoners. Ten opzichte van de voorgaande meting is er sprake van een afname, toen werd het aantal geschat op 7.900 (in 2011-2012). De dalende trend in het aantal feitelijk daklozen (18-65 jaar) wordt ook bevestigd door cijfers van het CBS (2015)⁷. Daarnaast is gekeken naar de omvang van residentieel daklozen, personen die als bewoner staan ingeschreven bij instellingen voor maatschappelijke opvang (internaten en sociale pensions). Van de 39 gemeenten rapporteerden 22 gemeenten over actuele cijfers van residentieel daklozen. In de periode 2013-2014 werd het aantal residentieel daklozen geschat op 9.400, ofwel 7 per 10.000 inwoners. Hier is sprake van een toename ten opzichte van de vorige meting, toen het aantal residentieel daklozen werd geschat op 8.300. De cijfers uit deze monitorstudie kunnen zijn beïnvloed door veranderingen in registraties en definities van feitelijk en residentieel daklozen en verschillen in telmethoden tussen de gemeenten (Tuynman & Planije, 2014). Ondanks deze methodologische beperkingen, vormen bovengenoemde resultaten een bevestiging van de vier voorgaande metingen (v.a. 2009-2010).

⁶ VNG-definitie van feitelijk daklozen: Personen die niet beschikken over een eigen woonruimte en die voor een slaapplek gedurende de nacht ten minste één nacht (in de maand) waren aangewezen op buiten slapen ofwel overnachten in de openlucht en in overdekte openbare ruimten (portieken, fietsenstallingen, stations, winkelcentra of een auto) en binnen slapen in passantenverblijven van de maatschappelijke opvang, inclusief eendaagse noodopvang, of binnen slapen bij vrienden, kennissen of familie, zonder vooruitzichten op een slaapplek voor de daarop volgende nacht.

⁷ <http://www.cbs.nl/nl-NL/menu/themas/bevolking/publicaties/artikelen/archief/2015/stijging-aantal-daklozen-lijkt-voorbij.htm>

Tabel 5.1 Geschatte totaalaantallen omvang daklozen en vermoedelijke trends in 39 centrumgemeenten

	2010	2011	2012	2013	Trends
Feitelijk daklozen	9.700	9.000	7.900	7.500	afnemend
Residentieel daklozen	7.900	8.100	8.300	9.400	toenemend

*Bron: Monitor Stedelijk Kompas 2010 t/m 2013, Planije e.a. (2013).

Tenslotte hebben Planije e.a. gekeken naar de omvang van potentieel of dreigende daklozen, mensen die zelfstandig wonen, maar die in die mate kampen met problemen, dat zij zonder tijdige hulp afglijden naar dakloosheid. Deze doelgroep valt onder de preventieve maatregelen van de gemeenten die betrekking hebben op convenanten om huiszettingen te voorkomen, bemoeizorg, nazorg voor ex-gedetineerden, ambulante woonbegeleiding (maatschappelijke opvang) en lokale zorgnetwerken en meldpunten zorg en overlast. Elf gemeenten scharen de groep dreigende daklozen onder de OGGZ-groep, waarbij het gaat om mensen met meervoudige problematiek, die sociaal kwetsbaar zijn en onvoldoende zelfredzaam (Planije e.a., 2013, 47-48). Op basis van de gegevens uit deze monitorstudie kunnen echter geen eenduidige trends van dreigende daklozen worden vastgesteld, omdat het aantal metingen en definities verschilden tussen de gemeenten (of de definities werden tussentijds aangepast).

Vanuit zowel het Trimbos-Instituut (Planije e.a., 2014) als GGD Nederland (2013) zijn de aantallen meldingen en personen binnen de OGGZ-groep geïventariseerd. Ook uit deze gegevens is geen totaalbeeld van de OGGZ-groep te verkrijgen. Ten eerste zijn de gegevens van beide studies gericht op vier grote Nederlandse steden (G4), waardoor de getallen niet representatief zijn voor het hele land. Daarnaast kunnen geen precieze aantallen van daklozen met ‘verwarde status’ worden verkregen uit de monitorstudie van het Trimbos-Instituut, omdat in deze studie is gewerkt met andere indicatoren (daklozen met een individueel trajectplan) en cumulatieve getallen. Verder kunnen de eerder genoemde tel- en registratieverschillen tussen gemeenten een vertekend beeld geven van de aantallen en trends. Op basis van de GGD monitor (2013) blijkt dat de trends in de periode 2009-2012 per regio wisselend zijn, er is sprake van zowel een afname als toename in de meldingen OGGZ. In 13 van de 28 meegenomen regio’s waren geen cijfers bekend (GGD Nederland, 2013). Op basis van de beschikbare cijfers neemt het aantal meldingen met gemiddeld 16% per jaar toe, zie Tabel 5.2. Echter uit een nieuwe inventarisatie komt een lichte daling van het aantal meldingen in de periode 2013 tot en met 2014 naar voren (van 23.597 naar 22.686 meldingen op jaarbasis; GGD / GHOR Nederland, 2015). Gezien de ontbrekende cijfers, tel- en registratieproblemen moeten deze gegevens met voorzichtigheid worden geïnterpreteerd.

Tabel 5.2 Aantallen meldingen OGGZ

	2009	2010	2011	2012	Trends gemiddeld % t.o.v 2009
Totaal	5.862	8.232	8.686	8.741	16%+

*Bron: GGD Nederland (2013)

5.2 Samenvatting cijfers sociaal domein

Op basis van de monitorstudies is een afname in het aantal feitelijk daklozen waargenomen en een toename in het aantal residentieel daklozen en OGGZ-meldingen (tot en met 2012, daarna een lichte daling van OGGZ-meldingen). Door verschillen in registratiemethodes, definities (incl. tussentijdse aanpassingen) en ontbrekende gegevens bij een relatief groot aantal gemeenten zijn de aantallen en trends van met name de OGGZ groep moeilijk vast te stellen. Daarmee is op basis van deze gegevens geen nauwkeurig beeld te verkrijgen van de precieze aantallen daklozen met ‘verwarde status’.

6. Prevalentie psychische stoornissen in Nederland

6.1 Prevalentie psychische stoornissen in Nederland

Uit de studie van Veerbeek e.a. (2015) blijkt dat slechts een derde van de volwassenen (18-64 jaar) met een psychische stoornis een vorm van hulpverlening ontvangt (op jaarbasis, meetperiode 2007-2009). De gerapporteerde cijfers in voorgaande studies kunnen daarom een onderschatting vormen van het werkelijke aantal mensen met een psychische stoornis. Om een volledig beeld te verkrijgen van de omvang van mensen met psychische aandoeningen en verward gedrag is ook gekeken naar het vóórkomen van mensen met psychische stoornissen. Daarbij moet de kanttekening worden gemaakt dat een psychische stoornis niet altijd een bedreiging voor iemand zelf of anderen met zich meebrengt. Dit betekent dat mensen met een psychische stoornis niet altijd vallen onder de groep verwarde personen.

Veerbeek e.a. (2015) presenteerden cijfers die ontleend zijn aan het onderzoek NEMESIS-2 (Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study-2) over het vóórkomen van psychische stoornissen (prevalentie) onder volwassenen in Nederland. In de NEMESIS-2 studie vormde het diagnostische classificatiesysteem DSM-IV het uitgangspunt voor de analyses. Uit de studie komt naar voren dat in totaal 42,7% van de volwassen Nederlandse bevolking (18-64 jaar) ooit in het leven een psychische stoornis had. Stemmings-, angst- en middelenstoornis vormden de meest voorkomende stoornissen (resp., 20,2, 19,6 en 19,1%). Op jaarbasis, gemeten in de afgelopen 12 maanden in 2009, heeft bijna een vijfde van de volwassenen (18%, ongeveer 1.896.700 personen) een psychische stoornis. Op basis van de NEMESIS-2 studie (2007-2009) werden geen significante veranderingen (t.o.v. NEMESIS-1:1996) gevonden in de 12-maandsprevalentie van enigerlei DSM-IV aandoening (De Graaf, Ten Have, Van Gool, & Van Dorsselaer, 2012).

6.1.1 Prevalentie ernstige psychische stoornissen in de GGZ

Delespaul en de Consensusgroep EPA (Ernstige Psychiatrische Aandoeningen, 2013) onderzochten de 12-maanszorgprevalentie van GGZ-cliënten met een ernstige psychische aandoening in Nederland. De literatuur bevat uiteenlopende omschrijvingen van EPA. In de Engelstalige literatuur wordt veelal de omschrijving ‘*serious or severe (and persistent) mental illness (S(P)MI)*’ gebruikt. In Amerika komt SPMI bij 6% van de bevolking voor en voor een kwart (24%) bij de cliënten met psychische stoornissen⁸ (Delespaul & De Consensusgroep, 2013).

⁸ www.nimh.nih.gov/health/publications/the-numbers-count-mental-disorders-in-america/index.shtml

Analyses van epidemiologische literatuur en beleidsstukken over de GGZ in 2011-2012 leverde een schatting van 160.000 volwassenen met EPA tussen de 18 en 65 jaar (25% van de totale GGZ-cliëntenpopulatie in 2012: 640.000). Voor de totale bevolking, inclusief jeugdigen (< 18 jaar) en ouderen (> 65 jaar), wordt het aantal EPA-cliënten in de zorg op 216.000 geschat. De EPA-cliënten tussen 18-65 jaar zijn met name in reguliere GGZ instellingen te vinden, maar ook in de verslavings- en forensische zorg.

De resultaten uit dit onderzoek moeten met voorzichtigheid worden geïnterpreteerd, omdat de gegevens o.a. zijn gebaseerd op consensus-schattingen. Dergelijke schattingen vertonen potentieel *bias*, ofwel een mogelijke vertekening van onderzoeksresultaten (Lash, 2007).

6.2 Samenvatting prevalentie (ernstige) psychische stoornissen in Nederland

Samenvattend is op jaarbasis geconstateerd (2009) dat bij 18% van de Nederlandse bevolking (18-64 jaar) sprake was van een psychische aandoening. Over de periode 1996 – 2007-2009 werden geen veranderingen in het vóórkomen van psychische stoornissen geconstateerd. Dit betekent dat er geen sprake is van een toename of afname in de prevalentie van psychische stoornissen in Nederland. Daarnaast was bij 25% van de GGZ-cliënten sprake van een ernstige psychische stoornis (EPA, gemeten over het jaar 2011).

7. Tussenconclusie omvang verwarde personen

In 2009 wordt bij 1.896.700 personen een psychische stoornis vastgesteld. In het laatste decennium is geen groei of afname waargenomen in de prevalentie van psychische stoornissen. Echter, niet alle personen met een psychische stoornis voldoen aan de criteria van verward gedrag (*zichzelf of anderen schade berokkenen*). De criteria van een ernstige psychische stoornis (EPA) sluiten nauwer aan bij de criteria van ‘verwarde personen’, mede vanwege de ernstige beperkingen in het sociaal-maatschappelijk functioneren en geïndiceerde zorg (bij de EPA-groep). In 2011-2012 blijken ongeveer 160.000 volwassenen tussen de 18 en 65 jaar te voldoen aan de criteria van EPA.

Het is niet mogelijk om een eenduidig beeld van de omvang en trends ten aanzien van verwarde personen te destilleren uit de diverse geraadpleegde bronnen (politie, GGZ, etc.) o.a. doordat er geen koppeling kan worden gemaakt tussen de gegevens van de verschillende instanties en rapporten vanuit het justitieel-, zorg- en sociaal domein. Uit de politieregistraties in 2015 komen 65.831 meldingen rondom verwarde personen naar voren. Sinds 2011 wordt een gemiddelde jaarlijkse stijging van 13% in de politieregistraties van verwarde personen geconstateerd. In 2014 waren er 23.150 intramurale GGZ plaatsen, 22.900 Bopz beschikkingen en 532.000 cliënten met ambulante zorg. Hoewel er in de periode 2010-2014 een algehele afname in de capaciteit van intramurale GGZ-instellingen werd vastgesteld, was er een toename in het aantal plaatsen met een intensieve verzorgingsgraad, gesloten plaatsen en Bopz opnamen. In de ambulante zorg was sprake van een daling in het aantal cliënten, maar tussen 2013-2014 werd een lichte toename in de aantallen waargenomen.

Tenslotte komt er een wisselend beeld naar voren op basis van cijfers van daklozen en de OGGZ-groep binnen het sociaal domein. Uit de beschikbare bronnen blijkt dat er in de periode van 2009 tot en met 2013 een afname is in het feitelijk aantal daklozen (7.500 in 2012/2013), terwijl er sprake is van een toename in het aantal residentieel daklozen (8.300 in 2012/2013) en OGGZ-meldingen (8.741 in 2012, vanaf 2013 een lichte daling). Door de toegenomen aandacht van de gemeenten voor deze groep en versterking van samenwerking in de keten, is de problematiek beter in beeld gekomen. Andere mogelijk verklaringen voor de toename kunnen worden gerelateerd aan bezuinigingen in het netwerk en toename van financiële problemen bij mensen (GGD Nederland, 2013).

8. Resultaten aard problematiek verwarde personen

8.1 Resultaten aard problematiek justitieel domein

Om bepaalde deelgroepen onder verwarde personen te detecteren zijn o.a. resultaten van drie onderzoeksrapporten over de aard van de problematiek geselecteerd voor deze studie (Abraham & Nauta, 2014; Hekkert & De Jong, 2015; Kuppens, Appelman, Van Ham, & Van Wijk, 2015). De analyses binnen deze studies waren gebaseerd op gegevens uit het politieregistratiesysteem (BVH) en uit een enquête onder politiemedewerkers. Bij de analyse van politieregistraties werd gelet op de aanleiding van de incidenten en type problematiek.

Abraham en Nauta (2014) voerden een enquête uit in de periode oktober 2013 tot en met april 2014 onder politiefunctionarissen in Midden-West Brabant, Groningen, Rotterdam Rijnmond en Utrecht. In ongeveer een derde van de gevallen was ‘overlast’ of ‘zorgbehoefte’ de aanleiding voor politiecontact (resp. 37,3%, 31,0%). Strafbare feiten waren in een kwart van de gevallen (25,8%) de primaire aanleiding tot politiecontact. In 6% van de gevallen was de aanleiding anders (bv., combinaties van overlast, zorg en strafbare feiten, vermiste personen, huiselijk geweld, etc.). Bij deze gegevens ($N = 350$) moet worden opgemerkt dat er sprake was van non-respons (35%).

Met de enquête binnen de studie van Abraham en Nauta (2014) werd het gemiddeld aantal keren per maand van politiecontact met een verward persoon vastgesteld. Op basis van deze gegevens werd een uitsplitsing gemaakt naar type verward persoon. Uit de resultaten van deze studie ($N = 377$) blijkt dat personen met verslavingsproblematiek, al dan niet in combinatie met psychische stoornissen, de categorie verwarde personen is bij wie de politie het vaakst optreedt. De op één na grootste groep bestond uit personen die uitsluitend aan psychische stoornissen lijden. Daarna volgde de groep mensen met een verstandelijke beperking, al dan niet in combinatie met verslavingsproblematiek. Dementie, al dan niet in combinatie met psychische stoornissen, werd relatief het minst vaak gesignaleerd door de politie. In Tabel 8.1 worden de precieze gegevens over bovengenoemde type verwarde personen weergegeven. Tenslotte moet worden opgemerkt dat de enquêtegegevens afkomstig waren van een selecte groep politiemedewerkers, namelijk een lichte oververtegenwoordiging van respondenten die relatief vaak te maken hebben met verwarde personen.

Tabel 8.1 Gemiddeld aantal politiecontacten per maand met verward personen, uitgesplitst naar type verward persoon

	Totaal
Verslavingsproblematiek	6,4
Psychische stoornis(sen) met verslavingsproblematiek	4,2
Psychische stoornis(sen)	3,5
Verstandelijke beperking	2,0
Verstandelijke beperking met verslavingsproblematiek	1,5
Personen met dementie	0,7
Psychische stoornis(sen) met dementie	0,3

*Bron: Abraham & Nauta (2014): enquête $N = 377$ politiemedewerkers

Kuppens en collega's (2015) hebben een diepteanalyse verricht naar de aard van de problematiek van verwarde personen. Hiertoe heeft de politie Amsterdam een random steekproef van 300 E33-registraties over het jaar 2012 getrokken. In totaal bleken 278 registraties bruikbaar voor de analyse. Uit de analyses is gebleken dat de verdeling tussen mannen (48%) en vrouwen (44%) vrijwel gelijk was. Ruim de helft van de verwarden personen (55%) was tussen de 30 en 59 jaar (2% 10-19 jaar; 11% 20-29 jaar; 21% 60-99 jaar; 11% onbekend). Wat betreft de aard van de problematiek, werd de problematiek in ruim een derde van de registraties (34%) enkel als 'verward' bestempeld. In een kwart van de incidenten ging het om een 'overlastgevende' persoon (24%). Andere kleinere deelgroepen bestonden uit: agressie/dreiger (9%)⁹, hulpbehoevend (9%), suïcidaal/psychiatrie (5%), overig (psychose/schizofrenie/psychiatrie, 5%), verslaafd (4%), dakloos (3%) of onbekend (7%).

In het onderzoek van Hekkert en De Jong (2015) is de aard van de problematiek van verwarde personen in de regio Rotterdam geanalyseerd. In de onderzoeksperiode van januari 2014 tot en met juni 2014 werd een gestratificeerde aselechte steekproef van 10% ($N = 425$)¹⁰ uit 4.236 registraties in BVH getrokken. In 18,6% ($n = 777$ incidenten) van de registraties ging verward gedrag samen met drank en/of drugs en in 30,8% ($n = 239$) met een combinatie van drank/drugs en agressie. In 26,2% ($n = 1.096$) van de incidenten werd de situatie als acuut¹¹ bestempeld door de politie. Uit de analyses van deze subgroep van registraties werden de aanleidingen tot verward gedrag in de verschillende incidenten onderverdeeld. Op basis van uitingvormen werden zes hoofdgroepen van verwarde personen onderscheiden: psychiatrische cliënten¹² (45%), pogingen tot zelfdoding (19%), dementerenden (13%),

⁹ Mensen die zonder medewerking van anderen een dreiging vormen en die dat doen als gevolg van psychiatrische problematiek (Nelen, Mol, Plaisier, & Peters, 2013).

¹⁰ Inclusief maatschappelijke klassen E33, E41 (overlast zwervers, $n = 45$), E14 (poging zelfdoding, $n = 41$) en J71/72 (sociale inbewaringstelling meerderjarige en minderjarige, $n = 31$).

¹¹ Een Acuu incident met een verward persoon is een situatie waarin de politie die persoon niet aan zijn lot over kan laten, maar dat er onmiddellijke professionele beoordeling/opvang van een GGZ instelling noodzakelijk is (Hekkert & De Jong, 2015).

¹² Aantallen groepen: psychiatrische patiënten: $N = 210$

verslaafden (6%), brieven-schrijvers (4%) en overig verward gedrag (13%).

Op basis van politiegegevens in de regio Hollands-Midden (bestaande uit 19 gemeenten), is vastgesteld dat minimaal 20-25% van de verwarde personen verdacht wordt van het plegen van een strafbaar feit (Cremers, 2015). Hier moet worden opgemerkt dat verwarde personen tot nu toe met name vanuit een daderperspectief (overlastmeldingen politie) zijn benaderd. Het slachtofferperspectief is op basis van de geselecteerde literatuurbronnen nog onvoldoende belicht. Uit onderzoek blijkt dat psychiatrische cliënten – vooral degenen met een ernstiger ziektebeeld, een sociaal zwakkere positie en met veel zorgbehoeften – vaker slachtoffer zijn van geweld dan personen uit de algemene bevolking (De Vries e.a., 2011). Vervolgonderzoek zou meer inzicht moeten verschaffen in de aard en omvang op basis van slachtoffercijfers betreffende verwarde personen in Nederland.

8.2 Aard problematiek zorgdomein (GGZ)

Delespaul en de consensusgroep EPA (2013) hebben naast de prevalentie van ernstige psychische stoornissen ook de aard van de problematiek vastgesteld. De consensusgroep EPA rekent mensen onder de EPA groep wanneer: er sprake is van een psychische stoornis, die behandeling noodzakelijk maakt; met ernstige beperkingen in het sociaal-maatschappelijk functioneren; waarbij de beperking oorzaak en gevolg is van de psychische stoornis; niet van voorbijgaande aard (structureel c.q. langdurig); en waarbij gecoördineerde zorg van professionals geïndiceerd is (Delespaul & De Consensusgroep, 2013, p.429-430).

Analyses van epidemiologische literatuur laten zien dat 60% van de EPA groep wordt gekenmerkt door een psychotische stoornis (schizofrenie, affectieve of organische stoornis), 10% lijdt primair aan een verslaving en 30% valt in de restgroep (autisme, obsessieve of compulsieve angststoornis, ernstige depressie of persoonlijkheidsstoornis).

8.3 Aard problematiek sociaal domein (OGGZ)

Vanuit de Stichting Leger des Heils Welzijns- en Gezondheidszorg is in 2015 een beschrijvend onderzoek uitgevoerd naar 108 dak- en thuislozen (88% is man, 20-68 jaar). Het onderzoek werd uitgevoerd op de locaties voor de laagdrempelige opvang van daklozen in twee grote steden in Limburg en Zuid-Holland. Er werden algemene en biografische anamnese afgenomen en de *Community Mental Health* (CMH) vragenlijst uit InterRAI¹³ afgenomen. Op indicatie (van verstandelijke beperking/cognitieve problemen) is in aanvulling

¹³ InterRAI is een brede, integrale methodiek om problemen van mensen met complexe problemen op systematische wijze in kaart te brengen. Het CMH verzamelt gegevens op alle levensdomeinen rond mensen met psychische problemen en verslaving: psychische klachten, gebruik, cognitie, gedrag, gezondheid, voeding, zorggebruik, algemeen dagelijks functioneren, maatschappelijk functioneren en sociale omgang.

daarop gericht lichamelijk onderzoek gedaan of een SCIL (screeningsinstrument voor het opsporen van lichte verstandelijke beperkingen) of *Mine-Mental State Examination* (MMSE, screening cognitieve beperkingen) afgenomen. Binnen de groep verwarde personen geeft dit onderzoek een beeld van de OGGZ- problematiek, waarbij er sprake is van verward gedrag en maatschappelijke teloorgang.

Ten eerste blijkt uit dit onderzoek (op basis van CMH, screening SCIL/MMSE en dossiers) dat 94% van de onderzochte populatie lijdt aan een psychische stoornis, verslaving, verstandelijke beperking of een combinatie daarvan. Twee derde van de populatie gebruikt drugs (67%, waarvan 85% een actieve drugsgebruiker). Andere ziektebeelden die bij de onderzoeksgroep werden aangetroffen zijn: persoonlijkheidsproblematiek (32%), cognitieve stoornis (29%, cognitieve functies, zoals geheugen en concentratie), stemmingsstoornis (20%), kinder- en pubertijdsstoornis (ADHD of autisme, 19%), schizofrenie of psychotische stoornis (17%), impulsbeheersing stoornis (7%) en aanpassingsstoornis meestal in combinatie met een verstandelijk beperking (5%). Dit beeld van psychische klachten komt overeen met gegevens van andere studies naar de problematiek onder daklozen (zie b.v. Van Straaten e.a., 2014). Ten tweede is meer dan de helft van de groep (60%) wel eens verbaal of fysiek gewelddadig geweest: 24% van de groep vertoont verbaal geweld en 14% vertoont fysiek geweld in de afgelopen 3 dagen. Tenslotte werd vastgesteld dat de helft van de groep (51%) in het afgelopen jaar in aanraking met de politie is geweest vanwege niet geweld gerelateerde delicten, zoals verkeersovertredingen en 22% vanwege geweldsdelicten (Van Everdingen, 2015).

9. Tussenconclusie aard problematiek verwarde personen

Concluderend blijkt dat op basis van de geselecteerde studies geen eenduidig beeld kan worden gegeven van specifieke deelgroepen verwarde personen. Ten eerste is er veelal sprake van meervoudige problematiek, waardoor verwarde personen niet goed in te delen zijn in één specifieke deelgroep. Verder hanteren de studies verschillende categorieën van verwarde personen en de onderzoekers baseren zich op verschillende bronnen en informatie (registraties, aanleidingen van incidenten, informatie van politiemedewerkers, etc.). Daarnaast kunnen de resultaten niet worden gegeneraliseerd naar de kenmerken van de problematiek van verwarde personen op landelijk niveau doordat de gegevens van deze studies niet altijd waren gebaseerd op landelijke cijfers (de problematiek van verwarde personen verschilt mogelijk per regio). Daarom kan in de huidige studie hoogstens een indicatie gegeven worden van veelvoorkomende deelgroepen onder verwarde personen.

Ten eerste vormt zorgbehoefte en/of een overlastgevende situatie vaak de aanleiding voor politiecontact met verwarde personen. Daarnaast is bij ongeveer een kwart van de registraties van verwarde personen sprake van verdenking van het plegen van strafbare feiten. Personen met een verslaving, al dan niet in combinatie met een psychische stoornis, en personen met één of meerdere psychische stoornissen (hulpbehoevend, zonder verslavingsproblematiek) lijken de meest voorkomende deelgroepen onder verwarde personen. De meest voorkomende stoornissen in de OGGZ-groep vormen persoonlijkheidsproblematiek, cognitieve stoornissen en stemmingsstoornissen. Het grootste aandeel in de GGZ-populatie met een ernstige psychische stoornis lijdt aan een psychotische stoornis (schizofrenie, affectieve of organische stoornis). Binnen de groep verwarde personen bestaan de kleinere deelgroepen uit mensen met poging tot zelfdoding, dementerenden, daklozen, dreigers en brievenschrijvers. Tenslotte ontbreekt er bij het merendeel van de studies (gebaseerd op politiegegevens) informatie over het aandeel (licht) verstandelijke beperkten onder verwarde personen.

10. Conclusies, beperkingen en aanbevelingen

In onderhavig onderzoek is op basis van eerdere studies nagegaan wat er bekend is over de omvang, ontwikkeling en aard van de problematiek rondom verwarde personen. Deze literatuurstudie vormt één van de belangrijke stappen in het leveren van een sluitende aanpak door gemeenten van zorg en ondersteuning van mensen die verward gedrag vertonen. Hieronder worden de antwoorden met beperkingen en aanknopingspunten voor vervolgonderzoek per onderzoeksvraag geformuleerd. De discussie wordt afgesloten met een aantal aanbevelingen voor praktijk, beleid en wetenschap.

10.1 Conclusies en beperkingen

Vraag 1: Wat is de omvang van de groep verwarde personen in Nederland?

Om antwoord te geven op de vraag wat de omvang is van de groep verwarde personen in Nederland zijn eerdere studies naar cijfers van politieregistraties rondom verwarde personen, de geestelijke gezondheidszorg (GGZ), openbare geestelijke gezondheidszorg (OGGZ) en psychische stoornissen verzameld. Op basis van deze bestaande onderzoeken is het problematisch om een uitspraak te doen over de omvang van de groep verwarde personen. Allereerst belichten de verschillende onderzoeken de omvang van verwarde personen elk vanuit een specifieke invalshoek die elk aanzienlijke beperkingen kent om de eerste onderzoeksvraag te kunnen beantwoorden. Zo is het aannemelijk dat de E33-registraties bij de politie een beperkte nauwkeurigheid kennen. Enerzijds kan het zijn dat incidenten rondom verwarde personen überhaupt niet worden geregistreerd bij de politie (*dark number*) of dat deze incidenten worden weggeschreven onder andere classificaties, wat leidt tot een onderschatting van de omvang van de groep verwarde personen. Anderzijds komt het voor dat één persoon met verward gedrag meerdere incidenten veroorzaakt, wat tot een overschatting leidt van de omvang van de doelgroep. Daarnaast vormt de veiligheidsbeleving van burgers een subjectieve weergave van de problematiek (beïnvloed door percepties van eigen kwetsbaarheid, media en psychische toestand) en loopt dit niet altijd synchroon met de feitelijke aanwezigheid van problemen. Ook de capaciteit van de GGZ is niet direct een goede weergave van de omvang van de groep verwarde personen doordat deze capaciteit niet alleen wordt bepaald door de hulpvraag van mensen, maar ook door politieke en maatschappelijke tendensen, zoals hervormingen in de wetgeving en het zorgstelsel en bezuinigingsmaatregelen. Dit geldt ook voor de gegevens vanuit het sociaal domein over daklozen, die een vertekend beeld kunnen geven door verschillen in registratie- en telwijze

tussen de gemeenten, ontbrekende cijfers en aanpassing van definities van verschillende categorieën daklozen (feitelijk, residentieel, OGGZ). Tenslotte geven de GGZ-cijfers en de prevalentie van psychische stoornissen een beperkt inzicht in de omvang van de groep verwarde personen, aangezien de aanwezigheid van een psychische stoornis nog niet direct betekent dat een iemand verward gedrag laat zien.

Een andere moeilijkheid om op basis van bestaande literatuur uitspraken te doen over de omvang van de groep verwarde personen is de door het aanjaagteam gehanteerde brede definitie: *‘mensen die grip op hun leven (dreigen) te verliezen, waardoor het risico aanwezig is dat zij zichzelf of anderen schade berokkenen’*. Deze definitie geeft namelijk onvoldoende aan welke concrete, meetbare gedragingen en kenmerken hieronder vallen. Het spectrum van mogelijke gedragingen en kenmerken is breed en kan uiteenlopen van ernstig afwijkend psychiatrisch gedrag, suïcide en het veroorzaken van maatschappelijke overlast en strafbare feiten tot financiële problematiek, werkloosheid en sociale isolatie. In de verschillende onderzoeken vanuit diverse instanties worden telkens andere definities van mensen met verward gedrag gehanteerd (zie bijv. definities van de Nationale Politie, GGZ, OGGZ, EPA en Convenant politie-GGZ NL), waardoor een vergelijking maken tussen de verschillende onderzoeken ingewikkeld is. Ten behoeve van de afbakening hebben wij ons in huidig literatuuronderzoek daarom vooral beperkt tot onderzoeken naar personen bij wie sprake is van (een verhoogde kans op) gedrag waarbij iemand zichzelf of anderen schade toebrengt, zoals bij suïcide(pogingen), crimineel en overlastgevend gedrag en ernstige psychische aandoeningen.

Tenslotte is het de vraag in hoeverre de bestaande onderzoeken representatief zijn voor geheel Nederland. De studies die zijn gebaseerd op politieregistraties hebben betrekking op specifieke regio's. Zo zijn de resultaten uit het onderzoek van Hekkert en De Jong (2015) gebaseerd op incidenten bij de politie-eenheid Rotterdam en hebben de gegevens van Kuppens en collega's (2015) betrekking op de regio Amsterdam. De gegevens uit de monitorstudies van Knispel en collega's (2013; 2014) en Van Hoof en collega's (2015) zijn gebaseerd op informatie van een selecte groep leden van de GGZ, aangezien niet alle instanties respons hebben gegeven op de vragenlijst (uitvalspercentages van resp. 9%, 15% en 32%). Dit geldt ook voor de inventarisatie van OGGZ-meldingen, waar niet alle regio's beschikken over (complete) gegevens.

Concluderend blijken bestaande onderzoeken gefragmenteerd, beperkt representatief en hanteren zij geen heldere en uniforme definitie, waardoor de eerste onderzoeksvraag op basis van de huidige literatuur nog onvoldoende beantwoord kan worden. Enerzijds kan geen

uitspraak worden gedaan over de omvang van het hele spectrum van ‘verwarde personen’, omdat de geselecteerde studies waren gericht op subgroepen van verwarde personen (psychiatrische cliënten, overlastgevers bij de politie, daklozen, etc.). Anderzijds kunnen geen precieze aantallen van verwarde personen uit de studies worden gedestilleerd doordat niet is te achterhalen welk deel van de onderzochte populaties voldoet aan de criteria van verward gedrag. Empirisch vervolgonderzoek zou op basis van een integrale invalshoek en een uniforme definitie met heldere criteria meer inzicht kunnen bieden in de omvang van de groep verwarde personen. Belangrijk hierin is dat gegevens uit het justitieel-, zorg- en sociaal domein worden gekoppeld.

Vraag 2: Wat zijn de ontwikkelingen tussen 2011-2015 in de omvang van de groep verwarde personen?

De tweede onderzoeksvraag betreft de ontwikkelingen tussen 2010-2015 in de omvang van de groep verwarde personen in Nederland. Het interpreteren van de resultaten van de tweede onderzoeksvraag moet met grote voorzichtigheid geschieden vanwege de genoemde beperkingen in het vaststellen van de omvang van de groep verwarde personen. Op basis van bestaande literatuur kunnen geen eenduidige uitspraken worden gedaan over de vraag of de omvang van de groep verwarde personen is toegenomen, afgenomen of gelijk is gebleven. Echter, de cijfers uit de bestaande literatuur bieden mogelijk wel inzichten voor aanknopingspunten in de aanpak van zorg en ondersteuning van mensen die verward gedrag vertonen. Ten eerste blijkt uit de beschikbare studies en politiedata (Abraham & Nauta, 2014; Hekkert & De Jong, 2015; Kuppens e.a., 2015; Nationale Politie, 2016) dat het aantal incidenten rondom ‘overlastgevende verwarde personen’ (E33) is gestegen met gemiddeld 13% per jaar. Uit de veiligheidsmonitor van het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) komt echter naar voren dat de ervaren overlast in de buurt is afgenomen. Ten tweede is een algehele afname in de intramurale zorg gebleken. Er lijkt echter sprake te zijn van een toename in de intensieve en gedwongen takken van de intramurale zorg. Hoewel het aantal trajecten in de ambulante zorg in de afgelopen decennia is toegenomen (zie b.v. Veerbeek e.a., 2015), is er sprake van een afname in de trajecten van zowel de lichtste als intensiefste zorgcategorie. Ten derde is er sprake van een daling in het aantal feitelijke daklozen, maar een stijging in het aantal daklozen met een residentiele en OGGZ-status (tot en met 2012, daarna een lichte daling). Ten vierde is de prevalentie van psychische stoornissen in Nederland de afgelopen jaren gelijk gebleven. Concluderend zijn er trends te zien die suggereren dat er een toename is van verwarde personen, wat niet verklaard kan worden doordat er meer mensen

met een psychische stoornis zijn.

Een eerste verklaring voor de stijging in politieregistraties kan betrekking hebben op registratie-effecten, d.w.z. factoren die de volledigheid en betrouwbaarheid van politiecijfers kunnen beïnvloeden. De prioritering van het probleem van verwarde personen op de politieke agenda, een mogelijke toename in meldingsbereidheid bij burgers en een mogelijke toename van alertheid bij de politie in het registreren van verwarde personen kunnen hebben geleid tot een stijging in het aantal incidenten rondom personen met verward gedrag.

De voorgenomen afbouw van intramurale GGZ (deinstitutionalisering) speelt mogelijk ook een rol in de toename van zichtbaarheid van verwarde personen in de maatschappij. Volgens de nieuwe Nederlandse ‘ambulantiseringsafspraken’ moet de beddenscapaciteit in 2020 met 33% zijn gereduceerd (met 2008 als peiljaar, Van Hoof e.a., 2015). Mensen met psychische problemen die voorheen in intramurale voorzieningen werden opgevangen, moeten zoveel mogelijk op basis van ambulante zorg worden begeleid, ondersteund en behandeld. De intramurale GGZ capaciteit daalde in Nederland tussen 2012 en 2014 dan ook met 7% (Van Hoof e.a., 2015). Ondanks de afbouw van de intramurale GGZ is er tegelijkertijd sprake van een intensivering van zorg en dwang. Deze intensivering blijkt onder andere uit de toename van Bopz-opnamen, gesloten plaatsingen en in het aantal plaatsingen met een intensieve verzorgingsgraad. Tegelijkertijd is er nog geen sprake van een consistente toename in de intensieve tak van de ambulante zorg. Ook in de monitor over de voortgang van de Wmo (GGZ Nederland, 2015) worden knelpunten in de extramurale (ambulante) voorzieningen gesignaleerd, zoals onvoldoende expertise van professionals ten behoeve van de GGZ-doelgroep bij de wijkteams, een toename van administratieve lasten en inconsistent toezicht van de gemeenten op de kwaliteit en veiligheid binnen de zorginstellingen. Op basis van deze gegevens lijkt de uitwerking van het beleid, waarin ambulante behandeling als uitgangspunt wordt genomen (Akkoord Toekomst GGZ, 2013-2014), nog niet geheel bereikt. De afbouw van intramurale zorg en de moeilijkheden in de totstandkoming van de (intensieve) ambulante hulp voor verwarde personen zorgt ervoor dat de problematiek van verwarde personen meer zichtbaar wordt in de samenleving. Wanneer mensen met (een risico op) verward gedrag niet tijdig adequate hulp krijgen, is de kans groter dat de omvang en ernst van de problematiek toenemen en deze mensen wegens overlast (door zichzelf of anderen schade toe te brengen) bij de politie terechtkomen. Dit zou een verklaring kunnen zijn voor de toename in het aantal politieregistraties van incidenten met verwarde personen.

In andere landen, zoals in de VS, Engeland en Scandinavië, is gebleken dat processen

van deinstitutionalisering bijzonder complex zijn en niet altijd tot de gewenste effecten leiden. Zo kampte de lokale zorg- en dienstverlening in de VS en Engeland met een structureel tekort aan geld, waardoor de ambulante professionals voortdurend overbelast waren en hun cliënten te weinig zorg en aandacht kregen. In de Scandinavische landen werden problemen gesignaleerd in de samenwerking tussen de GGZ en de lokale maatschappelijke dienstverlening (Kwekkeboom, 2001; Overkamp, 2000), een toename in sterftcijfers van zelfmoord bij psychotische cliënten en een stijging van dwang- en acute opnamen (Munk-Jørgensen, 1999). Deze negatieve effecten worden echter niet overal gevonden. Zo concludeerden onderzoekers in een Finse studie dat deinstitutionalisering juist leidde tot een afname van sterfte door zelfmoord onder psychiatrische cliënten (Pirkola, Sohlman, Heilä, & Wahlbeck, 2007). Ook in Italië (in Triëst) zijn voorbeelden van positieve praktijken in navolging van het deinstitutionaliseringproces gevonden, zoals de inzet van integrale sociale coöperaties (zorg voor basisinkomen en werkplek), kleinschalige en laagdrempelige sociale wijkteams en nauwe samenwerking tussen verschillende instanties (GGZ, politie, crisis- en wijkteams) (Muusse & Van Rooijen, 2015).

Concluderend is het probleem niet zozeer de deinstitutionalisering, maar het te laat of onvoldoende opbouwen van alternatieve (ambulante) zorg (Munk-Jørgensen, 1999). Uitgaande van deze ontwikkelingen is het mogelijk dat verwarde personen niet goed aankomen bij de geschikte zorg, waardoor de problemen en overlast van verwarde personen kunnen verergeren. Hoewel er belangrijke lessen kunnen worden getrokken uit internationale studies over effecten van het deinstitutionaliseringproces, moet opgemerkt worden dat de gegevens niet direct generaliseerbaar zijn naar de Nederlandse situatie vanwege o.a. verschillen in de zorgstelsels. Het is daarom aan te bevelen om verder binnenlands onderzoek te verrichten naar de mogelijke relatie tussen deinstitutionalisering en stijging in politieregistraties rondom verwarde personen en de stijging in zware en gedwongen GGZ.

Vraag 3: Welke verschillende deelgroepen van mensen die verward gedrag vertonen zijn uit de onderzoeken te achterhalen?

Tot slot is in de derde onderzoeksvraag gekeken naar de aard van de problematiek rondom verwarde personen. Hierbij hebben wij ons in huidig literatuuronderzoek geconcentreerd op mensen die daadwerkelijk schadelijk gedrag voor zichzelf of anderen laten zien. De resultaten over de aard van de problematiek van verwarde personen laten zien dat het om personen met (ernstige) psychische stoornissen gaat, veelal gecombineerd met verslavingsproblematiek, die niet in staat zijn zich zelfstandig te redden in de maatschappij. De criteria van een ernstige

psychische stoornis (EPA) en OGGZ problematiek sluiten nauw aan bij de problematiek van verwarde personen, zoals geformuleerd door de Nationale Politie, Justitie en het convenant politie-GGZ NL. In deze criteria komt naar voren dat het gaat om personen met meervoudige problematiek bestaande uit één of meer psychische stoornissen, beperkingen in het sociaal-maatschappelijk functioneren (sociaal isolement, schulden, etc.) en het risico zichzelf of anderen schade toe te brengen (het gevaarscriterium). Veelvoorkomende stoornissen binnen deze groepen zijn persoonlijkheidsstoornissen, cognitieve stoornissen, ontwikkelingsstoornissen, stemmingsstoornissen en psychotische stoornissen (b.v., schizofrenie). Concluderend is de meervoudigheid van de problematiek, die speelt in diverse levensdomeinen, kenmerkend voor deze groep.

Het onderzoek naar deelgroepen onder verwarde personen kent een aantal tekortkomingen. Ten eerste zijn de studiegegevens naar de aard van de problematiek bij verwarde personen niet altijd gebaseerd op landelijke cijfers en daarmee is onbekend hoe representatief de bevindingen zijn over de aard van de problematiek bij deze doelgroep. Aanbevolen wordt om op landelijk niveau onderzoek te doen naar de aard en ontwikkeling van de problematiek bij verwarde personen. Longitudinaal empirisch onderzoek naar de aard van de problematiek kan meer inzicht geven in risico- en beschermende factoren en de specifieke hulpbehoefte van verwarde personen, wat vervolgens aanknopingspunten kan opleveren voor een sluitende aanpak van zorg en ondersteuning aan mensen die verward gedrag vertonen. Ook dient verder onderzoek verricht te worden naar het aandeel (licht) verstandelijk beperkten onder verwarde personen, vanwege de specifieke hulpbehoeften bij deze mensen.

Gezien het feit dat een deel van de huidige onderzoeksgegevens zijn gebaseerd op politiedata, waarbij verwarde personen als ‘dader’ werden geregistreerd (i.e. overlast veroorzaken) is het slachtofferperspectief (i.e. zelfbeschadiging) van verwarde personen onderbelicht gebleven in deze studie. Vervolgonderzoek zou meer kennis moeten opleveren over de aard en omvang van slachtofferschap onder verwarde personen in Nederland. Daarnaast moet aandacht worden besteed aan onderzoek naar de aard van de problematiek bij de “lichte” groep die onder de definitie van het aanjaagteam van verwarde personen valt. Deze mensen dreigen de grip op hun leven te verliezen, waardoor er uiteindelijk een risico kan ontstaan op de ontwikkeling van gedrag dat tot schade leidt bij anderen of de persoon zelf. De aard van de problematiek van deze groep is wellicht net iets anders dan van de groep verwarde personen die al daadwerkelijk schadelijk gedrag laat zien. Met een ander type problematiek zou daarmee ook de zorgbehoefte anders kunnen liggen dan bij de zwaardere

doelgroep. Tenslotte is huidig onderzoek geconcentreerd op volwassenen met verward gedrag doordat in het merendeel van de geselecteerde studies werd gerapporteerd over mensen vanaf 18 jaar. Samenvattend is het mogelijk dat deels andere resultaten worden gevonden wanneer wordt gekeken naar minderjarigen, de lichtere groep verwarde personen en de gegevens meer worden benaderd vanuit een slachtofferperspectief.

10.2 Aanbevelingen voor praktijk, beleid en wetenschap

Op basis van deze studie kunnen de volgende aanbevelingen voor praktijk, beleid en wetenschap worden gegeven:

- 1. Landelijke en integrale gegevens verzamelen.** De precieze omvang en aard van de totale groep verwarde personen kan alleen worden achterhaald als meerdere bronnen op landelijk niveau worden geraadpleegd (niet alleen politiegegevens, maar ook alle GGZ instellingen en instellingen voor maatschappelijke ondersteuning in het sociaal domein). Om een totaalbeeld te verkrijgen moeten de gegevens van alle instanties aan elkaar worden gekoppeld, zodat kan worden achterhaald wat de overlap in registraties is tussen de instanties (een verward persoon is vaak bekend bij meerdere instanties). Dit levert een meer valide en betrouwbare analyse op van de aantallen verwarde personen.

Ten behoeve van onderzoeksdoeleinden is het van belang dat er een uniforme definitie met heldere criteria wordt gehanteerd voor het achterhalen van de aantallen verwarde personen. Voor het bevorderen van de betrouwbaarheid moet de selectie van de registraties in dossiers met verwarde personen door minimaal twee onderzoekers plaatsvinden. Op die manier kan de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid worden uitgerekend om vast te stellen of er overeenkomst is tussen de uitkomsten van dezelfde metingen/selecties van registraties met verwarde personen, uitgevoerd door meerdere beoordelaars.

- 2. Uniforme definitie en richtlijnen hanteren.** Om meer zicht te krijgen in de omvang en aard van de groep verwarde personen en ten behoeve van verwijzing naar geschikte zorg en ondersteuning moet door alle instanties een uniforme definitie met heldere criteria worden gehanteerd. Voor de zwaardere doelgroep vormen de criteria van EPA, aangevuld met het gevaarscriterium, een helder uitgangspunt voor de definitie van verwarde personen. De definitie van de lichtere doelgroep, in preventief kader, moet

worden uitgewerkt in concrete criteria die betrekking hebben op specifieke gedragskenmerken.

3. Longitudinaal empirisch onderzoek verrichten naar de ontwikkeling van verward gedrag. Ondanks dat deze aanbeveling niet geheel onder de scope van dit onderzoek valt, kunnen inzichten in de aanleiding van het ontstaan van de problematiek, de instandhouding en de recidive van verward gedrag aanknopingspunten bieden voor het verminderen van maatschappelijke overlast en persoonlijk leed van verwarde personen. Daarnaast dient er vanuit een preventief oogpunt verder onderzoek te worden gedaan naar de ‘lichte groep’ verwarde personen. Hierbij is het van belang dat de term ‘grip op eigen leven dreigen te verliezen’ concreter en meer wordt uitgewerkt in kwantificeerbare gedragskenmerken, zodat de problematiek van deze mensen in toekomstig onderzoek op zorgvuldige wijze kan worden gemeten en geanalyseerd.

4. Inzetten van screeningsinstrument voor goede doorverwijzing. De signalering van verwarde personen kan worden verbeterd door het ontwikkelen en inzetten van een korte screeningslijst en heldere richtlijnen, waarin onder andere de genoemde criteria uit de tweede aanbeveling kunnen worden verwerkt. Het inzetten van een screeningsinstrument biedt een indicatie van de problematiek en kan politiemedewerkers en andere professionals (b.v., van daklozenopvang) ondersteunen bij het verwijzen van verwarde personen naar de juiste zorg en ondersteuning.

Er zijn uiteenlopende instrumenten (ontwikkeld voor gebruik door verschillende professionals) beschikbaar voor het in kaart brengen van psychische klachten en problemen in het sociaal-maatschappelijk functioneren. Van Rooij e.a. (2007) hebben een kort screeningsinstrument ontwikkeld voor het meten van verslavings- en psychiatrische problemen bij bezoekers van de maatschappelijke opvang. Dit instrument is gebaseerd op verschillende screeners, namelijk de *Prison Screening Questionnaire* (PriSnQuest, voor het meten van welbevinden/depressie en psychotische stoornissen), de *Fast Alcohol Screening Test* (FAST, meten van frequentie van drankgebruik), de *Composite International Diagnostic Interview* (CIDI, diagnosticeren van depressie, psychotische stoornissen en verslaving, gebaseerd op DSM-IV), de *Standardized Assessment of Personality – Abbreviated Scale* (SAPAS) en Screener Antisociaal Gedrag (ASP, gericht op persoonlijkheidsstoornissen) en de *Health of the Nation Outcomes Scales* (HoNOS, gericht op psychisch en sociaal

functioneren).

Een voorbeeld van een breder screeningsinstrument is de InterRAI, die o.a. is gebruikt in de studie van het Leger des Heils (zie Van Everdingen, 2015). Dit is een integrale methodiek om systematisch problemen en zorgbehoeften in kaart te brengen van mensen met complexe problemen. De vragen uit dit instrument hebben betrekking op psychische klachten, middelengebruik, cognitie, lichamelijke gezondheid, voeding, zorggebruik, algemeen dagelijks functioneren, maatschappelijk functioneren en sociale omgang.¹⁴

- 5. Zorgvuldige uitwerking ambulante zorgvoorzieningen.** Gezien de knelpunten in de opbouw van de ambulante zorg is het van belang dat er langdurige en goede monitoring van de voortgang plaatsvindt. Hierbij dient specifieke aandacht te worden besteed aan het vergroten van expertise van de GGZ-doelgroep in de wijkteams (specialisten in dienst nemen), het bevorderen van consistent toezicht van de gemeenten op de kwaliteit en veiligheid binnen de zorginstellingen, het leveren van intensieve en effectieve ambulante zorg, het garanderen van voldoende financiële middelen om te voorzien in de eerste levensbehoeften, woon- en werkvoorzieningen voor mensen met verward gedrag en het opzetten van structurele samenwerkingsverbanden waarin alle betrokken instanties deelnemen, zoals de GGZ-instellingen, politie, maatschappelijke zorginstanties (b.v. daklozenopvang), woningbouwcoöperaties en gemeenten.

¹⁴ <http://www.interrai.org/>

Bronnenlijst

Referenties met een ster () zijn studies geselecteerd voor deze review.*

Aalbersberg, P. (2015). *Problematiek verwarde personen. Visie nationale politie*. Presentatie haardvuursessie d.d. 31.8.2015.

Aanjaagteam (2015). *Aandacht voor verwardheid. Op weg naar een meer persoonsgerichte aanpak*.

*Abraham, M. & Nauta, O. (2014). *Politie en 'verwarde personen'. Onderzoek naar optreden politie in relatie tot personen met verward gedrag*. WODC, Ministerie van Justitie.

Adang, O., Kop, N., Ferwerda, H., Heijnemans, J., Olde Nordkamp, W., de Paauw, P., & van Woerkom, K. (2006). *Omgaan met conflictsituaties: op zoek naar goede werkwijzen bij de Politie*. Kerckebosch: Bureau Beke.

Bestuurlijk Akkoord Toekomst GGZ (2013-2014). Verkregen van:

<https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/geestelijke-gezondheidszorg/documenten/rapporten/2012/06/18/bestuurlijk-akkoord-toekomst-ggz-2013-2014>

Bos, D., Wekker, F. & Duyvendak, J. W. (2013) Thuis best. Over het Nederlandse ideaal van zorg met behoud van zelfstandigheid. In: T. Kampen, I. Verhoeven & L. Verplanke (eds.) *De affectieve burger. Hoe de overheid verleidt en verplicht tot zorgzaamheid* (pp. 133-151). Amsterdam: Van Gennep.

*Centraal Bureau voor de Statistiek, CBS (2014). *Veiligheidsmonitor 2014*. Den Haag/Heerlen.

*Centraal Bureau voor de Statistiek, CBS (4.3.2015). Stijging aantal daklozen lijkt voorbij. verkregen van:
<http://www.cbs.nl/nlNL/menu/themas/bevolking/publicaties/artikelen/archief/2015/stijging-aantal-daklozen-lijkt-voorbij.htm>

*Cremers, H. P. L. (2015). *Aanpak van verwarde personen: van probleem naar oplossing*. Districtscollege Alphen aan de Rijn – Gouda en het districtscollege Leiden – Bollenstreek.

*De Graaf, R., Ten Have, M., Van Gool, C., & Van Dorsselaer, S. (2012). Prevalentie van psychische aandoeningen en trends van 1996 tot 2009; resultaten van NEMESIS-2. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 54(1), 27-38.

*Delespaul, P. H., & De Consensusgroep, E. P. A. (2013). Consensus over de definitie van mensen met een ernstige psychische aandoening (epa) en hun aantal in Nederland. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 55, 427-38.

De Vries, S., Kamperman, A., Lako, I., Sytma, S., Bervoets, P., Van der Graag, M.,... & Mulder, N. (2011). Geweld tegen psychiatrische patiënten in Nederland. *Maandblad Geestelijke Gezondheidszorg*, 66, 8-19.

Foucault, M. (1961) *Folie et déraison :histoire de la folie à l'âge classique*. Paris: Plon.

*GGD Nederland (2013). *Factsheet meldingen 2009-2012*. GGD Nederland.

*GGD GHOR Nederland (2015). *Factsheet inventarisatie meldpunten OGGZ*. GGD Nederland.

GGZ Nederland (2015). *Monitor voortgang Wmo. Uitkomsten zesde meting, zomer 2015*. Amersfoort: Brancheorganisatie voor de geestelijke gezondheids- en verslavingszorg.

Goffman, E. (1961) *Asylums. Essays on the social situation of mental patients and other inmates* AldineTransaction.

*Hekkert, A. & De Jong, M. (2015). *De Eenheid in verwarden. Verwarden in de Eenheid* Rotterdam (intern rapport politie).

Hoekstra, R. J., Van Hoorn, E., De Wit, L., & Zijderhoudt, R. (2015). *Het rapport van de onderzoekscommissie strafrechtelijke beslissingen openbaar ministerie naar aanleiding van de zaak-Bart van U*. Steenwijk: Studio Cursief Druk Bariet.

*Knispel, A., Hulsbosch, L., & Van Hoof, F. (2013). *Landelijke monitor intramurale GGZ, eerste meting – 2012*. Utrecht: Trimbos-instituut.

*Knispel, A., Hulsbosch, L., & Van Hoof, F. (2014). *Landelijke monitor intramurale GGZ, tweede meting – 2013*. Utrecht: Trimbos-instituut.

- *Kuppens, J., Appelman, T., Van Ham, T., & Van Wijk, A. (2015). *Met fluwelen handschoenen? Politie en de omgang met verwarde personen in Amsterdam*. Apeldoorn/Arnhem: Politie & Wetenschap/Bureau Beke.
- Kwekkeboom, M. H. (2001). *Zo gewoon mogelijk. Een onderzoek naar draagvlak en draagkracht voor de vermaatschappelijking in de geestelijke gezondheidszorg*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Lash, T. L. (2007). Bias analysis applied to Agricultural Health Study publications to estimate non-random sources of uncertainty. *Journal of Occupational Medicine Toxicology*, 2(15).
- Munk-Jørgensen, P. (1999). Has deinstitutionalization gone too far? *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 249, 136-143.
- Muusse, C. & Van Rooijen, S. (2015). *Freedom First. Een onderzoek naar de ervaringen met wijkgerichte ggz-zorg in Triëst, Italië, en de betekenis hiervan voor Nederland*. Utrecht: Trimbos-Instituut.
- *Nationale Politie (2016). *Interne memo. Strafwerk issue #392 Verwarde personen*.
- Nelen, H., Mol, M., Plaisier, J., & Peters, M. (2013). *Pilot dreigingsmanagement. De implementatie en wijze van uitvoering onder de loep*. WODC, Ministerie van Veiligheid en Justitie).
- Overkamp, E. (2000). *Instellingen nemen de wijk*. Assen: Van Gorcum & Comp.
- Pirkola, S., Sohlman, B., Heilä, H., & Wahlbeck, K. (2007). Reductions in postdischarge suicide after deinstitutionalization and decentralization: a nationwide register study in Finland. *Psychiatric Services*, 58(2), 221-226.
- *Planeije, M., Hulsbosch, L., & Tuynman, M. (2013). *Monitor Stedelijk Kompas 2013. Plan van aanpak maatschappelijke opvang in 39 centrumgemeenten*. Utrecht: Trimbos-Instituut.
- *Planije, M., Tuynman, M., & Hulsbosch, L. (2014). *Monitor Plan van Aanpak maatschappelijke opvang*. Utrecht: Trimbos-Instituut.
- Tweede Kamer, TK (1983/1984a). *Nota Geestelijke volksgezondheid*. 18463, nrs. 1-2.

- Tweede Kamer, TK (1996/1997). *Geestelijke gezondheidszorg, brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport*. 25424 nr. I.
- Tweede Kamer, TK (2015). *Position papers rondetafelgesprek over de GGZ, d.d. 18 mei 2015*. Den Haag.
- Tuynman, M. & Planije, M. (2014). *“Het kan dus!” Een doorbraak in het Nederlandse dakloosheidsbeleid. Evaluatie Plan van Aanpak maatschappelijke opvang in vier grote steden, 2006-2014*. Utrecht: Trimbos-Instituut.
- *Van Hoof, F., Knispel, A., Hulsbosch, L., Van Rooijen, S., Place, C., Michon, H., Oele, W., & Kroon, H. (2015). *Landelijke monitor. Ambulantisering en Hervorming Langdurige GGZ*. Utrecht: Trimbos-Instituut.
- *Van Everdingen, C. (2015). *Verwarde mensen op straat. De uitkomsten van een beeldvormend onderzoek onder dak- en thuislozen in de laagdrempelige opvang in twee grote steden*. Sittard: De Stichting Legers des Heils Welzijns- en Gezondheidszorg/Bij Van Everdingen ZorgConsult.
- Van Rooij, T., Mulder, N., Wits, E., Van der Poel, A., & Van de Mheen, D. (2007). *Screeningsinstrument verslaving en psychiatrie voor de maatschappelijke opvang*. Rotterdam: IVO.
- *Van Straaten, B., Van der Laan, J., Schrijvers, C., Boersma, S., Maas, M., Wolf, J., & Van de Mheen, D. (2014). Middelengebruik en psychische klachten van daklozen in de vier grote steden. *Verslaving*, 10(1), 19-36.
- *Veerbeek, M., Knispel, A., & Nuijen, J. (2015). *GGZ in Tabellen. 2013-2014*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Verplanke, L. & J.W. Duyvendak (2010). *Onder de mensen? Over het zelfstandig wonen van psychiatrische cliënten en mensen met een verstandelijke beperking*. Amsterdam: Amsterdam University Press.
- Wolf, J. (2006). *Handreiking OGGZ in de Wmo*. Den Haag: Ministerie van VWS en VNG.

Bijlage Afkortingen

ADHD	Attention Deficit Hyperactivity Disorder
ASP	Screenener Antisocial Gedrag
AWBZ	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
Bopz	Bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen
BVH	Basisvoorziening Handhaving
CBS	Centraal Bureau voor de Statistiek
CIBG	Centraal Informatiepunt Beroepen Gezondheidszorg
CIDI	Composite International Diagnostic Interview
CMH	Community Mental Health
DBC	Diagnose Behandel Combinatie
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
EPA	Ernstige psychische aandoening
FAST	Fast Alcohol Screening Test
GGD	Gemeentelijke Gezondheidsdienst
GGZ	Geestelijke Gezondheidszorg
HoNOS	Health of the Nation Outcomes Scales
IBS	Inbewaringstelling
LMIG	Landelijke Monitor Intramurale GGZ
LPGGz	Landelijke Platform GGZ
LVB	Licht Verstandelijke Beperking
MMSE	Mine-Mental State Examination
OGGZ	Openbare Geestelijke Gezondheidszorg
PriSnQuest	Prison Screening Questionnaire
RM	Rechterlijke machtnging
SAPAS	Standardized Assessment of Personality – Abbreviated Scale
SCIL	Screenener voor intelligentie en LVB
SPMI	Serious and Persistent Mental Illness
TK	Tweede Kamer

VenJ	Veiligheid en Justitie
VNG	Vereniging Nederlandse Gemeenten
VWS	Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Wlz	Wet langdurige zorg
Wmo	Wet maatschappelijke ondersteuning
WODC	Wetenschappelijk Onderzoek- en Documentatiecentrum
Wpg	Wet publieke gezondheid
WSW	Wet sociale werkvoorziening
WvGGZ	Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg
WWB	Wet werk en bijstand
WZD	Wet zorg en dwang
Zvw	Zorgverzekeringswet

III. Kafka: narratieven en stappenplannen



KAFKA BRIGADE

NARRATIEF: GEEN PLEK

©Kafkabrigade, december 2015

Het narratief in dit document is geschreven door de Kafkabrigade, vanuit het perspectief van Hans en Joke. Het verhaal is niet per definitie een complete en feitelijke weergave van de gang van zaken. Er kunnen geen conclusies over officiële standpunten van bestuursorganen aan worden ontleend. De namen in dit narratief zijn gefingeerd.



Meer informatie

Zit u verstrikt in het web van regels en procedures?
Of wilt u iets aan een 'kafkaïaanse' situatie doen?
Wij komen graag langs om te kijken of de
Kafkabrigade de boel kan ontwarren!

www.kafkabrigade.nl
info@kafkabrigade.nl

'Het begon met een trillende rechterhand. Om dat te verbergen ging ik vaak op die hand zitten, of ik stopte hem in mijn zak. Totdat mijn nichtje zei: ome Hans, wat trilt uw hand! Toen ben ik naar de dokter gegaan en kreeg ik de diagnose: parkinson. Dan stort je wereld in hoor.' Aan het woord is Hans (76). We spreken hem en zijn vrouw in hun woonplaats in de regio Rotterdam. Voor het raam naar de achtertuin kijkt hun golden retriever enthousiast naar de bezoekers binnen. **'Ik laat hem niet binnen hoor', zegt Joke: 'Je zit in een klap onder de haren.'**

In 2007 hoort Hans dat hij parkinson heeft. 'Maar achteraf was zijn karakter ook daarvoor al aan het veranderen', vertelt Joke: 'Als je hem niet kent, zie je het niet, want hij is heel welbespraakt, maar eigenlijk was hij al langer heel vreemd bezig. Er zijn een hoop explosies geweest, maar die heb ik bijna altijd binnenshuis kunnen oplossen. In het begin denk je nog: dit ga ik niet accepteren. Maar later liet ik het maar gewoon gaan. Dan ging ik even met de hond wandelen. Als ik dan terugkwam, was hij meestal wel weer rustig.'

Computerverslaving

Al voor 2007 kampt Hans met een computerverslaving. 'Ik deed stomme dingen op de computer, zat heel veel in van die chatrooms en op MSN. Ik was echt verslaafd daaraan en kon niet stoppen. En ik kon nergens tegen, ergerde me aan alles en iedereen.' Joke vult aan: 'In het begin had ik het niet echt in de gaten, het ging sluipenderwijs. Maar op een gegeven moment leefde hij helemaal in een andere wereld. Voor zijn gevoel was hij vrijgezel en op jacht. En hij was zo opvliegerig als wat.'

Als Joke in april 2007 ontdekt waar haar man mee bezig is online, confronteert ze hem ermee. 'Maar zodra hij ergens mee geconfronteerd werd, sloegen alle stoppen door. Hij ging dus helemaal uit zijn dak', vertelt ze: 'Hij schreeuwde en schold en maakte de hele boel kapot. Ik ben toen het huis uit gevlucht, samen met een van mijn zoons, die toen nog thuis woonde. We zijn naar de burens gegaan en hebben wat mensen gevraagd of ze hem wilden kalmeren.' Maar de vrienden die Joke inschakelde, zagen al snel dat ze haar man niet rustig zouden krijgen. 'Ze zeiden tegen me: kom op, je moet wel je eigen huis in kunnen. Toen hebben die vrienden de politie gebeld. Ik bel zelf nooit de politie, wil eigenlijk dit soort dingen altijd binnenshuis oplossen.'

De boel slopen

Als de politie komt, is Hans al naar buiten gevlucht. De agenten vinden hem gelukkig snel terug en nemen hem mee. Vervolgens zet de politie hem af bij een hotel in de buurt. 'Dat hadden ze nooit moeten doen. Ze dachten zeker dat hij daar een kamer zou reserveren...' zegt Joke vol ongeloof: 'Ze zijn niet eens mee naar binnen gelopen. Binnen een uur stond hij hier weer in de tuin, de boel te slopen.' Uiteindelijk dreigt Joke tegen haar man dat ze weer de politie zal bellen. 'Dat vond hij niet zo leuk. Hij zal gedacht hebben dat de politie hem de volgende keer wel zou vastzetten. Uiteindelijk ging hij weg, maar toen ging hij ons de hele

tijd bellen.' Hans vult aan: 'Je wilt niet weten wat ik dan allemaal zei. Vreselijk.' Als Hans terug naar huis wil komen, stelt zijn vrouw een paar eisen. Ze sluit het internet af en wil dat hij zijn verslaving aanpakt: 'Ik heb zelf contact opgenomen met het RIAGG en het verhaal uitgelegd.'

Er wordt kennis gemaakt met een medewerker van het RIAGG, die één keer in de paar weken over de vloer komt. In het begin heeft deze medewerker een goede invloed op Hans. Een jaar of zeven later is diezelfde RIAGG-medewerker uiteindelijk een soort huisvriend geworden. 'Toen hadden we eigenlijk niets meer aan die gesprekken', vertelt Joke: 'Mijn man wond die medewerker van het RIAGG net zo om zijn vinger als iedereen. Je weet bij hem nooit of iets waar is of niet, hij is zo overtuigend dat iedereen hem gelooft. Zelfs ik vertrouwde hem op een gegeven moment voor geen stuiver meer.' Hans vult aan: 'Ik heb vroeger op toneel gezeten. Dat heb ik altijd goed gebruikt.'

Explosie

In het voorjaar van 2014 gaat het weer mis. 'Hij deed net of hij weer een jonge vent was, gedroeg zich alsof-ie twintig, dertig was. Ik liep daarbij alleen maar in de weg', vertelt Joke: 'En ik probeerde hem natuurlijk af te remmen. Hij kon voor zijn gevoel de hele wereld aan.' 'Ja, zo voelde dat inderdaad', vult Hans aan: 'Ik had een soort psychose, ik was helemaal wild.' Joke gaat daarom zelfs voor een aantal dagen het huis uit: ze trekt tijdelijk in bij familie. Intussen probeert zij contact te krijgen met de hun vertrouwde medewerker van het RIAGG. De RIAGG-medewerker blijkt op dat moment een aantal dagen op vakantie. Omdat juist deze medewerker Hans en Joke heel goed kent, besluit Joke te wachten tot de RIAGG-medewerker terug is van vakantie. Het gesprek dat uiteindelijk volgt, loopt voor Joke uit op een grote teleurstelling: 'De RIAGG-medewerker luisterde alleen maar naar mijn man en deed niets voor mij. Ik voelde me dan ook enorm in de steek gelaten.' Uiteindelijk komt Joke op verzoek van haar man alsnog weer thuis wonen.

Nog geen twee weken later raakt Hans opnieuw helemaal in de war. Als Hans en Joke in bed liggen, explodeert hij vanuit het niets en begint hij haar te bedreigen. 'Dat ging heel ver. Ik heb mezelf toen opgesloten op zolder en de kamerdeur op slot gedaan', vertelt Joke: 'Stond hij daarachter te schreeuwen en te bonken. Toen heb ik mijn zoon gebeld en vrienden van ons. Die zijn hiernaartoe gekomen en hebben toen bijna meteen de politie gebeld. Mijn man liep tegen die tijd alleen maar te schreeuwen: bel maar op! Laat me maar opsluiten!' Hans besluit uiteindelijk zelf om in zijn auto te wachten tot de politie komt, omdat hij ook merkt dat hij niet meer voor zichzelf in kan staan.

Hans is erg te spreken over de agenten die hem toen hebben opgehaald. 'Zij hebben me op een gegeven moment wel rustig gekregen. Toen ben ik met ze meegegaan.' De twee agenten proberen vervolgens samen met de chef van dienst van het politiebureau een GGZ-instelling te vinden waar Hans tijdelijk kan blijven. Dat valt nog niet mee: alle instellingen in de omgeving zeggen dat ze geen plek hebben. Uiteindelijk rijden de agenten naar een instelling toe, waar ze

ter plekke onderhandelen. Al met al zit Hans twee uur te wachten in de politieauto. 'Die agenten werden tussendoor ook opgeroepen door de centrale, maar ze zeiden dat ze wilden wachten tot ik een plaats had gekregen. Bij die instelling hebben ze zelfs in de wachtkamer met me gewacht. Dat was echt heel netjes.' Ook Joke is erg over de agenten te spreken: 'Mijn gehandicapte zoon was op dat moment een weekend thuis. Die agent die binnen was, ging ook met mijn zoon praten, dat was heel leuk. Hij stelde 'm echt op z'n gemak.'

Opname

Uiteindelijk krijgt Hans een noodplaats bij de GGZ-instelling waar de agenten hem naartoe hebben gebracht. 'Daar heb ik een paar dagen gezeten. Dat was verschrikkelijk. Er kwam bijvoorbeeld constant een andere cliënt naar me toe die me vroeg of ik buschauffeur was. Ik werd gewoon lastiggevallen daar. Ik dacht: hier word ik nog gekker, hier moet ik vandaan. Toen heb ik met mijn arts gesproken en gezegd dat ik weigerde nog langer te blijven. Ik had toen geen psychose meer, maar beter was ik ook niet.'

Tot haar verbazing krijgt Joke een paar dagen na het incident dus een telefoontje van haar man, waarin hij vertelt dat hij naar huis mag. 'Daar was ik echt niet blij mee. Hij had natuurlijk gepraat als brugman, maar hij was helemaal niet beter! De arts zei toen wel tegen me: als u een ander verhaal kunt vertellen, kunnen we de beslissing heroverwegen. Ik had natuurlijk een ander verhaal, maar toen ik bij de GGZ aankwam, kwam mijn man me al tegemoet lopen. Ik heb toen nog wel even bij de bureau-arts gezeten, maar er werd niet naar mij geluisterd', zegt Joke: 'En mijn man zei natuurlijk tegen me: niets zeggen hoor, ik heb enorm moeten praten om naar huis te mogen...'

Toen ze een week later bij de GGZ op het spreekuur kwamen, begreep de geriater al snel dat ze Hans te snel los hadden gelaten. Hans was vóór zijn opname ook nog niet bekend bij de GGZ-instelling. 'Daardoor kregen ze bij de GGZ pas later inzicht in mijn dossier van het RIAGG', legt Hans uit: 'Toen beseften ze pas dat het al langer niet zo lekker zat.'

Verkeerde medicijnen

Vanaf de opname in de GGZ-instelling komt Hans 'in het circuit', zoals hij dat zelf noemt. Hij heeft gesprekken met een psychiater en met een neuroloog. De neuroloog ontdekt dat de explosies waarschijnlijk zijn veroorzaakt doordat Hans slecht tegen een van de medicijnen kan die hij slikt. 'Toen moest ik onmiddellijk stoppen met bijna alle medicijnen die ik slikte. Sindsdien ga ik lichamelijk harder achteruit, omdat ik eigenlijk niet genoeg medicijnen krijg. Maar als je moet kiezen, ben je toch liever geestelijk in orde. Sinds ik gestopt ben, voel ik me geestelijk veel rustiger. Die medicijnen slikte ik al vanaf mijn parkinson-diagnose. Het is een wonder dat het niet eerder uit de hand is gelopen.'

Joke nuanceert dat: 'Nou ja, er zijn daarvoor natuurlijk ook een hoop explosies geweest. Maar die hebben we in huis gekalmeerd. En hij maakte veel ruzie, met de burens bijvoorbeeld. Het RIAGG kwam hier niet voor niets al over de vloer. Het waren zware jaren.' Omdat Hans vanaf het moment van de opname onder behandeling kwam van de GGZ, is de behandeling bij het RIAGG gestopt. Hans had hierin zelf de keuze: aangezien het vertrouwen in het RIAGG er niet meer was na de laatste gesprekken, koos hij voor de GGZ.

De psychiater van de GGZ schrijft Hans antidepressiva voor en Hans start eind 2014 met modules om van de verslaving af te komen. 'Die modules moesten via de computer. Dat was natuurlijk niet handig, want wij hadden hier alles afgesloten, zodat hij niet meer kon internetten', zegt Joke: 'Uiteindelijk deed hij die modules dus alleen als ik ook thuis was.'

Dagbesteding

Hans gaat vanaf september 2014 twee dagen per week naar de dagbesteding van een zorgcentrum. Daar krijgt hij fysio- en ergotherapie, en hij heeft er gesprekken met een psycholoog en maatschappelijk werker. Ter plekke wordt gekeken welke hulp nodig is. 'Het is briljant. Ik dacht in het begin: dat is de guillotine, dat is niks. Maar ik heb het er heel erg naar mijn zin', vertelt Hans: 'Er is een speciale parkinsongroep, dat schept een band. En ik zit ook bij het parkinsonkoor. Bovendien heb ik bij het zorgcentrum een psycholoog die dwars door me heen prikt.'

Over zijn persoonlijk begeleider in het zorgcentrum is Hans erg te spreken. 'Zij is fantastisch, ze houdt alles in de gaten, controleert of de behandelingen goed gaan.' Joke heeft eigenlijk geen contact met de persoonlijk begeleider: 'Als er hier wat zou gebeuren, moet ik haar bellen. Dat heb ik ook weleens gedaan, toen hij hier met ruzie wegging op een ochtend. Ik dacht toen dat het weer mis zou gaan. Ze hebben vervolgens ook met hem gepraat, waarna hij weer rustig thuis is gekomen.'

Ook voor Joke is de dagbesteding een uitkomst: 'Als die dagbesteding er niet was, zaten we hier niet meer met zijn tweeën. Ons huwelijk is natuurlijk al jaren geen echt huwelijk meer: je bent alleen maar aan het zorgen, we hebben nu een heel andere verhouding. Hij heeft naast de parkinson ook al jaren suikerziekte en COPD. Sinds een paar weken spuit ik ook zijn insuline, dat kan hij zelf niet meer vanwege de tremoren.' Bij het zorgcentrum overwogen ze nu om een indicatie aan te vragen voor Hans waarmee hij drie dagen naar de dagbesteding kan. Joke: 'Door die dagbesteding heb ik een paar dagen vrij. Dan kan ik dingen voor mezelf doen en even op adem komen.'

	Hans	Joke	Buren/vrienden	Ziekenhuis	RIAGG	Politie	GGZ-instelling	Zorgcentrum	PAAZ	Andere organisaties
1979	Hans is gescheiden en mag zijn kinderen niet meer zien									
1979	Hans wordt agressief tegen een collega die iets verkeerd zegt over de scheiding								Hans wordt opgenomen op de PAAZ. Zijn psychiater helpt hem er weer goed bovenop	
1988		Hans en Joke gaan samenwonen								
2006	Hans is verslaafd aan chatten op de computer									
oktober 2007		Joke ontdekt waar haar man mee bezig is online. Ze confronteert hem ermee								
	De stoppen slaan door. Hans maakt dingen kapot, schreeuwt en scheldt	Joke vlucht met haar zoon het huis uit naar de buren								
			De buren bellen de politie							
	Hans vlucht naar buiten					De agenten vinden Hans terug en brengen hem naar een hotel in de buurt				
	Na een uur staat Hans weer in zijn tuin, dingen te slopen	Joke dreigt de politie te bellen								
	Hans vertrekt. Hij begint zijn vrouw te bellen	Joke krijgt via de telefoon vreselijke verwensingen te horen van haar man								
		Joke eist dat Hans zijn verslaving aanpakt en sluit het internet af								
	Hans komt weer naar huis									
		Joke neemt contact op met het RIAGG voor ondersteuning								
oktober 2007-2014						Om de paar weken komt een RIAGG-medewerker langs bij Hans en Joke thuis				
Voorjaar 2014						De RIAGG-medewerker is een soort huisvriend geworden, wat de gesprekken minder effectief maakt				
Begin mei 2014	Hans heeft een soort psychose en is heel druk									
6 mei 2014			De buren bellen de politie omdat Hans loopt te schreeuwen							
± 11 mei 2014		Joke gaat tijdelijk elders logeren. Zij neemt contact op met RIAGG-medewerker, die blijkt op vakantie								
± 17 mei 2014						De RIAGG-medewerker spreekt met Joke en Hans. Het gesprek loopt voor Joke uit op een grote teleurstelling				
		Joke gaat weer thuis wonen								
28 mei 2014					Hans' neuroloog verwijst hem door naar de GGZ vanwege zijn psyche					
30 mei 2014 00.10u	Hans explodeert 's nachts vanuit het niets en bedreigt zijn vrouw	Joke sluit zich op op zolder en belt haar zoon en vrienden uit de buurt								
00.50u			De zoon en buren komen en bellen de politie							
00.50u	Hans is over de rooie. Hij gaat in zijn auto zitten					Twee agenten nemen Hans mee naar de politiebuis				
±01.10u	De agenten brengen Hans tot rust									
01.10u						De agenten overleggen met de chef van dienst en zoeken naar een GGZ-instelling die Hans kan beoordelen				
01.35u						De chef van dienst doet ook pogingen een GGZ-instelling te vinden voor Hans				
02.30u						Er is nog geen instelling bereid gevonden				
02.40u						De agenten rijden op de gok met Hans naar een GGZ-instelling. Zij onderhandelen ter plekke				
	Hans kan na aandringen van de agenten blijven bij de GGZ-instelling									
									Hans blijft 3 dagen op een tijdelijke plek op de afdeling high care	

	Hans	Joke	Buren/vrienden	Ziekenhuis	RIAGG	Politie	GGZ-instelling	Zorgcentrum	PAAZ	Andere organisaties
							Hans blijft 3 dagen op een tijdelijke plek op de afdeling high care			
2 juni 2014							Hans verhuist naar de afdeling ouderen			
	Hans voelt zich niet op zijn gemak. Hij eist bij de arts dat hij wordt ontslagen uit de instelling						De arts van dienst heeft geen mogelijkheid om Hans langer vast te houden			
		Joke krijgt een telefoontje van Hans dat hij wordt ontslagen. Zij is hier niet bij mee en heeft het gevoel dat haar mening niet gehoord wordt								
							De arts vertelt Joke dat als zij een ander verhaal kan vertellen, het ontslag heroverwogen kan worden			
3 juni 2014		Als Joke aankomt bij de GGZ-instelling, komt Hans haar al tegemoet lopen. Joke is ontzet								
	Hans smeekt Joke om niets belastends te zeggen over hem tegen de GGZ-arts						Joke spreekt nog kort met de arts van dienst over het ontslag van haar man			
		Joke neemt Hans mee naar huis								
26 juni 2014							Joke en Hans hebben een eerste gesprek voor poliklinische behandeling bij de psychiater. Er wordt een behandelplan opgesteld			
				De neuroloog stelt Hans' medicatie opnieuw in. Een van de medicijnen wordt per direct gestopt, omdat Hans daar psychoses van krijgt						
september 2014								Hans begint met 1 en daarna 2 dagen dagbesteding. Hij zit in de parkinsongroep en krijgt daar zorg van fysio, psycholoog en maatschappelijk werk		
23 oktober 2014	Hans begint thuis met computermodules tegen 'impulsdoorbraken'. Hij krijgt hierbij ondersteuning van een verpleegkundige van de GGZ-instelling									
				Hans heeft meer lichamelijke klachten, maar voelt zich met zijn nieuwe medicijnen geestelijk wel beter						
maart 2015	Hans rondt de computermodules af									
december 2015							Hans' behandeling bij de GGZ-instelling wordt beëindigd			



KAFKA BRIGADE

NARRATIEF: LEVEN MET PSYCHOSES

©Kafkabrigade, november 2015

Het narratief in dit document is geschreven door de Kafkabrigade, vanuit het perspectief van Justin. Het verhaal is niet per definitie een complete en feitelijke weergave van de gang van zaken. Het narratief is bedoeld voor discussiedoeleinden. Er kunnen geen conclusies over officiële standpunten van bestuursorganen aan worden ontleend. De namen in dit narratief zijn gefingeerd.



Meer informatie

Zit u verstrikt in het web van regels en procedures?
Of wilt u iets aan een 'kafkaïaanse' situatie doen?
Wij komen graag langs om te kijken of de
Kafkabrigade de boel kan ontwarren!

www.kafkabrigade.nl
info@kafkabrigade.nl

'Als je psychiatrische klachten hebt moet je goed georganiseerd zijn. Je moet rondkomen van weinig geld. En je moet jezelf kunnen vermaken, een dagbesteding voor jezelf bedenken. Kun je dat niet, dan wordt het een lastig verhaal.' Aan het woord is Justin. We spreken hem in zijn studio in zijn woonplaats, een grote stad. In zijn kasten staat een indrukwekkende collectie spellen, een van Justins hobby's. Vijftien jaar geleden kreeg Justin voor het eerst een psychose.

Justin groeit op in een plaatsje midden in de biblebelt, waar hij er als niet-gelovige voor zijn gevoel nooit echt bij hoort. Als kind bedenkt Justin stiekem dat hij ooit zelf een religie wil beginnen. Justin doet het goed op de basisschool. Hij haalt de maximale score op de cito-eindtoets in groep 8. Die tendens zet zich voort op het vwo. 'Ik heb er wel al mijn hele leven last van dat mijn energieniveau erg kan fluctueren. De ene periode stond ik er slecht voor, maar de volgende periode was ik veel ambitieuzer en heel actief. Dan was ik opeens weer de beste van de klas.' Vlak voor zijn eindexamen krijgt Justins vader een burn-out, waar zijn vader nooit meer volledig van herstelt. In 1997 gaat Justin wel op kamers, waar hij aan de HTS gaat studeren. Dat blijkt niet de beste studiekeus voor Justin. Na een jaar stopt hij ermee en begint met Geschiedenis aan de universiteit. Dat bevalt veel beter. Justin wordt lid van de eerstejaarsraad en in het tweede jaar gaat hij in het bestuur van de studievereniging. 'Ik had het gevoel dat mijn leven ging beginnen. Die activiteiten wilde ik op mijn cv zetten zodat ik meteen een goede start zou maken.'

Maar het loopt niet zoals Justin hoopt. In de zomer van 1999 werkt Justin veel en gaat hij op vakantie naar New York. 'Daar kwam ik erg vermoeid van terug en meteen na de vakantie startte het studiejaar weer. In het tweede jaar had ik erg weinig contacturen. In het najaar ging ik nog een keer op vakantie met de studievereniging, naar Madrid. Aan het eind van het jaar was ik erg moe en sliep ik slecht. Bovendien was ik gestrest, vanwege het studeren en vanwege een verliefdheid die nergens op uitliep. Het ging steeds slechter met me', vertelt Justin: 'Bovendien werd ik steeds drukker en raakte ik in conflict met allemaal mensen. Tijdens de borrels van de studievereniging dronk ik veel. Op een gegeven moment werd ik op non-actief gesteld door de studievereniging, daar werd ik heel boos over. Ik had juist allemaal ideeën over hoe het beter kon en wat anders moest.'

Terug naar Limburg

In januari 2000 gaat Justin een weekend terug naar zijn ouders, net zoals hij ieder weekend doet. Justins ouders wonen inmiddels in Limburg. 'Tegen die tijd sliep ik nauwelijks meer. Ik was niet meer te houden. Mijn ouders stuurden me naar de huisarts, die een psychiater heeft gebeld. Ik was zo druk dat ik niet eens meer stil kon staan.' Uiteindelijk werd er een ambulance geregeld die Justin naar een ziekenhuis in de buurt bracht. Daar wordt hij gedwongen opgenomen op de PAAZ, de psychiatrische afdeling. 'Daar sliep ik de eerste nachten in de separeercel. Dat was natuurlijk niet leuk. Uiteindelijk ben ik twee maanden op de PAAZ gebleven. Eerst kreeg ik zware antipsychotica om me rustig te krijgen. Tegelijkertijd werd er een ander medicijn ingesteld, Lithium, een standaard

stemmingsstabilisator. Tijdens mijn verblijf kreeg ik geen gesprekstherapie, wel kreeg ik bewegingstherapie: sporten en wandelen. En later kreeg ik ook muziektherapie.'

Omdat de opname gedwongen is, vindt in het ziekenhuis zelf een rechtszaak plaats. 'Ik kreeg een advocaat toegewezen, maar ik heb mijn eigen verdediging gevoerd', vertelt Justin: 'De psychiater zegt dan dat het nodig is om opgenomen te blijven, terwijl ik beweerde dat ik niet ziek was... Toen de rechtszaak plaatsvond, was ik door de eerste medicatie al wel wat rustiger geworden. Uiteindelijk besliste de rechter dat ik in het ziekenhuis moest blijven.' In april verhuist Justin naar zijn ouders, nadat hij daar al een proefweekend heeft doorgebracht. Justin heeft dan inmiddels de diagnose manisch-depressief gekregen.

Weer studeren

Justin start in september 2000 weer met zijn studie. Hij bedenkt in diezelfde periode ook een soort van religie: een combinatie van de wereldgodsdiensten en een uitleg van wat New Age volgens hem inhoudt. Ondanks de medicijnen die Justin inmiddels gebruikt, raakt hij weer in een psychose/manie. De oorzaak lijkt een combinatie van slaapttekort vanwege een studietrip naar Tunesië en studiestress. 'Tijdens een manie denk je groter, je denkt dat je veel meer aankan. Maar tegelijkertijd denk je ook sneller en ben je ook echt creatiever', legt Justin uit: 'Ik wilde mensen mobiliseren, ik voelde me een soort nieuwe messias. Ik ben dus al vanaf mijn jeugd aan het nadenken over een nieuwe religie, maar ik heb dat lang voor me gehouden. Zeker in Nederland wordt zoiets niet gewaardeerd. Mijn psychiater heb ik het wel verteld, maar die begreep het niet en gaf me toen meteen een nieuwe diagnose.'

Justins diagnose wordt bijgesteld van manisch-depressief naar schizo-affectief. Hoewel de diagnoses dicht bij elkaar in de buurt liggen, ligt de nadruk bij schizo-affectiviteit meer op psychoses en waanbeelden. Justin is het overigens niet eens met de tweede diagnose. In november 2000 wordt Justin nogmaals opgenomen op dezelfde PAAZ in Limburg. Dit keer is er geen rechtszaak, Justin werkt vrijwillig mee. De opname duurt weer ongeveer twee maanden. Justin krijgt naast Lithium nog een nieuw middel voorgeschreven: Zyprexa, een antipsychoticum.

Reïntegratie en bijstand

Na deze tweede opname besluit Justin een jaar te stoppen met zijn studie Geschiedenis. Uiteindelijk pakt hij het studeren niet meer op. Het eerste jaar na zijn opnames doet hij niet veel. Van 2001 tot 2006 krijgt Justin een 50% Wajong-uitkering van het UWV. Dat wordt door de gemeente aangevuld tot bijstandsniveau. Maar tijdens zijn keuring in 2005 wordt Justin goedgekeurd. 'De keuringsarts vroeg: kun je boeken lezen? Dat kan ik wel en doe ik graag. Ik heb haar wel verteld dat ik op moet letten dat ik rustig aan doe en geen stress heb. Toen heeft ze me toch goedgekeurd. Dat vond ik wel een beetje raar, maar ja.'

In de praktijk maakt het niet zoveel uit voor Justin: hij ontvangt sindsdien een

bijstandsuitkering van de gemeente. Toen Justin nog een Wajong-uitkering ontving, was het UWV verantwoordelijk voor reïntegratie, vanaf dat Justin alleen nog bijstand ontvangt, is de gemeente verantwoordelijk. Hij heeft vanaf 2006 daarom af en toe gesprekken met de Dienst Werk en Inkomen (DWI) van zijn gemeente. 'In die jaren heb ik met drie verschillende reïntegratiebureaus contact gehad. Zij begeleidden mij naar vrijwilligerswerk, als eerste opstap richting werk.' Zo gaat Justin aan de slag bij een stichting, waar hij voorlichting geeft over zijn ziekte, bijvoorbeeld op scholen. Ook werkt Justin een paar jaar op een gymnasium in zijn woonplaats, waar hij assisteert bij de handvaardigheidslessen.

Stabiel, maar niet echt vooruit

Tussen 2001 en 2010 is Justins psychische situatie stabiel. 'In 2010 werd ik wel steeds angstiger, ik werd bang dat ik iets fout zou doen met mijn medicijnen. Mijn leven ging er ook niet echt op vooruit, ik werd een beetje depressief', vertelt Justin: 'Door mijn medicatie had ik vooral 's ochtends weinig energie en ik werd er ook dik van. Bovendien sliep ik regelmatig slecht. Uiteindelijk heb ik me in 2010 een maand vrijwillig laten opnemen in het UMC.'

Justin krijgt een ander medicijn voorgeschreven - Seroquel in plaats van Zyprexa - en langzaam verdwijnen zijn angsten weer. Als Justin na de opname weer thuis woont in zijn studio, wordt hij vrijwilliger bij een zalencentrum. 'Daar heb ik drie jaar gewerkt. Ik deed receptie- en horecawerk en zette zalen klaar. Ik heb daar ook nog een spellenmiddag georganiseerd, ik was een van de weinige mensen die daar iets mochten organiseren', zegt Justin: 'Achteraf gezien werd ik die drie jaar steeds bozer en bozer, het bouwde langzaam op. Ik was verliefd op een oud-collega van het gymnasium en via een vriendin van me probeerde ik een date te regelen. Ik bestookte die vriendin met mailtjes. Uiteindelijk ging dat een beetje te ver. Die vriendin heeft toen aangifte tegen me gedaan.'

'Daarnaast werd op een gegeven moment mijn vrijwilligersbijdrage bij het zalencentrum geschrapt. Daar was ik erg boos over. Bovendien had ik op de maandelijkse vergadering een grote mond. Sommige mensen wilden niet meer met me samenwerken. Uiteindelijk ben ik daar ontslagen.' Later hoorde Justin van mensen in zijn omgeving dat ze hem geen prettig gezelschap vonden, dat hij zich irritant gedroeg. 'Terwijl ik me juist goed voelde. Ik wilde er wat van maken, ik had weer meer energie.'

In dezelfde periode loopt Justin een medicijnvergiftiging op. Zijn arts heeft later ook erkend dat ze Justin te laat naar de nierarts heeft doorgestuurd, vertelt Justin. 'Ik slikte al dertien jaar Lithium en dat heeft mijn nieren aangetast. Na de vergiftiging moest ik overstappen op een nieuw medicijn, maar dat wilde ik niet. Ook voelde ik me heel erg buitengesloten in die tijd. Ik stuurde veel mailtjes, over mijn ontslag, en ook naar de politie, vanwege de stalkingsbeschuldiging.' Justins arts vraagt in het najaar van 2013 een rechterlijke machtiging aan, zodat Justin gedwongen kan worden opgenomen.

Gedwongen opname

In november 2013 wordt hij opgenomen in het UMC. Tijdens zijn verblijf daar loopt Justin een paar keer weg, om zijn broertje in Den Haag te bezoeken bijvoorbeeld. 'Dat was wel spannend, want door die rechterlijke machtiging kon de politie me ieder moment oppakken.' Justin sliep in die tijd gewoon thuis. 'Stonden ze opeens met vier agenten voor de deur hier, werd ik met handboeien om teruggebracht naar het UMC. Terwijl ik niet echt in de war was toen. Ik was echt niet van plan die vriendin van me wat aan te doen.'

Vanuit het UMC verhuist Justin later naar een psychiatrische instelling. 'Mijn UMC-arts had gehoord dat ik mijn medicatie wilde afbouwen, die heeft toen een dwangbehandeling aangevraagd. Uiteindelijk kreeg ik medicijnen in depotvorm, injecties. Ik kreeg eerst Haldol, een klassiek antipsychoticum waar ik helemaal niet goed van werd, ik ging er raar van bewegen.' Uiteindelijk kan Justin overstappen op een ander middel, Abilify, waar hij beter op reageert. Na zeven maanden gaat hij weer thuis wonen.

Veroordeling

Door de rechter wordt Justin veroordeeld wegens stalking van de vriendin die hij steeds berichten stuurde. 'Ik moest een boete betalen van rond 700 euro. Bovendien had die vriendin een psycholoog bezocht en haar eigen risico daarvoor gebruikt, dat moest ik ook vergoeden.' Ook krijgt Justin een bouwverbod opgelegd: hij mag twee jaar niet in de buurt van het gymnasium komen. Justin leeft van een bijstandsuitkering, dus die boete hakt erin.

Inmiddels is Justin ongeveer anderhalf jaar stabiel, hoewel hij zich weleens depressief voelt. Via het buurtteam heeft hij wat activiteiten gevonden. Zo werkt Justin in de bediening van een lunchroom bij een zorgboerderij en doet hij donderdags mee met een kookclub. Het nadeel van deze activiteiten vindt Justin dat je altijd tussen de mensen zit die wat hebben: een psychische ziekte, verstandelijke beperking of alcoholproblemen. 'Ik zou ook graag meer met normale mensen omgaan en wat meer intellectueel werk doen.' Justin heeft niet zo'n groot netwerk meer, mede vanwege het stalkingsincident. 'Met mijn sociaal-psychiatrisch verpleegkundige heb ik besproken dat ik wat vrienden van vroeger misschien een bericht kan sturen om het een beetje goed te maken. Dan kan ik laten zien dat ik inmiddels rustiger ben.'

Eigen bijdrages

'Laatst kreeg ik een brief van het CAK, dat ik moest betalen voor het werk bij de zorgboerderij. Daar schrok ik wel van, niemand had me dat verteld', zegt Justin. Om bij de zorgboerderij te blijven, moet Justin een indicatie hebben van de gemeente. De aanvraag van die indicatie loopt via het buurtteam. 'Maar gisteren had ik een gesprek bij de gemeente met iemand van Werk en Inkomen, en die vrouw wist niks van die indicatie en de zorgboerderij.' Justin kreeg wel een brief van de gemeente, over dat hij mogelijk 200 euro van de zorgkosten over dit jaar terug kon krijgen via de gemeente. 'Dat vind ik allemaal best onduidelijk. Ik weet ook nooit wat voor gegevens ik nou moet opgeven bij de gemeente en wat niet. Bij de zorgboerderij krijg ik een vergoeding van 1 euro per dagdeel, moet ik dat

ook opgeven? Ik ben wel bang dat ik straks van alles moet terugbetalen, omdat ik iets verkeerd gedaan heb.'

Justin zou graag werken, maar werk vinden blijft moeilijk. 'Ik zou graag receptiewerk doen, of iets met mijn ideeën. Maar om iets intellectueels te doen, zou ik een opleiding of cursus moeten doen, en dat kan niet via de gemeente of DUO.'

Perspectief

Iemand van een hulporganisatie die mensen met afstand tot de arbeidsmarkt ondersteunt, helpt Justin nu met solliciteren. 'Ze geeft feedback op sollicitatiebrieven en zo. Maar het is toch lastig om iets te vinden, want er is weinig begrip en kennis over psychiatrie. En postbezorger kan ik ook niet worden, want ik moet vanwege mijn nieren vaak naar de wc. Het lijkt me leuk om workshops te geven over elektronische muziek. Ik heb daarover weleens flyers verspreid bij het gymnasium. Maar toen werd ik weggestuurd door de conrector, die dacht dat ik die vriendin van me kwam lastigvallen.'

Justin vind het jammer dat hij weinig perspectief ziet voor zichzelf, onder meer wat betreft werk. 'Ik krijg wel te horen dat ik prettiger overkom de laatste tijd. Ik heb ook teveel onzin veroorzaakt de afgelopen jaren', beschrijft Justin: 'Maar gelukkig heb ik nooit ernstige problemen gehad met financiën en drugs ofzo. In de tijd dat ik hyper was kocht ik wel meer spullen, spellen bijvoorbeeld. Een deel heb ik wel weer verkocht, maar ik beleef er ook plezier aan. Gisteren heb ik hier nog *Ticket to Ride* gespeeld met mijn ouders.'

Vooraf dat hij sinds zijn psychiatrische problemen een kleiner netwerk heeft, stoort Justin. 'Zelfs van mijn ouders heb ik eigenlijk weinig steun gehad. Mijn vader zit dus al jaren met een burn-out thuis, die hebben hun eigen problemen', vertelt Justin. 'Ik zit veel alleen thuis. En ik verveel me ook erg. Maar ja, bij de kookclub zitten ook mensen die op straat leven. Het kan altijd nog erger, denk ik dan maar.'

	Justin*	Ouders	Huisarts	PAAZ ziekenhuis Limburg	GGZ-instelling	UMC	Gemeente	Maatschappelijk werk	Openbaar ministerie (OM)/Politie	Andere organisaties
September 1997	Justin begint met studeren: HTS									
September 1998	Justin stopt met de HTS en start een nieuwe studie: Geschiedenis									
1998	Justin wordt lid van de eerstejaarsraad									
Augustus 1999	Justin werkt veel en maakt daarna een studietrip naar New York									
	Justin gaat in het bestuur van de studievereniging en doet veel activiteiten bij de vereniging									
Oktober/november 1999	Justin maakt een studietrip naar Madrid. Hij wordt steeds vermoeider									
Januari 2000	Justin raakt in conflict met mensen en wordt op non-actief gezet bij de studievereniging									
Februari 2000		Justin gaat naar zijn ouders in Limburg. Hij is zo druk dat hij niet meer kan stilstaan	Justins ouders sturen hem naar de huisarts	De huisarts neemt contact op met de psychiater De psychiater belt de ambulance en laat Justin gedwongen opnemen op de psychiatrische afdeling (PAAZ) Justin zit twee dagen in de isoleer cel						
									Op de PAAZ is de rechtszaak i.v.m. Justins gedwongen opname. Hij moet blijven.	
Februari-april 2000				Tijdens de opname worden Justins medicijnen ingesteld en krijgt hij bewegingstherapie. Hij krijgt de diagnose manisch-depressief						
April 2000		Justin gaat weer bij zijn ouders wonen. Hij slikt medicijnen (lithium)								
September 2000	Justin hervat zijn studie Geschiedenis									
	Justin maakt een studietrip naar Tunesië en keert erg vermoeid terug									
	Justin heeft studiestress en slaapproblemen									
					Justin vertelt zijn psychiater dat hij een nieuwe godsdienst wil starten. Hij gelooft dat hij de nieuwe messias is en wil studenten mobiliseren. Justins diagnose wordt bijgesteld: van manisch-depressief naar schizoaffectief					
November 2000				Justin wordt nogmaals opgenomen. Hij werkt vrijwillig mee						
Voorjaar 2001	Justin keert terug naar huis. Hij besluit een jaar te stoppen met studeren									
September 2001										Justin ontvangt van het UWV een 50% Wajong-uitkering
Januari 2002							De Wajong-uitkering wordt aangevuld tot bijsstandsniveau (± 915 euro)			
Eind 2005							Justin ontvangt een bijsstandsuitkering van de gemeente			Justin wordt door de UWV-keuringsarts goedgekeurd
Vanaf 2006							Justin spreekt met DWV-reintegratieteams over beginnen met werken			Justin doet allerlei vrijwilligerswerk: hij geeft gastlessen op middelbare scholen en werkt op kantoor bij een jongerenafdeling van een politieke partij.
	Justin wordt steeds angstiger en is depressief									Justin werkt als assistent bij de handvaardigheidslessen op het Stedelijk Gymnasium

	Thuis	Ouders	Huisarts	PAAZ ziekenhuis Limburg	GGZ-instelling	UMC	Gemeente	Maatschappelijk werk	Openbaar ministerie (OM)/Politie	Andere organisaties
	Justin wordt steeds angstiger en is depressief									Justin werkt als assistent bij de handvaardigheidslessen op het Stedelijk Gymnasium
April 2010						Justin laat zich vrijwillig opnemen op de psychiatrische afdeling van het UMC				
Zomer 2010	Justin verhuist weer naar huis									Justin start als vrijwilliger bij een zalen centrum
Eind 2012	Justin krijgt 3000 euro terug van de Belastingdienst. Dat investeert hij in muziekinstrumenten. Later moet hij alsnog 800 euro terugbetalen									
Begin 2013	Justin bestookt een vriendin met mailjes, omdat hij wil dat ze een date voor hem regelt met een oud-collega									Justins vrijwilligersbijdrage van ± 60 euro bij het zalen centrum wordt geschrapt
	Justin zit financieel krap									Justin maakt ruzie met zijn baas bij het zalen centrum en wordt ontslagen
Voorjaar 2013										
Voorjaar 2013	Justin loopt een medicijnvergiftiging op door zijn lithiumgebruik					Justin neemt het zijn psychiater kwalijk dat zijn lithiumwaarden niet genoeg gecheckt zijn. Hij vraagt om een andere psychiater				
Juni 2013										Een vriendin van Justin doet aangifte tegen hem i.v.m. stalking
Najaar 2013						Justins en wil geen andere medicijnen nemen. Zijn psychiater vraagt een rechterlijke machtiging aan om hem gedwongen te kunnen opnemen				De rechterlijke machtiging wordt toegekend
						Justin wordt gedwongen opgenomen in het UMC				
Voorjaar 2014	Justin loopt een paar keer weg van het UMC									De politie brengt Justin weer terug naar het UMC
										Justin wordt veroordeeld voor stalking. Hij moet een boete en schadevergoeding betalen en krijgt een bouwverbod
Mei 2014										Justin wordt overgeplaatst naar een GGZ-instelling
Juni 2014	Justin keert terug naar huis									
2014							Het buurtteam en maatschappelijk werk helpen Justin met het zoeken naar nieuw (vrijwilligers)werk			
	Justin solliciteert voor verschillende banen. Maatschappelijk werk helpt hem o.a. met sollicitatiebrieven schrijven									
Oktober 2015							Justin informeert bij DWI of hij een opleiding kan doen. Dat kan niet			Justin informeert bij DUO of hij een opleiding kan doen. Dat kan alleen als hij zelf het collegegeld betaalt (± 2.700 euro per jaar)
2015	Justin krijgt een brief van het CAK, dat hij een bijdrage moet betalen voor zijn vrijwilligerswerk op de zorgboerderij									
							Het buurtteam vraagt voor Justin een indicatie aan, zodat hij bij de zorgboerderij kan blijven			
November 2015							Justin heeft een gesprek bij DWI. De DWI-medewerker stelt voor een driegesprek te organiseren met het buurtteam om te kijken wat de mogelijkheden zijn voor Justin			

IV. Inventarisatie triagevoorzieningen en doorgeleiding, stand van het land



significant.

Significant

Thorbeckelaan 91
3771 ED Barneveld
+31 342 40 52 40

KvK 3908 1506
info@significant.nl
www.significant.nl

Stand van het land

Triagevoorziening verwarde personen

Aanjaagteam Verwarde Personen

Barneveld, 29 januari 2015

Referentie: 15.379/RR/wvdb

Versie: 1.5

Auteurs: Georget Bouman, Paula van Haaren, Jitske Nijhuis en Rosa Remmerswaal

Inhoudsopgave

Managementsamenvatting	3
1. Aanleiding en doelstelling	6
1.1 Inleiding	6
1.2 Doelgroep verwarde personen	7
1.3 Aanpak en opzet inventarisatie	7
1.4 Leeswijzer	8
2. Triageproces in vier stappen: landelijk	10
2.1 Triageproces op hoofdlijnen	10
2.2 Een landelijk beeld van het triageproces op hoofdlijnen	10
3. Bouwstenen triageproces: regionale verschillen	14
3.1 Meldkamer	16
3.2 Vervoer	16
3.3 Beoordeling 'wie'	17
3.4 Beoordeling 'wat'	17
3.5 Beoordeling 'waar'	18
3.6 Meldpunt niet-acute zorg	18
3.7 Multidisciplinaire vroegsignalering	19
3.8 Rol (sociale) wijkteams	20
3.9 Toeleiding	20
3.10 Betrekken cliënten en familie	21
3.11 Passende zorg	21
3.12 Terugmelding	22
3.13 Geïmplementeerde bouwstenen per regio (indicatief)	23
4. Werkzame elementen en knelpunten	25
4.1 Werkzame elementen	25
4.2 Knelpunten	27
5. Ondersteuningsbehoefte aanjaagteam	30
5.1 Inzicht in de doelgroep	30
5.2 Aanpak vraagt niet alleen inzet van professionals, maar ook maatschappelijke tolerantie	30
5.3 Snel mogelijkheid om te leren van andere regio's	31
5.4 Inzicht aan rijk over kosten opzetten triageproces	31
5.5 Handreiking omtrent informatie-uitwisseling	31
5.6 Instrumentarium om eerder 'verplichte zorg' te kunnen leveren	32
5.7 Herziening zorglandschap en benodigde capaciteit	32
6. Conclusies en aanbevelingen	33
6.1 Conclusies	33
6.2 Aanbevelingen over gebruik inventarisatie en de volgende stap	34
A. Respondenten	36
B. Referentielijst	38

Managementsamenvatting

Vanaf 2014 zijn er toenemende signalen over knelpunten in de opvang, zorg en ondersteuning van verwarde personen. In dit onderzoek zien wij verwarde personen als mensen die grip op hun leven (dreigen) te verliezen, waardoor het risico aanwezig is dat zij zichzelf of anderen schade berokkenen. Bij de doelgroep van verwarde personen is niet altijd sprake van eenduidige problematiek of oorzaken, veelal gaat het om personen met problematiek op meerdere levensgebieden, ook wel multiproblematiek.

De ministers van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (hierna: VWS), het ministerie van Veiligheid en Justitie (hierna: VenJ) en de Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG) hebben onder gezamenlijk opdrachtgeverschap het 'aanjaagteam verwarde personen ingesteld'. Eén van de speerpunten van het aanjaagteam en tevens de doelstelling van dit onderzoek is:

“Het opleveren van een beeld van de wijze waarin gemeenten de huidige triagevoorziening hebben geregeld, op welke schaalgrootte dit is georganiseerd, welke samenwerkingsverbanden er zijn, waar de eerste beoordeling plaatsvindt van een persoon die verward gedrag vertoont en wat het vervolg is.”

Om bovenstaand beeld te schetsen interviewden wij in 24 (veiligheids)regio's de betrokken partijen (onder andere politie, GGZ, gemeenten, GGD en wijkteams). Door de hoeveelheid van stakeholders, subregionale afspraken en verschillende processen voor specifieke situaties (bijvoorbeeld wel/niet acuut en wel/geen strafrechtelijke aanleiding) heeft deze inventarisatie geresulteerd in een breed beeld van de huidige stand van het land.

Het triageproces op hoofdlijnen

Als uitgangspunt voor de interviews hebben wij een inventarisatieraamwerk gebruikt waarin het triageproces in vier stappen is onderverdeeld. In de gesprekken met de regio's constateren wij dat het triageproces op hoofdlijnen in de regio's terug is te vinden en hebben wij de invulling hiervan geoperationaliseerd:

1. *Melding/signaal*: Professionals en/of de sociale omgeving signaleert verward gedrag en meldt dit vervolgens bij een hulpverlener zoals de huisarts of een medewerker van een GGZ aanbieder;
2. *Signalering/eerste contact*: De ingeschakelde hulpverlener komt ter plaatse om de situatie en de hulpvraag in te schatten. Ook beslist de hulpverlener of de betrokken persoon erbij gebaat is uit zijn omgeving gehaald te worden en laat de persoon indien nodig vervoeren naar de opvanglocatie;
3. *Diagnostiek/indicatiestelling/toeleiding*: Wanneer sprake is van een hulpvraag, schakelt de betrokken hulpverlener de organisatie in die de diagnose kan stellen en in veel gevallen ook indicatiestelling en toeleiding naar zorg in gang kan zetten;
4. *Opvang/zorg/ondersteuning*: De betrokken persoon komt terecht bij een zorginstelling, bemoeizorg of in het strafrechtelijk kader. Ook is het mogelijk dat geen formele ondersteuning geboden wordt of mogelijk is.

In de regio's identificeren wij 12 bouwstenen voor de invulling van het triageproces

Ondanks overeenkomsten in de stappen van het triageproces in de regio's, zien wij grote verschillen bij de regio's in de vertaling van het triageproces naar de uitvoeringspraktijk. Gedurende de interviews constateerden wij dat de verschillen te groeperen zijn in 12 bouwstenen. Afhankelijk van de invulling die de regio's en gemeenten geven aan de bouwsteen, draagt de bouwsteen in meer of mindere mate bij aan het tot stand komen van tijdige, snelle en passende hulp voor een verward persoon. Wij identificeerden de volgende twaalf bouwstenen en hebben deze gegroepeerd naar 'bouwstenen acuut', 'bouwstenen niet-acuut' en 'bouwstenen algemeen'. De algemene bouwstenen worden in alle situaties van belang geacht voor het organiseren van tijdige, snelle en passende hulp. De onderverdeling in een acute en niet-acute situatie laat zien welke bouwstenen in die gegeven situaties een grote impact hebben op het organiseren van tijdige, snelle en passende hulp. Dat laat onverlet dat alle bouwstenen in iedere situatie van belang zijn.

<u>Bouwstenen acuut:</u>	<u>Bouwstenen niet-acuut:</u>	<u>Bouwstenen algemeen:</u>
1. Meldkamer	6. Meldpunt niet-acute zorg	10. Betrekken cliënt en familie
2. Vervoer	7. Multidisciplinaire vroegsignalering	11. Passende zorg
3. Beoordeling 'wie'	8. Rol Wijkteams	12. Terugmelding
4. Beoordeling 'wat'	9. Toeleiding	
5. Beoordeling 'waar'		

De bouwstenen kunnen als volgt worden geduid:

1. Meldkamer: Binnen de meldkamer wordt gebruikgemaakt van een triage-instrument voor verwarde personen om tijdig de juiste professional in te schakelen;
2. Vervoer: In de regio zijn specifieke vervoersafspraken gemaakt en worden nageleefd (bijvoorbeeld door gebruik psycholance of altijd thuis beoordelen);
3. Beoordeling 'wie': In het proces van beoordeling zitten zo min mogelijk schakels, bijvoorbeeld door rechtstreekse beoordeling door crisisdienst GGZ;
4. Beoordeling 'wat': Crisisdienst oordeelt met een integrale bril (zowel GGZ, verslaving en/of LVB) over de acute problematiek;
5. Beoordeling 'waar': Beoordeling vindt plaats in een speciale opvangvoorziening of thuis bij de cliënt.
6. Meldpunt niet-acute zorg: Er is een meldpunt voor niet-acute problematiek bereikbaar voor zowel burgers, als professionals;
7. Multidisciplinaire vroegsignalering: Signalen over verwarde personen worden vanuit verschillende professionals gedeeld en verrijkt;
8. Rol wijkteams: Wijkteams hebben voldoende expertise in huis om signalen te herkennen en escaleren indien nodig;
9. Toeleiding: In de wijk zijn professionals beschikbaar die de cliënt ondersteunen bij toeleiding naar zorg, begeleiding of andere ondersteuning;
10. Betrekken cliënt en familie: Informatie van cliënt en familie wordt gebruikt tijdens de beoordeling en zij ontvangen een terugkoppeling van het resultaat van de beoordeling;
11. Passende zorg: In zowel kwantiteit, als kwalitatieve zin is passende zorg beschikbaar;
12. Terugmelding: Na een negatieve beoordeling door de crisisdienst, wordt altijd een terugmelding gedaan bij een andere professional.

Werkzame elementen, knelpunten en ondersteuningsbehoefte vanuit de regio's

Naast de 'harde' aan- en afwezigheid en invulling van bepaalde bouwstenen zoals wij die hebben geëxtraheerd, identificeren de regio's knelpunten en werkzame elementen die van invloed zijn op het functioneren van het triageproces. De regio's noemen onderstaande punten als werkzame elementen die bijdragen aan het tijdig en snel toeleiden naar passende zorg:

- a. Samenwerking tussen ketenpartners op uitvoerend - en bestuurlijk niveau;
- b. Ketenpartners spreken elkaars taal;
- c. Leren door te experimenteren;
- d. Kennis van de problematiek aanwezig bij signalerende partijen;
- e. Een regionale aanpak, in plaats van gefragmenteerd per gemeente.

Ook zien de regio's knelpunten. Gedurende de interviews werden de volgende knelpunten veel genoemd:

- a. Informatie-uitwisseling en privacywetgeving;
- b. Het veranderd zorglandschap (decentralisaties) is niet duidelijk voor betrokken partijen;
- c. Onvoldoende capaciteit in de GGZ;
- d. Drempels in de zorg voor cliënten door verscheidenheid wettelijke kaders(continuïteit van zorg);
- e. Gebrek aan combinatiemogelijkheden tussen straf en zorg.

Om de regio's te ondersteunen bij de (door)ontwikkeling en implementatie van het triageproces voor verwarde personen hebben de regio's vanuit het aanjaagteam en het rijk de volgende ondersteuningsbehoefte:

- a. Inzicht in de doelgroep voor verheldering van de scope;
- b. Aanpak vraagt niet alleen inzet van professionals, maar ook maatschappelijke tolerantie;
- c. Snel mogelijkheid om te leren van andere regio's;
- d. Inzicht van het rijk over kosten opzetten triageproces;
- e. Handreiking omtrent informatie-uitwisseling;
- f. Instrumentarium om eerder 'verplichte zorg' te kunnen leveren, bijvoorbeeld door versnelling invoering Wet Verplichte GGZ;
- g. Inzicht in herziening zorglandschap en benodigde capaciteit.

1. Aanleiding en doelstelling

1.1 Inleiding

01 Vanaf 2014 zijn er toenemende signalen over knelpunten in de opvang, zorg en ondersteuning van verwarde personen. Hiertoe heeft de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (hierna: VWS) op 30 juni 2015 de hoofdlijnen van een landelijk plan van aanpak verwarde personen gepresenteerd. Een aanjaagteam onder leiding van burgemeester Liesbeth Spies faciliteert onder gezamenlijk opdrachtgeverschap van het ministerie van VWS, het ministerie van Veiligheid en Justitie (hierna: VenJ) en de Vereniging van Nederlandse Gemeenten (hierna: VNG) de uitvoering van de acties zoals opgenomen in het plan.

1.1.1 Doel en opdracht van het aanjaagteam

02 Het doel van het aanjaagteam is om de totstandkoming van een sluitende aanpak voor passende ondersteuning van verwarde personen te bevorderen en te faciliteren. Hierbij onderscheidt het aanjaagteam drie niveaus:

- a. Individueel niveau, voor mensen met verward gedrag;
- b. Een aanpak op gemeentelijk niveau;
- c. Eventuele aanpassingen op systeemniveau.

03 Daarnaast heeft het aanjaagteam drie concrete opdrachten meegekregen¹:

- a. Ten eerste het faciliteren van een sluitende en duurzame aanpak van zorg en ondersteuning van verwarde personen op gemeentelijk niveau;
- b. Ten tweede het in kaart brengen van alle belemmeringen op systeemniveau;
- c. En tot slot het opleveren van een beeld van de wijze waarop gemeenten de triage hebben ingericht en inzicht in de mate waarin verdere hulp en ondersteuning nodig is op lokaal niveau.

1.1.2 Doel van de inventarisatie op het onderwerp 'triage'

04 Voor dit laatste hoofdelement heeft het aanjaagteam Significant gevraagd een landelijke inventarisatie uit te voeren:

“De doelstelling van de landelijke inventarisatie is om een beeld te krijgen van de wijze waarop gemeenten de huidige triagevoorziening hebben geregeld, op welke schaalgrootte dit is georganiseerd, welke samenwerkingsverbanden er zijn, waar de eerste beoordeling plaatsvindt van een persoon die verward gedrag vertoont en wat het vervolg is.”

05 In deze rapportage vindt u de bevindingen uit de landelijke inventarisatie die is uitgevoerd in de periode november en december van 2015. Het doel van het rapport is tweeledig. Het geeft enerzijds een beeld van de uitvoeringspraktijk binnen de regio's ten behoeve van een vergelijking van regio's voor het aanjaagteam. Anderzijds biedt de inventarisatie een weergave van landelijke voorbeelden en dient dit als inspiratie voor alle

¹ Tweede Kamer (2014-2015). Geestelijke gezondheidszorg. 25 424, nr.285.

betrokkenen in de verschillende regio's die te maken hebben met de opvang, zorg en ondersteuning van verwarde personen.

1.2 Doelgroep verwarde personen

06 Als uitgangspunt voor de doelgroep hanteren wij dezelfde werkdefinitie als het aanjaagteam² voor mensen die verward gedrag vertonen:

Het gaat om mensen die grip op hun leven (dreigen) te verliezen, waardoor het risico aanwezig is dat zij zichzelf of anderen schade berokkenen.

07 Dit betekent dat wij in deze definitie uitgaan van een brede doelgroep, waarbij deze personen vaak geen eenduidige problematiek vertonen. Het type problematiek waar bij deze doelgroep aan gedacht kan worden omvatten zoal psychiatrische problematiek, verslavingsproblematiek, licht verstandelijke beperking (LVB), psychogeriatrische aandoeningen (zoals dementie) of andere psychosociale problemen op meerdere levensgebieden. Bij de doelgroep van verwarde personen is niet altijd sprake van eenduidige problematiek of oorzaken, veelal gaat het om personen met problematiek op meerdere levensgebieden, ook wel multiproblematiek.

08 In de inventarisatie is voor deze doelgroep gekeken naar de uitvoeringspraktijk van het triageproces als het gaat om vroegsignalering, niet-acute problematiek en acute problematiek.

1.3 Aanpak en opzet inventarisatie

09 Het aanjaagteam heeft primair behoefte aan een breed, kwalitatief, feitelijk en overzichtelijk beeld van de wijze waarop het huidige triageproces van verwarde personen is georganiseerd: een '**stand van het land**'. De inventarisatie is grotendeels uitgevoerd door het houden van groepsinterviews in de regio. Om binnen twee maanden een zo goed mogelijk landelijk dekkend beeld te verkrijgen hebben wij gekozen om interviews op regionaal niveau te organiseren. De taken die samenhangen met de problematiek rondom verwarde personen zijn op verschillende schaalniveaus georganiseerd. Zo zijn er bijvoorbeeld 10 politie-eenheden, 25 veiligheidsregio's, 27 GGD-regio's, 33 veiligheidshuizen, 43 Wmo-regio's en 43 centrumgemeenten voor maatschappelijke opvang en beschermd wonen. Er zijn dus behoorlijke verschillen in de regionale schaalgrootte. Daarnaast is sprake van verschillen in schaalgrootte van de 'stappen' binnen het triageproces. 'Signalering van overlast' vindt plaats op gemeenteniveau (of wijkniveau). Het organiseren van oplossingen daarvoor, bijvoorbeeld opvang en ondersteuning, vindt vaak in de regio plaats. Wij hebben hierop ingespeeld door, de door de VNG samengestelde lijst van 25 veiligheidsregio's, als startpunt te gebruiken voor de interviews. Samen met deze regio's hebben wij bekeken of de gekozen regio-indeling de meest accurate indeling is. Dit kon zowel betekenen dat regio's zijn samengevoegd, als dat ze zijn opgesplitst.

² Aanjaagteam verwarde personen (2015). *Aandacht voor verwardheid: op weg naar een persoonsgerichte aanpak*. Den Haag.

10 Bovenstaande heeft uiteindelijk geresulteerd in dat wij 23 regio's hebben gesproken. De volgende regio's wijken hiermee af van de vormgeving van de veiligheidsregio's:

- a. Brabant-Noord en Brabant-Zuidoost zijn samengevoegd;
- b. Limburg-Noord en Limburg-Zuid zijn samengevoegd;
- c. Zaanstreek-Waterland en Kennemerland zijn samengevoegd;
- d. De veiligheidsregio Utrecht is opgesplitst in Utrecht-West en Utrecht-Oost (regio Amersfoort).

11 Om te borgen dat wij breed inzicht krijgen hebben wij aan de regio's gevraagd bij de samenstelling van de respondenten voor de groepsinterviews rekening te houden met:

- a. Voldoende vertegenwoordiging van de afzonderlijke regionale verbanden;
- b. Samenstelling vanuit diverse organisaties, zoals gemeenten, GGD, politie, GGZ en wijkteams;
- c. Professionals die werkzaam zijn in de uitvoering (zoals zorgprofessionals, intakecoördinatoren of medewerkers van een crisisdienst).

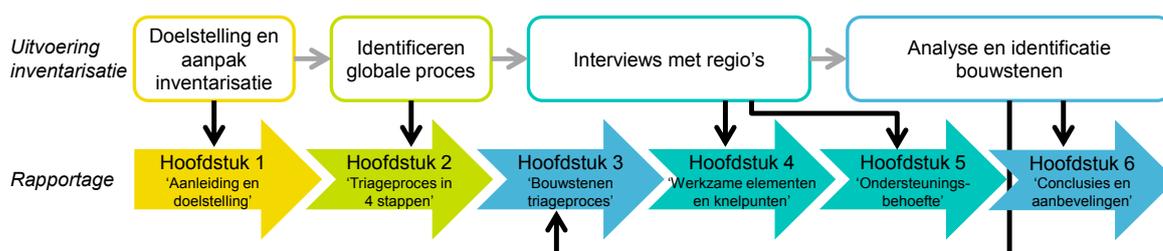
12 De respondenten bestonden overwegend uit beleidsmedewerkers, coördinatoren en/of programmaleiders zorg, sociaal domein, openbare orde en veiligheid van gemeenten, managers van crisisdiensten, psychiaters, psychologen, sociaal psychiatrisch verpleegkundigen en verpleegkundig psychiatrisch specialisten van GGZ-aanbieders, de OGGZ en GGD, accountmanagers en medewerkers van politie, coördinatoren woonoverlast van woningbouwcorporaties, managers van penitentiaire inrichtingen, managers en medewerkers van sociale wijkteams en managers en medewerkers van veiligheidshuizen en adviseurs van het Openbaar Ministerie. Tussen de regio's was een grote mate van verschil aanwezig in omvang en samenstelling van de groep met gesprekspartners. Bijlage A geeft een overzicht van de regio's en de respondenten die wij per regio gesproken hebben.

13 Per bijeenkomst in de regio zijn, aan de hand van een vooraf vastgesteld format (zie hiervoor hoofdstuk 2), de feiten en beelden vastgelegd die in de gesprekken naar voren kwamen. Door de hoeveelheid van stakeholders, subregionale afspraken en verschillende processen voor specifieke situaties (bijvoorbeeld wel/niet acuut en wel/geen strafrechtelijke aanleiding) resulteert deze inventarisatie primair in een breed beeld van de huidige stand van het land per december 2015. Omdat niet alle gemeenten gesproken zijn - onder meer door de insteek op het niveau van de Veiligheidsregio-, en door de wisselende samenstellingen van de respondenten per regio geeft het rapport geen volledig landelijk overzicht van de situatie per gemeente. Hierdoor blijft een deel van de vroegsignalering en organisatie van de niet-acute zorg buiten beeld. Tijdens de gesprekken in de regio is vooral kwalitatieve informatie opgehaald en is het op basis van deze inventarisatie niet mogelijk om harde kwantitatieve uitspraken te doen. De uitkomsten van deze inventarisatie bieden echter wel concrete aanknopingspunten om dit landelijke kwantitatieve beeld per gemeente te verkrijgen. Hier komen wij in de beschouwing op terug.

1.4 Leeswijzer

14 In de volgende hoofdstukken vindt u de bevindingen uit deze inventarisatie. In hoofdstuk 2 beschrijven wij het globale proces waarop de triagevoorziening is georganiseerd. De hoofdstappen uit het globale proces hebben wij gebruikt als startpunt van de interviews. Hoewel de uitvoering, betrokken instanties en organisatie van het triageproces per regio verschillen komen de hoofdstappen overeen. In hoofdstuk 3 beschrijven wij de

bouwstenen die regio's gebruiken om het triageproces te organiseren. Deze bouwstenen hebben wij gedurende het onderzoek geïdentificeerd en zijn daarmee niet als criteria gebruikt tijdens de interviews. Wij duiden de verschillende bouwstenen, beschrijven de verschillende typologieën en geven grafisch weer hoe de bouwstenen in elke regio zijn gehanteerd. In hoofdstuk 4 beschrijven wij de overige werkzame elementen en knelpunten die betrekking hebben op de organisatie binnen de regio's of op systeemniveau. In hoofdstuk 5 beschrijven wij wat de regio's hebben aangegeven over de ondersteuningsbehoefte die zij hebben op landelijk niveau (dus vanuit het aanjaagteam of vanuit de verschillende betrokken ministeries). Tot slot beschrijven wij in hoofdstuk 6 onze conclusies en aanbevelingen. Hierin geven wij een beschouwing op deze inventarisatie en welke stappen naar ons inzicht cruciaal zijn bij het organiseren en faciliteren van een sluitende aanpak van het triageproces en ondersteuning van verwarde personen. In de gehele rapportage kleuren wij de aanpak, bouwstenen, werkzame elementen en knelpunten met voorbeelden en casuïstiek uit de regio's. Figuur 1 geeft schematisch weer op welke wijze de uitvoering van de inventarisatie en voorliggende rapportage met elkaar samenhangen.



Figuur 1. Samenhang uitvoering inventarisatie en rapportage

2. Triageproces in vier stappen: landelijk

2.1 Triageproces op hoofdlijnen

15 In dit onderzoek hebben wij op het niveau van de veiligheidsregio's opgehaald hoe de huidige uitvoeringspraktijk rondom de triage van verwarde personen eruitziet. Ten behoeve van deze inventarisatie hebben wij, voorafgaand aan de gesprekken met de regio's, het triageproces gedefinieerd aan de hand van vier volgtijdelijke stappen in het proces:

a. *Melding/signaal*

Het triageproces begint bij het signaleren dan wel het melden van verward gedrag. Verward gedrag kan duidelijk zichtbaar zijn in de vorm van overlast geven op straat, maar ook minder zichtbaar zijn zoals woningvervuiling. Beide typen van verward gedrag worden gesignaleerd door de betrokkene zelf, professionals en/of de sociale omgeving. De signalerende actor meldt zijn signaal vervolgens bij een hulpverlener;

b. *Signalering/eerste contact*

De hulpverlener beslist vervolgens of - en op welke wijze hij of zij het signaal opvolgt. De hulpverlener kan ter plaatse komen om te signaleren dat meer aan de hand is en de vraag achter de vraag te achterhalen. Ook beslist de betrokken hulpverlener of het noodzakelijk is om de persoon uit zijn/haar omgeving te halen en te (laten) vervoeren naar de opvanglocatie;

c. *Diagnostiek/indicatiestelling /toeleiding*

Indien de betrokken hulpverlener vermoedt dat er meer achter de vraag zit, schakelt deze de organisatie in die de diagnose kan stellen en in veel gevallen ook indicatiestelling en toeleiding naar zorg in gang kan zetten. De (professional van deze) organisatie komt ter plaatse en geeft indien mogelijk en noodzakelijk een indicatie af of leidt toe naar zorg, opvang of ondersteuning;

d. *Opvang/zorg/ondersteuning*

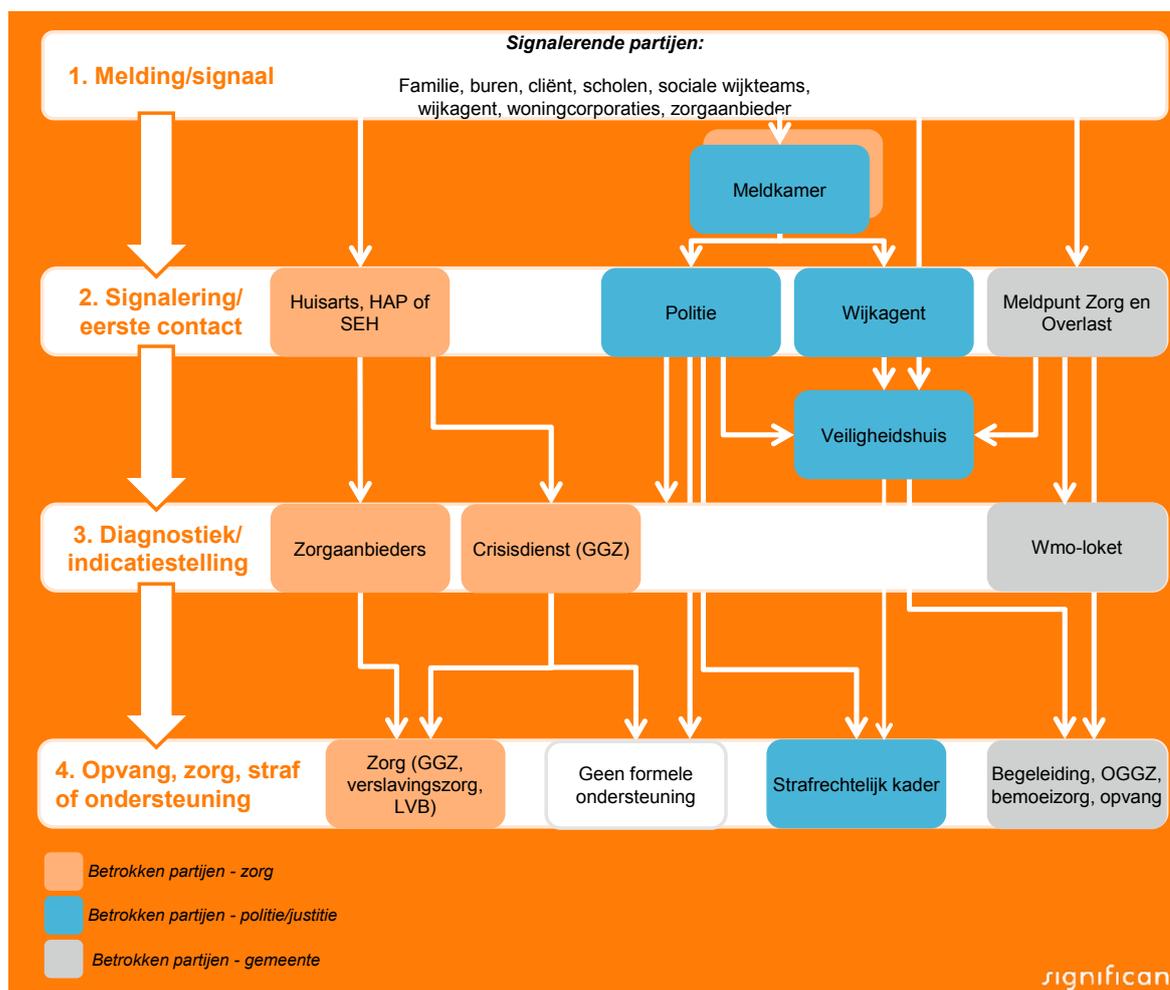
De betrokken persoon komt terecht bij een zorginstelling, bemoeizorg of in het strafrechtelijk kader. Onder zorg door een zorginstelling verstaan wij zowel behandeling, als begeleiding en intramurale versus ambulante hulp. Ook is het mogelijk dat geen formele ondersteuning geboden wordt of mogelijk is.

16 Bovenstaande definitie van het triageproces biedt handvatten om de aanpak van de regio's op een vergelijkbare wijze te structureren, vast te leggen en te vertalen naar een landelijk beeld. In de volgende paragrafen lichten wij de vier stappen nader toe.

2.2 Een landelijk beeld van het triageproces op hoofdlijnen

17 Deze paragraaf geeft op hoofdlijnen weer wat de meest voorkomende processen zijn. Het schetst een globaal landelijk beeld dat wij weergeven in figuur 2. Het geeft hiermee een weergave van de landelijke uitvoeringspraktijk en is niet normatief. De vier stappen hebben wij gebruikt als uitgangspunt in de interviews, de invulling van de stappen is zichtbaar geworden tijdens de interviews. In het figuur zijn alleen de meest voorkomende processen getekend.

18 Hierbij moet meteen opgemerkt worden dat de daadwerkelijke praktijk veel meer variatie kent in de wijze van vormgeving. Niet iedere persoon doorloopt het triageproces van 1, via 2 en 3, naar 4. Afhankelijk van de inschatting van de ernst van de problematiek (acuut versus niet-acuut), de bekendheid van de problematiek (bij de gemeente en/of in de zorg), eventuele bekendheid van de betrokkene in het strafrechtelijk kader, komen personen later in beeld of komen niet in opvang, zorg of ondersteuning terecht. Er zijn veel verwarde personen die het triageproces meerdere malen doorlopen voordat zij in zorg terecht komen of 'uitbehandeld' zijn in de GGZ, waardoor een opname niet realiseerbaar is.



Figuur 2. Triageproces verwarde personen op hoofdlijnen

2.2.1 Melding en signaal

19 Het aantal signalerende partijen is breed en divers. Professionals die problematiek in de wijk signaleren zijn onder andere sociale wijkteams en wijkagenten. Ook buurtbewoners, familie en scholen spreken de wijkteams en wijkagent aan wanneer zij overlast ondervinden of zien dat het niet goed met iemand gaat. Woningcorporaties spelen een grote rol in het signaleren van problematiek. Zij zijn één van de eerste partijen die signalen zoals verwaarlozing of een huurachterstand tegen komen. Ook de cliënt zelf en zijn/haar eventuele behandelaar kunnen aangeven dat het niet goed gaat.

20 De signalen komen bij verschillende partijen terecht. Wanneer sprake is van zichtbare verwardheid in een openbare ruimte die vaak gepaard gaat met overlast of manifestatie van acute problematiek, belt de signalerende partij vaak direct de meldkamer (112) of het landelijk telefoonnummer van de Politie (0900-8844).

21 Niet acute problematiek komt via de signalerende partijen (voornamelijk professionals) meestal terecht bij een 'Zorg en Overlast meldpunt' of bij de huisarts.

2.2.2 *Signalering en eerste contact*

22 Wanneer de meldkamer door de signalerende partij is gebeld, prioriteert de meldkamer de melding naar prioriteit 1 (inschatting acute problematiek), 2 of 3 (inschatting niet-acute problematiek). Alle meldingen worden doorgegeven aan alle politiewagens die op dat moment surveillancedienst hebben. De surveillancedienst pakt prioriteit 1 meldingen direct op. Prioriteit 2 en prioriteit 3 meldingen worden later opgevolgd of de volgende dag (via een notitie in het incidentregistratiesysteem BVH van de politie) door de wijkagent opgepakt.

23 De politie ter plaatse schat de situatie in en beslist of sprake is van een overtreding of misdrijf en/of een mogelijke zorgvraag. De politie baseert deze inschatting veelal op basis van haar eigen deskundigheid en intuïtie. Afhankelijk van de gemaakte inschatting belt de politie met de crisisdienst en/of wordt de persoon meegenomen naar een opvanglocatie; dit is in veel gevallen het politiebureau.

24 Een meldpunt Zorg en Overlast verzamelt tijdens kantooruren signalen van professionals en - bij uitzondering - burgers en verzamelt informatie in haar netwerk over de betrokken persoon. Het netwerk van een meldpunt Zorg en Overlast bestaat over het algemeen uit de politie, zorgaanbieders, maatschappelijke opvang, woningbouwcorporaties, de OGGZ, (sociale) wijkteams en bemoeizorg. In het geval van complexe casuïstiek (er is sprake van problematiek op meerdere domeinen, zoals de combinatie van straf en zorg) kan een meldpunt Zorg en Overlast opschalen naar het Veiligheidshuis. Signalen kunnen ook direct bij het Veiligheidshuis gemeld worden. Afhankelijk van de aard van de problematiek voert (in de gewenste situatie) één van de eerdergenoemde partijen casusregie en zoekt contact met de persoon.

25 Ook de huisarts, huisartsenpost (HAP) en de spoedeisende hulp (SEH) komen in aanraking met acute - en niet-acute problematiek. Deze partijen raadplegen bij manifestatie van acute problematiek direct de crisisdienst en verzorgen de doorverwijzing naar zorgaanbieders. Dit laatste gebeurt bijvoorbeeld wanneer een cliënt al in zorg is (geweest) bij een zorgaanbieder of wanneer sprake is van niet-acute problematiek.

2.2.3 *Diagnostiek en indicatiestelling*

26 De crisisfunctie is over het algemeen belegd bij de regionale GGZ-instelling en is 24/7 beschikbaar. De crisisdienst beoordeelt om deze reden dan ook voornamelijk GGZ-problematiek en richt zich niet of in mindere mate op het diagnosticeren en indiceren van psychosociale problemen, verslaving of LVB. De crisisdienst verzamelt ten behoeve van haar beoordeling informatie van andere betrokken partijen zoals de politie en zorgaanbieders. De betrokken persoon moet instemmen met de behandeling (een vrijwillige opname). Als de

cliënt niet opgenomen wil worden, maar er is het vermoeden dat sprake is van ernstig gevaar voor betrokkene of de omgeving, veroorzaakt door een psychiatrische stoornis en dit enkel afwendbaar is door een opname, heeft de beoordelende psychiater de mogelijkheid een geneeskundige verklaring op te stellen en een verzoek in te dienen bij de burgemeester (voor een IBS-maatregel) of bij de officier van justitie (voor een rechterlijke machtiging; hierna: RM), om op deze manier een persoon met dwang toe te leiden naar passende zorg.

27 Bij niet-acute problematiek zien zorgaanbieders cliënten met een verwijzing van de huisarts tijdens kantooruren. De zorgaanbieder geeft, mits sprake is van medewerking van de cliënt en een geldige verwijzing (in dit geval van de huisarts), een indicatie af voor zorg of begeleiding.

2.2.4 *Opvang, zorg of ondersteuning*

28 Een cliënt kan zowel vrijwillig als gedwongen worden opgenomen in zorg of een ambulante vorm van ondersteuning krijgen. Bij vrijwillige zorg is het mogelijk om ondersteuning te krijgen gericht op behandeling en/of begeleiding in een ambulante of intramurale setting. In de praktijk betekent dit dat zorg geleverd wordt vanuit GGZ-kliniek, de polikliniek, (f)-ACT teams, woonbegeleiding, beschermd wonen, LVB-instellingen en verslavingszorginstellingen.

29 Bij een gedwongen opname is het noodzakelijk dat op basis van een beoordeling op het 'gevaarscriterium' (dat iemand door een geestesstoornis een gevaar vormt voor zichzelf of zijn omgeving) een (voorlopige) IBS-maatregel is afgegeven door de burgemeester of een (voorlopige) RM is bekrachtigd door een uitspraak van een rechter. Zorginstellingen hebben in beide gevallen een opnameplicht; een cliënt met een IBS-maatregel dient binnen 24 uur opgenomen te zijn, een cliënt met een RM binnen twee weken.

30 Een andere mogelijkheid is een door de politie ingezet strafrechtelijk vervolg. De politie kiest voor een strafrechtelijk vervolg door het insturen van een proces-verbaal aan het Openbaar Ministerie als sprake is van een misdrijf en het naar verwachting in het belang van de verdachte, het slachtoffer en de samenleving is om te kiezen voor een strafrechtelijke afdoening. In een strafrechtelijk kader is het ook mogelijk om (verplicht) zorg te verlenen en is het van belang om afstemming te zoeken tussen de justitiële keten en de zorgverlening rondom een cliënt.

3. Bouwstenen triageproces: regionale verschillen

31 In de gesprekken met de regio's constateren wij dat het globale proces, zoals beschreven in hoofdstuk 2, op hoofdlijnen in de regio's is terug te vinden. De verschillen tussen de regio's zijn vooral zichtbaar in de vertaling naar de uitvoeringspraktijk. Gedurende de interviews hebben we 12 bouwstenen geïdentificeerd binnen het globale triageproces waarin de regio's zich onderscheiden.

32 Deze bouwstenen hebben elk op hun eigen wijze invloed op het triageproces en daarmee op de hulp voor de verwarde persoon. Wij maken hiervoor onderscheid in drie uitkomsten, namelijk de invloed op tijdige, snelle en passende hulp. Met *tijdig* doelen wij erop dat als de problematiek zich eenmaal manifesteert en zichtbaar wordt voor de omgeving, zo vroeg mogelijk in het proces hulp aan de persoon kan worden geboden. Onder *snel* verstaan wij een korte doorlooptijd van het triageproces, vanaf signalering tot toeleiding. Dit kan bijvoorbeeld door het reduceren van schakels binnen de keten. Met *passende* hulp bedoelen wij of in kwalitatieve en kwantitatieve zin ondersteuning mogelijk is om de hulpvraag van de persoon te organiseren (zoals zorg, opvang, begeleiding en/of straf).

33 De 12 bouwstenen geven wij weer in tabel 1. De groepering in een acute en een niet-acute situatie laat zien welke bouwstenen in een gegeven situatie een grote impact hebben op het organiseren van tijdige, snelle en passende hulp. Dat laat onverlet dat alle bouwstenen voor verschillende situaties relevant zijn.

#	Acuut	#	Niet-acuut	#	Algemeen
1	Meldkamer	6	Meldpunt niet-acute zorg	10	Betrekken cliënt en familie
2	Vervoer	7	Multidisciplinaire	11	Passende zorg
3	Beoordeling 'wie'		vroegsignalering	12	Terugmelding
4	Beoordeling 'wat'	8	Rol wijkteams		
5	Beoordeling 'waar'	9	Toeleiding		

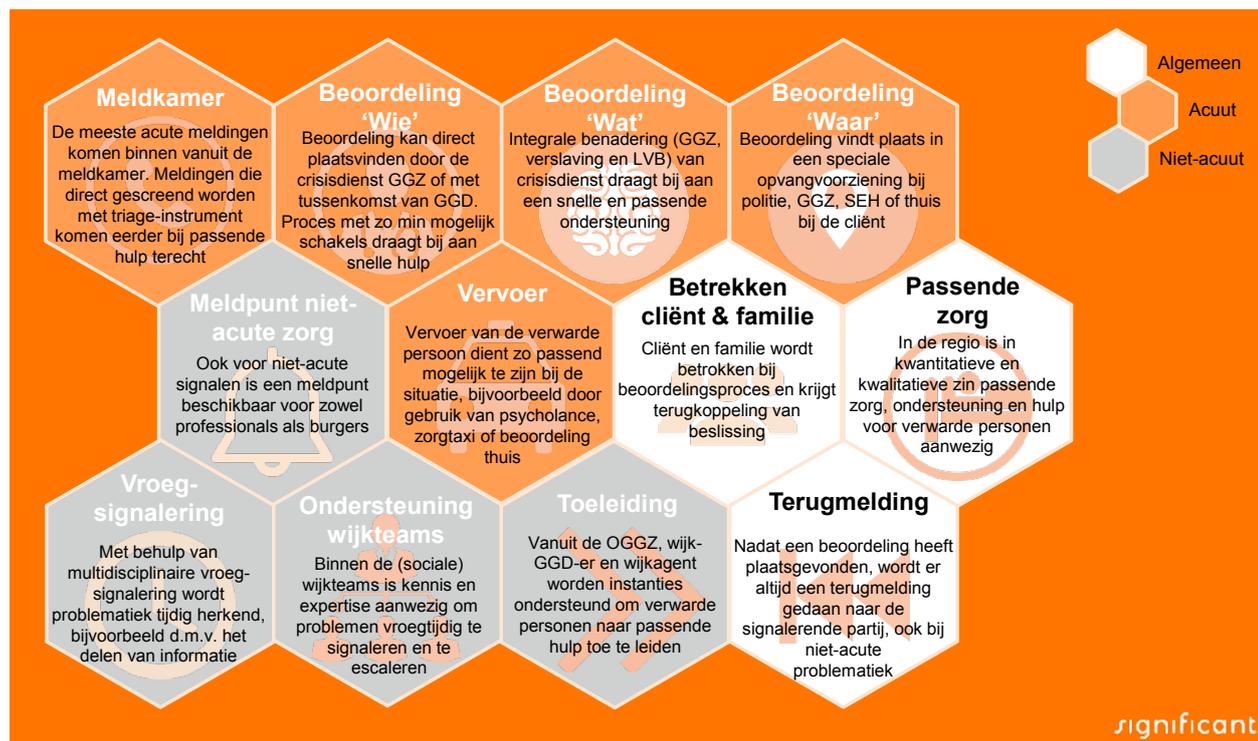
Tabel 1. 12 Bouwstenen die wij onderscheiden

34 In dit hoofdstuk beschrijven wij per bouwsteen op welke wijze de regio's en gemeenten de verschillende elementen hebben ingericht. De resultaten vatten wij samen in twee soorten overzichten:

- Een overzicht van de 12 bouwstenen met daarin de belangrijkste onderscheidende elementen. Hierin zijn de bouwstenen gegroepeerd naar 'algemene bouwstenen', 'bouwstenen ter ondersteuning van acute problematiek' en 'bouwstenen ter ondersteuning van niet-acute problematiek';
- Landkaarten met daarin per regio aangegeven welke bouwstenen eind 2015 reeds in de praktijk zijn ingevuld.

Omdat de bouwstenen na de eerste gesprekken met een aantal regio's zijn ontstaan en de gesprekken plaatsvonden in een zeer korte doorlooptijd zijn deze bouwstenen niet in alle regio's uitvoerig besproken. De bouwstenen moeten daarom gezien worden als een normatief kader 'in concept', uitharding kan plaatsvinden in afstemming met het veld. Pas dan kunnen zij dienen als focuspunten bij het monitoren van de voortgang in de regio's.

Overzichtsplaat geïdentificeerde bouwstenen



3.1 Meldkamer

35 De meeste acute meldingen die niet via het reguliere zorgproces verlopen (namelijk via de patiënt naar de huisarts richting passende zorg) komen binnen bij de meldkamer. Dit kan zijn via 112 of het regionale politienummer 0900-8844. De meldkamer stuurt de melding door naar de politie en/of ambulance met een prioritering 1 tot en met 3. In de meeste gevallen komt de politie ter plaatse.

36 In enkele meldkamers in het land gebruikt de meldkamer een specifiek triage-instrument om de doelgroep 'verwarde personen' te herkennen. Hierdoor kunnen zij tijdig de best passende hulpverlening inschakelen.

In Amsterdam gebruiken ze hiervoor een screeningslijst om de 'evidente psychiatrie' groep te herkennen. In Amsterdam wordt deze groep patiënten vervoerd met de psycholance die de 'verwarde persoon' opvangt en vervoert naar de GGZ crisisdienst. Een andere vorm van het snel signaleren van de problematiek zijn 'apps' en een training over 'eerste hulp bij GGZ' die onder andere wordt ingezet in de veiligheidsregio Limburg-Zuid.

3.2 Vervoer

37 In het triageproces zijn diverse momenten waarop vervoer nodig is van de verwarde persoon. Dat kan gaan om vervoer:

- a. Vanaf de locatie waar de problematiek is gesignaleerd naar de politie(ce)l of zorgaanbieder;
- b. Van de politie(ce)l naar de zorgaanbieder;
- c. Van de politie(ce)l of zorgaanbieder naar huis.

Zoals ook gesignaleerd door SiRM (2015)³ wordt het vervoer vaak opgepakt door de politie. Dit lijkt echter ongeschikt voor acute GGZ-cliënten: het kan onnodig stigmatiserend werken en is meestal niet in het belang van de cliënt.

38 In de regio's zien wij verschillende oplossingsrichtingen voor dit knelpunt. Deze oplossingen dragen bij aan passend vervoer of aan het verminderen van het aantal vervoersmomenten. Passend vervoer wordt in de regio's ingevuld door gebruik te maken van een psycholance of een zorgtaxi. In Amsterdam wordt voor de doelgroep 'evidente psychiatrie' gebruikgemaakt van de psycholance. Doordat deze direct door de meldkamer wordt ingeschakeld, is de psycholance snel ter plaatse en is passend vervoer mogelijk naar de crisisdienst GGZ. Daarnaast voorkomt dit dat de persoon zich tussen meerdere locaties moet verplaatsen. Andere regio's noemen dat een dergelijke oplossing door schaalgrootte niet mogelijk is. Wel zijn er regio's (bijvoorbeeld in Limburg-Zuid) waarin een particuliere GGZ vervoersdienst wordt ingeschakeld om patiënten naar en van de GGZ-aanbieder te vervoeren.

39 Daarnaast zijn er regio's die actief beleid voeren om de patiënt zo veel als mogelijk thuis te beoordelen. Dit is minder stigmatiserend dan een politie(ce)l en daardoor beter passend bij de patiënt.

³ SiRM (2015). *Acute geestelijke gezondheidszorg: knelpunten en verbetervoorstellen in de keten*. Den Haag.

3.3 Beoordeling 'wie'

40 Wanneer volgens de politie sprake is van acute (zorg)problematiek en geen sprake is van een strafbaar feit dient een beoordeling en indicatiestelling plaats te vinden. Afhankelijk van de regionale afspraken wordt - in veel gevallen - direct de crisisdienst GGZ ingeschakeld of wordt als tussenstap een forensisch arts van de GGD of een huisarts geraadpleegd. Binnen de regionale afspraken zijn differentiaties in doelgroepen mogelijk. In de regio Groningen worden bijvoorbeeld alleen personen beoordeeld door de forensisch arts als zij nog niet bekend zijn bij de GGZ.

41 De forensisch arts of huisarts doet in dat geval een beoordeling om somatiek uit te sluiten. Indien dit uitgesloten is, schakelt de arts de crisisdienst GGZ in. De crisisdienst GGZ voert dan een beoordeling uit of sprake is van acute psychiatrische problematiek. Alleen in dat geval wordt een indicatie afgegeven.

42 Door een van de schakels (crisisdienst, forensische arts of huisarts) er tussenuit te halen is er doorgaans een kortere doorlooptijd en zijn er minder overdrachtmomenten tussen professionals.

3.4 Beoordeling 'wat'

43 Zoals eerder genoemd zijn de regio's er zich van bewust dat verwarde personen vaak meerdere typen problematiek ondervinden (zoals psychiatrie, verslaving en (licht) verstandelijke beperking) en/of problemen op meerdere leefgebieden (wonen, zorg, dagbesteding, sociaal netwerk, zelfredzaamheid, et cetera). Het verschilt per regio, en soms ook per psychiater, welke typen problematiek worden beoordeeld door de crisisdienst. Er zijn hierin twee typen te onderscheiden:

- a. Crisisdienst die integraal toetst of sprake is van acute problematiek (in brede zin);
- b. Crisisdienst die primair toetst of sprake is van een psychiatrische problematiek.

44 In het eerste geval kijkt de crisisdienst met een integrale bril naar de cliënt of sprake is van acute problematiek. Pas nadat de eerste vorm van zorg is georganiseerd wordt een verdere screening gedaan, zodat duidelijkheid ontstaat of (ook) sprake is van een verstandelijke beperking. Bij deze integrale benadering mag de crisisdienst GGZ ook indiceren voor verslavingsproblematiek, de cliënt wordt vervolgens dan wel toegeleid naar een verslavingszorginstelling. Door deze integrale benadering kan er sneller passende ondersteuning worden geboden aan de cliënt.

45 In de tweede vorm wordt tijdens de beoordeling gekeken of de primaire grondslag betrekking heeft op psychiatrische problematiek. Indien dat niet het geval is benadert de crisisdienst GGZ, een spoedvoorziening van de verslavingszorg of LVB-instelling. Hoewel deze professionals mogelijk beter zicht hebben op de zorgvraag ontstaat hierdoor een extra overdrachtmoment. Daarnaast ondervinden professionals in de regio's dat patiënten met multiproblematiek van het kastje naar de muur worden gestuurd.

In de regio Noord-Holland-Noord is een meldpunt acute zorg 24-uur per dag bereikbaar als het gaat om personen met LVB-problematiek. Deze crisisdienst wordt met name door de crisisdienst GGZ ingeschakeld.

3.5 Beoordeling 'waar'

46 De beoordeling door de crisisdienst kan op verschillende locaties plaatsvinden. Zoals genoemd in het onderzoek van SiRM is de eerste opvanglocatie voor een verward persoon in crisis vaak onduidelijk of ongeschikt. Daarom plaatst de politie de persoon soms noodgedwongen in een politiecel. In de inventarisatie komen wij drie varianten van locaties tegen:

- a. Opvang of observatieruimte bij de politie, bij een GGZ-instelling (ook crisisdienst) of op het 'spoedplein';
- b. Zo veel als mogelijk thuis bij de persoon;
- c. Voornamelijk in een politiecel (ook 'dronkenmanscel').

47 Er zijn enkele regio's (bijvoorbeeld Noord-Oost Gelderland, waarin op een of meerdere locaties een opvang- of observatieruimte is ingericht. In Den Haag (onderdeel van regio Haaglanden) is een opvang voor verwarde personen bij de politie opgezet. Deze opvangvoorziening is 24/7 beschikbaar. Professionals ten behoeve van de eerste signalering en verwijzing zijn op deze locatie aanwezig, de crisisdienst komt daar ter plaatse. In andere regio's zien wij dat een dergelijke locatie is ingericht bij de GGZ-aanbieder die ook belast is met de crisisdienst van de regio (bijvoorbeeld in de regio Zeeland). Ook zijn er enkele regio's (bijvoorbeeld Limburg-Noord en Limburg-Zuid) waarbij de observatieruimte is ingericht op een spoedplein of bij een HAP of SEH. De verschillende vormen van voorzieningen dragen bij aan een passende opvang. Tot slot is een aantal regio's (in ieder geval Hollands Midden en Drenthe) bezig met het opzetten van een dergelijke type opvanglocatie.

"Binnen de OVP-afdeling zijn er 12 zorgverblijven, waar personen gemiddeld 4 uur verblijven. Binnen arrestantenzorg, tevens in het hoofdbureau gevestigd, is ruimte gecreëerd om verwarde verdachte te plaatsen. De zorgmedewerkers en de medewerkers van de reclassering van Palier, het zorgteam van de OVP, zet zich in om voor verwarde personen passende zorg te adviseren, al dan niet in een juridisch kader." (uit: www.palier.nl)

48 In andere regio's is actief beleid om personen zo veel mogelijk thuis te beoordelen. De crisisdienst komt daar ter plaatse, zodat de persoon in zijn eigen omgeving is. Hierdoor hoeft de politie ook minder vaak "een motorkapgesprek" te voeren, wat pottenkijkers voorkomt.

3.6 Meldpunt niet-acute zorg

49 In sommige regio's, of delen van regio's, is een meldpunt opgezet voor niet-acute problematiek, waar professionals en de omgeving van een verwarde persoon een melding kunnen doen. Dit kan zowel gaan over de zorgvraag, als over de overlast die de persoon veroorzaakt (bijvoorbeeld geluidsoverlast). De meldpunten worden vaak 'Meldpunt (woon)overlast en zorg' of 'Meldpunt vangnet en advies' genoemd.

50 Het meldpunt is telefonisch bereikbaar tijdens kantoortijden (en soms daarbuiten) en wordt georganiseerd vanuit de GGD of de gemeente. Medewerkers van de meldpunten gaan zelf langs na de melding of schakelen een andere professional in (zoals in de regio Zuid-Holland-Zuid) om in te schatten welke ondersteuning nodig is. Het meldpunt heeft in de meeste regio's korte lijntjes met ketenpartners (zoals politie, zorginstellingen,

crisisdienst, bemoeizorg, maatschappelijke opvang). Tevens fungeert in sommige regio's (bijvoorbeeld in de regio Noord-Holland-Noord) het meldpunt als een centrale regiehouder die casuïstiek oppakt, nadat de crisisdienst heeft aangegeven dat geen sprake is van acute problematiek (zie ook paragraaf 3.9)

3.7 Multidisciplinaire vroegsignalering

51 De doelgroep verwarde personen is divers van aard en ervaart vaak op meerdere leefgebieden problematiek. Dit betekent in de praktijk dat verschillende professionals delen van de 'signalen' kunnen opvangen, maar dat het hele plaatje rondom de persoon pas compleet wordt als de informatie tussen professionals wordt gedeeld.

52 Naast het Veiligheidshuis dat in elke regio de casuïstiek oppakt op het raakvlak van straf en zorg zijn er in diverse regio's ook 'vroegsignaleringsoverleggen' waarin wordt geprobeerd meerdere signalen met elkaar te combineren. Hierdoor is het voor de hulpverleners mogelijk om vroegtijdig in te grijpen en de persoon te begeleiden naar passende ondersteuning.

53 Een voorbeeld hiervan is het vroegsignaleringsoverleg in de regio's Noord-Holland-Noord, Zaanstreek-Waterland en Kennemerland. In het overleg zijn verschillende ketenpartners vertegenwoordigd, zoals de politie, GGD, verslavingszorg, GGZ en het meldpunt voor niet-acute problematiek. De casuïstiek die zij bespreken wordt grotendeels ingebracht door de politie. De politie kan door middel van een projectcode "OGGZ-1" bij meerdere type meldingen een aanvullend kenmerk toevoegen als naast de hoofdcategorie ook sprake is van een signaal van een verward persoon. Wanneer het systeem herkent dat bij een persoon meerdere projectcodes bekend zijn, wordt de casus ingebracht in het overleg. In het overleg kan de informatie over de casus worden verrijkt vanuit andere organisaties. Welke informatie in welke situaties kan worden gedeeld, is beschreven in een protocol voor informatie-uitwisseling.

Meneer woont reeds 20 jaar in een huurwoning van de woningbouwcorporatie. Hij heeft in zijn omgeving weinig sociale contacten, maar dit is niet alarmerend gezien de cohesie in de wijk. In augustus wordt bij de politie een melding gedaan door de burens over geluidsoverlast (harde muziek). Wanneer de politie ter plaatse komt is er geen sprake meer van overlast. De man verschijnt wel aan de deur en geeft aan dat hij zeer boos was en daarom de muziek hard heeft aangezet. Aangezien er geen acute signalen zijn, maar de politie wel van mening is dat het om een reactie betrof van een verward persoon geven ze naast de categorie van de melding (geluidsoverlast) in hun systeem met een projectcode "OGGZ-1" aan dat hij verward is. In oktober wordt meneer gepakt bij het stelen van twee blikjes bier. Wanneer de politie ter plaatse komt treffen ze een dronken persoon aan die geen samenhangend verhaal weet over te brengen. De overtreding wordt in het strafrechtelijk kader afgehandeld. Ook deze keer geven ze naast de categorie van de melding ook de projectcode "OGGZ-1" in de melding mee. De volgende dag signaleert de wijkagent dat er meerdere projectcodes "OGGZ-1" zijn over dezelfde persoon. De wijkagent plaatst de casus in het vroegsignaleringsoverleg, waaraan onder andere de gemeente GGD, GGZ en verslavingszorg deelnemen. In het overleg worden de signalen besproken en besloten dat de wijkagent samen met de GGD langsgaat om te bekijken of meneer ondersteuning nodig heeft. Meneer treffen ze (weer) dronken aan en leeft in een zwaar vervuild huis. Samen met de woningcorporatie en de verslavingszorg zorgen ze dat hij de passende zorg krijgt.

54 Ook in de regio Twente werkt men aan het vroegtijdig herkennen, bij elkaar brengen en delen van signalen van ketenpartners om daarmee op persoonsniveau kansen en bedreigingen te signaleren.

3.8 Rol (sociale) wijkteams

55 Mede door de decentralisaties in het sociale domein is er meer begeleiding en zorg in de wijk ingericht. De aanname in de regio's is dat deze (sociale) wijkteams bij kunnen dragen aan een vroege signalering en eventuele ondersteuning. Om deze rol te vervullen is het van belang dat deze teams voldoende gespecialiseerde (GGZ) expertise hebben om signalen ook daadwerkelijk te herkennen. Dit is mogelijk door professionals met de juiste expertise in de teams te betrekken (bijvoorbeeld SPV-ers) of de professionals in de wijkteams op te leiden.

56 In de meeste regio's zijn signalen dat deze expertise op dit moment nog niet (goed) binnen het wijkteam is belegd en/of geborgd. In enkele regio's zijn voorbeelden genoemd op welke wijze de (sociale) wijkteams en bijvoorbeeld het Wmo-loket bijdragen aan de signalering en ondersteuning van verwarde personen.

Alle wijkteams in Leeuwarden hebben een trainingen gehad over onderwerpen als huiselijk geweld, jeugd- en GGZ-problematiek. Hierin is aandacht hoe zij problematiek kunnen signaleren en wanneer zij moeten escaleren. Deze wijkteams hebben daarnaast afspraken met tweedelijnszorg en een vast contactpersoon bij de GGZ die zij kunnen bellen voor advies.

3.9 Toeleiding

57 Wanneer geen sprake is van acute problematiek is het proces van beoordeling en toeleiding diffuser. In de regio zien wij drie elementen die betrekking hebben op dit toeleidingsproces:

- a. **Positionering OGGZ:** In de regio zijn eenduidige afspraken gemaakt over het inzetten van professionals die zorgdragen dat zorgwekkende zorgmijders passende hulp krijgen. Dit wordt gedaan door teams van de GGD (bijvoorbeeld door het team vangnet en advies) of de GGZ (in de vorm van ACT teams⁴);
- b. **Wijk-GGD'er:** Door de inzet van een wijk-GGD'er wordt samenwerking tussen cliënt, politie, gemeentelijke begeleiding en zorg gefaciliteerd. De GGD'er is een laagdrempelig contact voor de cliënt, waardoor zij met samenwerkingspartners de cliënt weet te bereiken;
- c. **Wijkagent:** In enkele regio's heeft de wijkagent, of een speciale vorm daarvan, een expliciete rol in het vroegtijdig signaleren van een passende hulpvraag. Veelal werken de wijk-GGD'er en wijkagent in teamverband. Het voordeel hiervan is dat zij afhankelijk van de cliënt kunnen beoordelen of zij samen aanbellen bij de cliënt, of dat een van de twee strategisch 'om het hoekje' gaat staan. Op deze manier heeft de hulpverlener bescherming van een wijkagent, maar voorkomt dit dat de cliënt schrikt van de politie.

⁴ Assertive Community Treatment teams.

“Frans-Jan Derks is sinds kort speciaal wijkagent voor instellingen en allerlei vormen van overlast in Apeldoorn. Een onderdeel daarvan is bepalen hoe goed om te gaan met verwarde mensen die bijvoorbeeld ‘gewoon’ in een wijk wonen. Zijn voornaamste taak is zorgen dat politie, zorgorganisaties en hulpverleners samenwerken om overlast te beperken. Derks komt in beeld bij twijfelgevallen (straf of zorg), miscommunicatie tussen politie en zorginstellingen en probeert dus vooral problemen te voorkomen. Mensen die al hulp krijgen of in beeld zijn bij de wijkagent, dat gaat wel goed. Een zorg zijn de mensen die onbereikbaar zijn, de zorgmijders” (uit: *Stentor*)

3.10 Betrekken cliënten en familie

58 Bij het beoordelen van een cliënt is het wenselijk om zo veel mogelijk informatie te hebben over het welzijn van de cliënt. Naast de betrokkenheid van het formele steunsysteem kan hiervoor ook het informele steunsysteem worden betrokken, zoals de familie. Bijvoorbeeld door het ophalen van informatie tijdens het besluitvormingsproces. De betrokkenheid van cliënt en familie hangt naast regionale verschillen ook af van de wijze waarop ze aankijken tegen de positie van de cliënt. Indien de cliënt (zeer) overlastgevend is, zijn professionals minder geneigd om de familie/omgeving in het proces te betrekken. Het wel betrekken van de omgeving kan echter bijdragen aan een passende ondersteuning.

59 Ook na de beoordeling heeft de familie of omgeving van een cliënt een rol. Na de beoordeling is het wenselijk voor de familie om een terugkoppeling te krijgen over of de cliënt naar huis wordt gestuurd of dat er opvang, zorg of ondersteuning is georganiseerd. De meeste regio's geven aan dat dit vaak niet mogelijk is vanwege de rechtspositie van de cliënt. Wanneer de cliënt wilsbekwaam is mag alleen informatie met familie worden gedeeld als de cliënt zelf toestemming geeft.

3.11 Passende zorg

60 Regio's benadrukken dat de beschikbaarheid van passende zorg, hulp en ondersteuning van belang is voor een snelle en passende toeleiding. Hierbij gaat het zowel om de kwantiteit, als kwalitatieve invulling van passende zorg.

61 Met kwantiteit doelen wij op voldoende beschikbaarheid van zorg, hulp en ondersteuning. In sommige regio's wordt genoemd dat, bijvoorbeeld door de afbouw van bedden in de GGZ, onvoldoende plekken beschikbaar zijn. Hierdoor ontstaat het risico dat cliënten niet direct de benodigde intramurale zorg kunnen krijgen en buiten de regio worden geplaatst, of naar huis worden gestuurd en er enkel een ambulante behandeling wordt verleend.

62 Als het gaat om de kwalitatieve invulling zijn in sommige regio's knelpunten zichtbaar voor passende ondersteuning voor specifieke doelgroepen. Als het gaat om bijvoorbeeld multiproblematiek, zijn er weinig zorgaanbieders die zorg, bijvoorbeeld bij een combinatie van psychiatrische en LVB-problematiek kunnen leveren. Hierdoor vallen deze cliënten vaak tussen wal en schip. Daarnaast is in sommige regio's behoefte aan andersoortige woonvormen. Er is behoefte aan meer diversiteit, zodat het gat wordt gevuld tussen beschermd wonen (soms net iets te zwaar) en begeleid wonen (soms net iets te licht). Een nieuwe

voorziening 'passend wonen' waar personen redelijk zelfstandig kunnen wonen, helpt om escalatie te voorkomen.

Een laag begaafde mevrouw wordt na een heupfractuur opgenomen in het ziekenhuis waar wordt ontdekt dat mevrouw ernstig ziek is. Ze wordt opgenomen op de intensive care en verblijft daar met forse decubitus, ernstige sepsis, nierinsufficiëntie en leverstoornissen. Na haar verblijf in het ziekenhuis slagen zowel het ziekenhuis, het verpleeghuis en thuiszorg er niet in deze mevrouw weer op de been te krijgen. Ze verblijft inmiddels een paar jaar in bed of in een elektrische rolstoel en haar lichamelijke conditie verslechterd langzaam.

Mevrouw woont samen met haar twee licht verstandelijk beperkte zonen. De woning is te klein voor drie personen en vervuild. De zonen hebben structuur, regelmaat en begeleiding nodig om in de maatschappij te functioneren. Dit kan mevrouw hen niet bieden, allen functioneren met een laag IQ. Het gezin is bekend bij de politie en het Veiligheidshuis; de zonen vanwege meerdere overtredingen, agressief gedrag en eerder verblijf in een jeugdinstituut. Het Veiligheidshuis heeft geadviseerd mevrouw naar een verpleeghuis te sturen en de zonen naar een beschermde woonvorm.

Na verschillende incidenten wordt het gehele systeem uit de woning gezet en verhuizen ze naar een recreatiewoning. Het Veiligheidshuis heeft gedurende de gehele periode contact met alle betrokkenen, huisarts, thuiszorg politie en gemeente. Het lukt niet om tot een sluitende aanpak te komen rond dit gezin, incidenten herhalen zich en de lichamelijke conditie van mevrouw wordt steeds slechter. Getracht is mevrouw opnieuw te laten beoordelen, er is echter geen sprake van psychiatrische problematiek en mevrouw is wilsbekwaam.

3.12 Terugmelding

63 Om een sluitende aanpak te creëren voor het triageproces verwarde personen is het van belang dat signalen altijd opgepakt kunnen worden. In de praktijk is dit met name relevant als de crisisdienst beoordeelt dat het niet-acute problematiek betreft. Vaak wordt een cliënt dan geadviseerd om naar de huisarts, polikliniek van de GGZ of andersoortige hulpverlening te gaan. Er zijn verschillen tussen de regio's waarbij op dat moment de regie wordt belegd, namelijk bij de cliënt zelf of bij een hulpverlener.

64 In enkele regio's (Friesland, Noord-Holland-Noord, Zuid-Holland-Zuid, Haaglanden en Midden- en West-Brabant) is het zo dat bij niet-acute problematiek altijd een terugmelding wordt gedaan naar de signalerende partij of een team voor niet-acute zorg, zoals het 'team vangnet en advies'. Dit team gaat na de terugmelding (tijdens kantooruren) langs bij de cliënt om te informeren en adviseren of verder ondersteuning relevant is. Hierdoor ontstaat een sluitende aanpak, wat bijdraagt aan het tijdige ondersteuning van de cliënt.

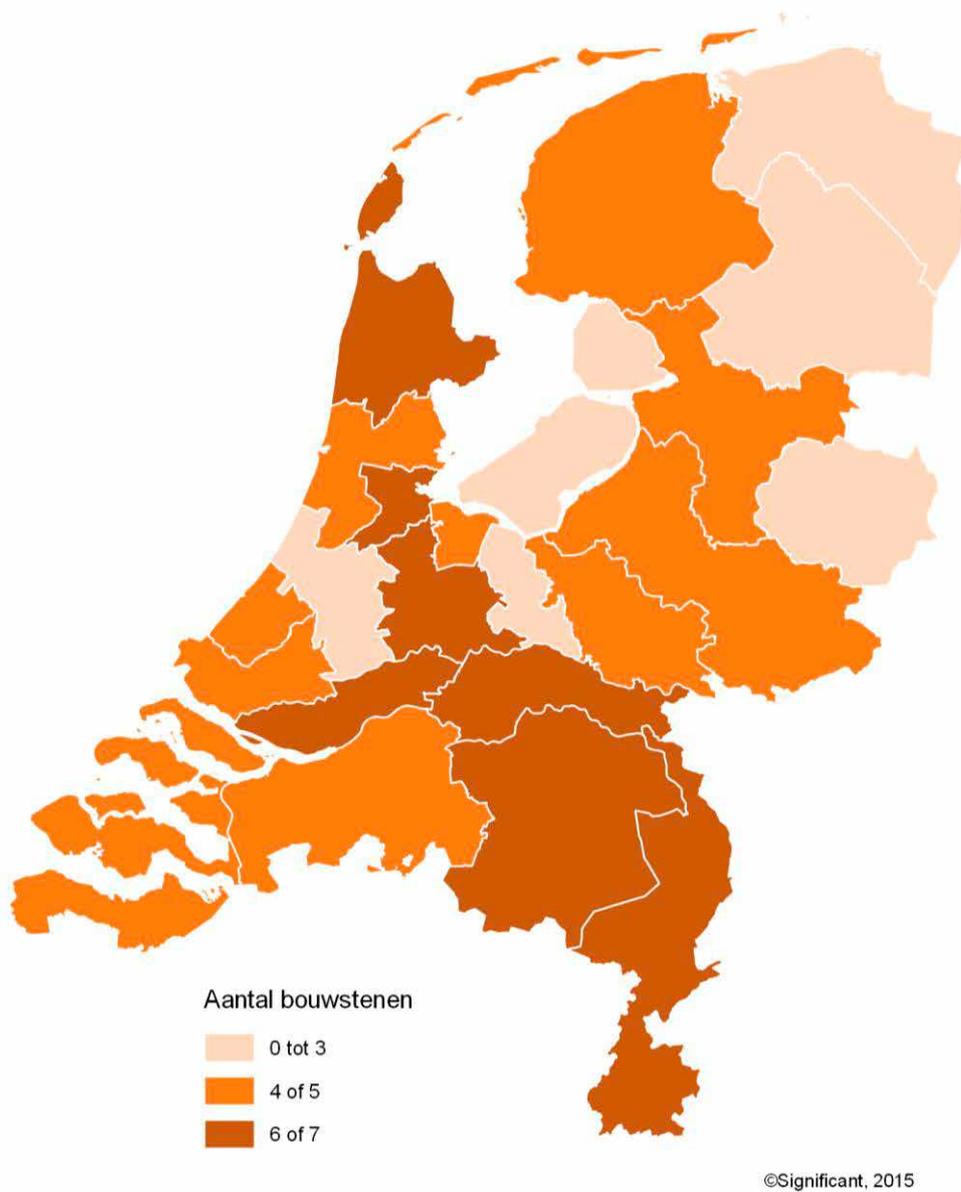
3.13 Geïmplementeerde bouwstenen per regio (indicatief)

⁶⁵ In deze paragraaf geven wij per regio weer hoeveel bouwstenen per regio zijn geïmplementeerd. Deze analyse kan als nulmeting worden gezien, maar is nadrukkelijk gebaseerd op de reflectie van de onderzoekers op de aanwezigheid van de bouwstenen en dient op deze wijze geïnterpreteerd te worden.

⁶⁶ Om te duiden welke bouwstenen op het moment van de inventarisatie (eind 2015) geïmplementeerd zijn gebruiken wij de volgende criteria:

1. Meldkamer: Binnen de meldkamer wordt gebruikgemaakt van een triage-instrument voor verwarde personen om tijdig de juiste professional in te schakelen;
2. Vervoer: In de regio zijn specifieke vervoersafspraken gemaakt en worden nageleefd (bijvoorbeeld door gebruik psycholance of altijd thuis beoordelen);
3. Beoordeling 'wie': In het proces van beoordeling zitten zo min mogelijk schakels, bijvoorbeeld door rechtstreekse beoordeling door crisisdienst GGZ;
4. Beoordeling 'wat': Crisisdienst oordeelt met een integrale bril (zowel GGZ, verslaving en/of LVB) over de acute problematiek;
5. Beoordeling 'waar': Beoordeling vindt plaats in een speciale opvangvoorziening of thuis bij de cliënt.
6. Meldpunt niet-acute zorg: Er is een meldpunt voor niet-acute problematiek bereikbaar voor zowel burgers, als professionals;
7. Multidisciplinaire vroegsignalering: Signalen over verwarde personen worden vanuit verschillende professionals gedeeld en verrijkt;
8. Rol wijkteams: Wijkteams hebben voldoende expertise in huis om signalen te herkennen en escaleren indien nodig;
9. Toeleiding: In de wijk zijn professionals beschikbaar die de cliënt ondersteunen bij toeleiding naar zorg, begeleiding of andere ondersteuning;
10. Betrekken cliënt en familie: Informatie van cliënt en familie wordt gebruikt tijdens de beoordeling en zij ontvangen een terugkoppeling van het resultaat van de beoordeling;
11. Passende zorg: In zowel kwantiteit, als kwalitatieve zin is passende zorg beschikbaar;
12. Terugmelding: Na een negatieve beoordeling door de crisisdienst, wordt altijd een terugmelding gedaan bij een andere professional.

⁶⁷ Figuur 3 geeft een overzicht van het totaal aantal bouwstenen per regio, zoals deze in de gesprekken met de regio's aan bod zijn gekomen. De meeste regio's (tien regio's) hebben eind 2015 4 of 5 bouwstenen geïmplementeerd. Daarnaast hebben zes regio's 6 of 7 bouwstenen geïmplementeerd. Zes regio's hebben 0 tot 3 bouwstenen geïmplementeerd.



Figuur 3. Aantal bouwstenen per regio

4. Werkzame elementen en knelpunten

68 In het vorige hoofdstuk beschreven wij de verschillen tussen de regio's met betrekking tot de uitvoeringspraktijk rondom het triageproces van verwarde personen. Deze bouwstenen zijn geïdentificeerd door de onderzoekers tijdens de inventarisatie. Naast de 'harde' aan- en afwezigheid en invulling van bepaalde bouwstenen identificeren de regio's zelf bepaalde knelpunten en werkzame elementen die van invloed zijn op het functioneren van het triageproces. Dit hoofdstuk beschrijft de door de regio's genoemde werkzame elementen en knelpunten.

4.1 Werkzame elementen

69 Alle regio's ontwikkelen en doorontwikkelen op dit moment actief het beleid omtrent de aanpak van verwarde personen. Er is steeds meer oog voor verwarde personen; ketenpartners in de regio weten elkaar steeds beter te vinden en werken gezamenlijk ideeën en oplossingsrichtingen uit. Omdat wij de huidige uitvoeringspraktijk in beeld brengen beschrijven wij enkel de werkzame elementen die regio's momenteel als positief ervaren en bijdragen aan tijdige, snelle en passende hulpverlening. De werkzame elementen zijn niet in elke regio aanwezig en zijn ook niet altijd even effectief binnen de regio, maar kunnen wel als voorbeeld en ter inspiratie dienen voor andere regio's.

4.1.1 Samenwerking tussen ketenpartners

70 Verwarde personen betreffen een diverse doelgroep die een beroep doet op veel verschillende partijen. Om de problematiek van een cliënt integraal in kaart te brengen en de cliënt verder te helpen is samenwerking tussen alle betrokken partijen volgens de regio's essentieel. Samenwerking vindt plaats op zowel uitvoerend als bestuurlijk niveau.

71 Op uitvoerend niveau werken verschillende professionals samen aan het *tijdig* signaleren van problematiek. Omdat signalen van problematiek door verschillende partijen worden opgepikt, helpt het als er een 'plek' (casuïstiekoverleg, bij het 'meldpunt Zorg en Overlast' of bij de GGD) is waar deze signalen samen op tafel komen en gecombineerd kunnen worden. Dit helpt om in een regio de problematiek van een (verward) persoon tijdig en multidisciplinair in kaart te brengen (zie ook bouwsteen 'multidisciplinaire vroegsignalering'). Ook noemen de regio's het (professionele) netwerk van een individuele professional als werkzaam element. De kennis en kunde in het netwerk van een professional bepaalt in grote mate de hoeveelheid en de mate van detail in de informatie die wordt uitgewisseld en of partijen elkaar weten te vinden. Samenwerking op uitvoerend niveau stimuleert ook het *snel* toeleiden naar *passende* zorg. Het gezamenlijk opzetten van een opvanglocatie door de GGZ en politie is hier een sprekend voorbeeld van.

72 Ook op bestuurlijk niveau is samenwerking tussen ketenpartners belangrijk om de gezamenlijke verantwoordelijkheid voor deze doelgroep te kunnen nemen en de kaders te scheppen waarbinnen professionals en organisaties met elkaar kunnen samenwerken. Ook ten aanzien van gezamenlijke investeringen en/of inzet van personele capaciteit is de bestuurlijke samenwerking van groot belang.

4.1.2 Spreken van dezelfde taal

73 Ondanks dat partijen elkaar goed weten te vinden en tijdig met elkaar afstemmen, blijft de communicatie in kwalitatieve zin vaak lastig. Partijen uit de zorgsector, het sociaal domein en de strafrechtketen kennen een andere cultuur en hanteren een eigen taal en betekenis van begrippen. Ook spelen over en weer bepaalde verwachtingen die niet altijd juist zijn. Een voorbeeld hiervan is de aard van de problematiek die de crisisdienst beoordeelt. De politie is meestal goed in staat om te beoordelen of sprake is van een crisissituatie en of de crisisdienst daarbij betrokken moet worden. Indien door de crisisdienst echter wordt geconstateerd dat geen sprake is van acute psychiatrische problematiek (DSM-stoornissen) gaan ze niet over tot een opname. Dit geeft de politie in eerste instantie het idee dat de crisisdienst terughoudend is in het opnemen van personen, terwijl dit niet het geval is (de crisisdienst ziet de betrokkene vaak de volgende dag tijdens kantooruren, start een ambulante behandeltraject of verwijst door naar een andere zorgverlener). In regio's waar de crisisdienst actief terugkoppelt, samenwerking op breed vlak ingestoken wordt en de focus ligt op de cliënt ontstaat meer gemeenschappelijk begrip, kennis en inzicht.

4.1.3 Leren door te experimenteren

74 De regio's die een duidelijk proces en structuur hebben staan rondom het triageproces voor verwarde personen, noemen leren door te experimenteren als werkzaam element. Zij geven aan dat het maken van afspraken en het voeren van overleggen nodig is om tot samenwerking te komen, maar dat de echte verandering plaatsvindt door samen aan de slag te gaan. Het verschil in werkwijze tussen 'zorg' en 'straf' en knelpunten worden hierdoor snel inzichtelijk. Het is zaak om verschillen en onenigheden niet in de weg te laten staan op het moment dat een cliënt hulp nodig heeft. Dit is niet in het belang van de cliënt en snel handelen is noodzakelijk. Achteraf praten over de verschillen (aan de hand van casuïstiek) en integraal zoeken naar oplossingen zorgt ervoor dat een knelpunt een volgende keer niet meer voor hoeft te komen.

4.1.4 Kennis van de problematiek

75 Regio's geven aan dat kennis van de problematiek, waaronder GGZ, bij de signalerende partijen zoals de politie en wijkteams noodzakelijk is om de problematiek van een cliënt tijdig te signaleren. In regio's waar de samenwerking tussen de politie en zorg goed verloopt, worden bijvoorbeeld vrijblijvend cursussen en opleidingsavonden georganiseerd door de GGZ-aanbieder voor politie en wijkagenten. Tijdens deze bijeenkomsten delen de GGZ-aanbieder en de politie kennis aan de hand van cliëntervaringen en casuïstiek.

76 Ook wijkteams hebben een signalerende functie. In een beperkt aantal regio's is de (O)GGZ deskundigheid in de wijkteams aanwezig. Wanneer dit het geval is zijn wijkteams beter uitgerust om (GGZ) problematiek tijdig te signaleren.

77 Om de kennis over de problematiek te vergroten is ook feedback tussen professionals van belang. Hierdoor ontstaat meer begrip over gemaakte keuzes en ontstaat een leereffect voor volgende situaties.

4.1.5 *Eén regio; één aanpak*

78 Een aantal veiligheidsregio's heeft bewust gekozen voor een regionale aanpak rondom het triageproces (in tegenstelling tot een triageproces of oplossing voor één stad of één gemeente binnen een veiligheidsregio). Regio's die een regionale aanpak hanteren hebben een gezamenlijk projectteam en stuurgroep ingericht. In beide afvaardigingen zijn de verschillende stakeholders vanuit de verschillende gemeenten betrokken. Dit draagt bij aan een eenduidige aanpak, waardoor professionals elkaar sneller kunnen vinden en het voor de werkwijze van bijvoorbeeld de politie en zorgaanbieder geen verschil maakt uit welke gemeente de betrokken persoon komt en van welke faciliteiten hij of zij gebruik kan maken.

79 Samenwerking op regionaal niveau heeft daarnaast als voordeel dat op breder vlak informatie beschikbaar is en gedeeld mag worden op basis van een samenwerkingsprotocol (inclusief privacyprotocol). Door de decentralisaties hanteren veel gemeenten een eigen inrichting van het meldpunt Zorg & Overlast, OGGZ, wijkteams en/of bemoeizorgteams. De informatievoorziening met betrekking tot een persoon is hierdoor gefragmenteerd. Omdat de doelgroep vaak geen vaste woon- of verblijfplaats heeft en rondtrekt tussen verschillende gemeenten, helpt een regionale organisatie om informatie bij elkaar te brengen.

4.2 **Knelpunten**

4.2.1 *Informatie-uitwisseling en privacywetgeving*

80 Eén van de genoemde knelpunten door de verschillende regio's is het uitwisselen van informatie tussen ketenpartners. Privacywetgeving (of de interpretatie van privacywetgeving) staat professionals in de weg om relevante informatie over bijvoorbeeld het zorgverleden of strafdossier met elkaar te delen. Het beschikken over de juiste informatie is van belang voor het toeleiden van een persoon naar passende zorg of het vorderen van een passende straf. Daarnaast komt het regelmatig voor dat door de crisisdienst genomen besluiten (geen crisisindicatie afgegeven, wel ambulante behandeltraject) niet worden teruggekoppeld naar de politie, melder van een incident, het meldpunt Zorg en Overlast of bemoeizorg.

81 Enkele regio's geven daarentegen aan dat informatie in sommige gevallen te snel gedeeld en misbruikt wordt. Een voorbeeld hiervan is dat de buurt wordt ingelicht over een afgegeven RM. Dit is informatie die niet gedeeld mag worden. Dit zorgt ervoor dat partijen in de toekomst voorzichtiger zijn met het uitwisselen van informatie.

4.2.2 *Veranderend zorglandschap is niet duidelijk voor betrokken partijen*

82 Vrijwel alle regio's noemen de decentralisaties als een ingrijpende verandering. Het zorglandschap is regionaal sterk gefragmenteerd en aan wijziging onderhevig. Professionals moeten wennen aan het nieuwe zorglandschap en moeten leren om elkaar (opnieuw) te vinden, wat tijd nodig heeft. De OGGZ-teams hebben in de afgelopen jaren een groot netwerk opgebouwd, maar worden op dit moment minder goed gevonden. De oorzaak is dat betrokkenen denken dat OGGZ-teams zijn verdwenen, terwijl de oude structuur vaak ook nog steeds bestaat en zij een centrale rol in kunnen nemen.

83 Met de decentralisaties zijn ook de wijkteams geboren. Signalen komen vaak wel terecht bij de wijkteams, maar worden niet altijd opgepakt. Regio's geven aan dat de wijkteams nog zoekende zijn naar hun eigen rol en taken. Daarnaast is OGGZ en/of GGZ kennis en expertise vaak in beperkte mate aanwezig, waardoor wijkteams te lang blijven 'doormodderen' met een persoon óf juist te snel doorverwijzen.

4.2.3 *Onvoldoende capaciteit in de GGZ*

84 De ambulantisering van de afgelopen jaren zorgt voor minder klinische behandelcapaciteit. In een aantal regio's zorgt dit voor problemen in het snel toeleiden naar passende zorg. De cliënt kan dan pas na een aantal dagen geplaatst worden of moet buiten de regio opgenomen worden: een cliënt met een IBS of RM dient respectievelijk binnen een dag of binnen twee weken te worden opgenomen, omdat de maatregel anders komt te vervallen. Dit draagt niet bij aan de doelstelling van tijdig en snel toeleiden naar passende zorg. Ook levert het plaatsen buiten de regio problemen op met het vervoer. De ambulancedienst mag buiten kantooruren alleen binnen de regio cliënten vervoeren, waardoor een andere partij (veelal de politie) het vervoer overneemt.

85 Tegelijkertijd bouwt de ambulante behandelcapaciteit en ambulante begeleiding (Wmo) niet snel genoeg op om de ambulantisering op te kunnen vangen. De regio's noemen dit punt als mogelijke verklaring voor de grotere instroom van verwarde personen.

4.2.4 *Drempels in de zorg voor cliënten*

86 Een aanzienlijk deel van de groep verwarde personen heeft geen vaste woon- of verblijfplaats en om deze reden geen zorgverzekering. In de praktijk leidt dit ertoe dat de zorgaanbieder de cliënt wel beoordeelt en een DBC opent, maar deze niet vergoed krijgt. Wanneer de cliënt wel een zorgverzekering heeft veroorzaakt het betalen van het eigen risico (Zorgverzekeringswet) of de eigen bijdrage (Wmo) in sommige gevallen zorgmijding. De cliënt moet het DBC ondertekenen voordat deze geopend wordt. Indien de cliënt weigert te ondertekenen omdat hij/zij niet instemt met het betalen van het eigen risico, mag een DBC niet geopend worden waardoor de behandeling niet start. Passende zorg komt hiermee in het gedrang.

87 Regio's noemen de aansluiting tussen verschillende zorgvormen als knelpunt. De GGZ heeft te maken met verschillende financieringsstromen (Forensische zorg (VenJ), de Zorgverzekeringswet, de Wmo (gemeente)) en kent daarnaast ook verschillende kaders (forensisch, civiel en vrijwillig) die niet goed op elkaar zijn afgestemd. Cliënten en professionals ervaren bij elk 'schot' een drempel waardoor niet altijd sprake is van continuïteit van zorg.

4.2.5 *Combinatiemogelijkheden straf en zorg*

88 In veel regio's wordt al vroeg in het triageproces de keuze gemaakt of de betrokken persoon thuishoort in de zorg of in het strafrecht. De politie ter plaatse beslist aan de hand van de zwaarte van het misdrijf en een inschatting van GGZ problematiek of de persoon terecht komt in een zorgtraject of strafrechtelijk traject. De samenwerking tussen beide domeinen komt in sommige regio's goed tot stand, maar in veel regio's is de ervaring dat het combineren van straf en zorg in de vorm van maatwerk lastig is en vaak wordt gemist. Door

de uitvoering van een in het strafrecht opgelegde sanctie kan een zorgtraject worden doorbroken, wat in sommige gevallen nadelig is voor de cliënt. In andere gevallen kan het soms juist helpen om de sanctie als gedwongen kader te hebben voor de benodigde zorg.

5. Ondersteuningsbehoefte aanjaagteam

89 Tijdens de gesprekken met de regio's is aan de orde gekomen welke ondersteuningsbehoefte er is en waar het aanjaagteam een bijdrage aan kan leveren. In de volgende paragrafen beschrijven wij de volgende ondersteuningsbehoefte:

- a. Inzicht in de doelgroep;
- b. Aanpak vraagt niet alleen inzet van professionals, maar ook maatschappelijke tolerantie;
- c. Snel mogelijkheid om te leren van andere regio's;
- d. Inzicht bieden aan het rijk over de kosten van het inrichten van het triageproces;
- e. Handreiking omtrent informatie-uitwisseling;
- f. Instrumentarium om eerder 'verplichte zorg' te kunnen leveren;
- g. Herziening zorglandschap en benodigde capaciteit.

5.1 Inzicht in de doelgroep

90 Vanuit de regio's wordt aangegeven dat er duidelijkheid nodig is wie onder de doelgroep 'verwarde personen' valt. De afbakening van de doelgroep is immers bepalend voor de reikwijdte van het beleid rond verwarde personen en het domein waarop de aanbevelingen van het aanjaagteam straks betrekking hebben. Vanuit de regio's wordt hier verschillend invulling aan gegeven, bijvoorbeeld door het wel versus niet betrekken van de groep met psychogeriatrische problematiek en het wel versus niet betrekken van de groep die bekend is bij zorgaanbieders en waar afstemming en ondersteuning voor geregeld is. Daarnaast spelen ook actuele maatschappelijke ontwikkelingen een rol bij de afbakening van de doelgroep. Zo is vanuit verschillende regio's aangegeven dat ze verwachten dat de groep verwarde personen toe zal nemen door de toename van het aantal vluchtelingen.

5.2 Aanpak vraagt niet alleen inzet van professionals, maar ook maatschappelijke tolerantie

91 Tijdens de gesprekken in de regio's wordt veelvuldig de vraag opgeworpen of daadwerkelijk sprake is van 'meer verwarde personen' of dat wij als maatschappij simpelweg meer last van hebben en wij aan het wennen zijn aan het gezamenlijk leven in een participatiesamenleving. Regio's ervaren dat de samenleving wisselend open staat voor de groep kwetsbare en de soms verwarde of lastige personen ('inclusie' versus 'exclusie'). Daarnaast is een impliciete verwachting dat de professionals, ook wel het formele steunsysteem, volledig instaan voor de opvang voor deze groep en het voorkomen van overlast.

92 Van het aanjaagteam wordt daarom verwacht dat ze een bijdrage levert aan een stuk maatschappelijke bewustwording, tolerantie en meer inzet van de informele steunsystemen. Als wij als samenleving kiezen voor een beleid waarbij kwetsbare personen zo lang mogelijk zelfstandig blijven wonen in hun eigen omgeving, vanuit zoveel mogelijk eigen draagkracht en inzet van informele steunsystemen, dan moeten wij ook accepteren dat het soms mis gaat of er overlast kan ontstaan en deze groep een extra steuntje in de rug nodig heeft. Dit vraagt inzet van professionals in het tijdig bieden van zorg en ondersteuning, maar het vraagt ook tolerantie van de omgeving en inzet van informele steunsystemen.

5.3 Snel mogelijkheid om te leren van andere regio's

93 In alle regio's vinden op dit moment activiteiten plaats om de triage en opvang van verwarde personen zo goed mogelijk te organiseren. Zo is men bijvoorbeeld bezig met het maken van afspraken in convenanten, het ontwikkelen en evalueren van nieuwe werkwijzen, het identificeren en in beeld brengen van de doelgroep, het organiseren van samenwerking, het uitwisselen van kennis, et cetera. De regio's geven aan dat ze graag van elkaar willen leren en behoefte hebben aan uitwisseling van kennis, werkzame principes en *best practices*. Vanuit de regio's is de verwachting dat het aanjaagteam deze uitwisseling faciliteert. Vanwege de urgentie en actualiteit van het vraagstuk is deze behoefte er op korte termijn.

94 Concrete activiteiten die genoemd zijn door de regio's zijn de volgende:

- a. *Invitational conferences per regio met verschillende stakeholders*. Binnen de regio's heeft men de behoefte elkaar beter te leren kennen, beter van elkaar te weten wat ieders verwachting en bijdrage is, inzicht krijgen in elkaars werkwijzen, onderlinge afspraken maken over samenwerking, kennisdeling en informatie-uitwisseling;
- b. *Landelijke invitational conferences per doelgroep, bijvoorbeeld met alle gemeenten*. Vooral gemeenten hebben behoefte aan uitwisseling tussen regio's over de wijze waarop ze invulling geven aan hun verantwoordelijkheid rond de triagevoorziening, op welke wijze ze hun regierol kunnen invullen, hoe ze de ondersteuning, begeleiding, (bemoei)zorg en het wonen voor deze gedifferentieerde groep optimaal kunnen organiseren;
- c. *Deskundige ondersteuning*. Invliegen van deskundige ondersteuning of kwartiermakers om te helpen identificeren van blinde vlekken en verbeterpunten, helpen in de opstart van activiteiten of het verbeteren van bestaande werkwijzen en processen. Bijvoorbeeld over de vraag hoe je een top X vaststelt, het op goede wijze organiseren van de gezamenlijke verantwoordelijkheid van partijen binnen de domeinen van straf, zorg en veiligheid, het maken van afspraken over informatievoorziening.

5.4 Inzicht aan rijk over kosten opzetten triageproces

95 Gemeenten zijn verantwoordelijk voor een sluitende aanpak voor passende ondersteuning van verwarde personen. Gemeenten moeten dit organiseren, hetgeen tijd, professionaliteit en inzet van mensen vraagt. Vanuit de regio's wordt aangegeven dat, vooral in de fase van ontwikkeling en implementatie, extra middelen nodig zijn om zowel de juiste expertise en kennis hiervoor te organiseren als de extra tijd die hiermee gepaard gaat.

5.5 Handreiking omtrent informatie-uitwisseling

96 Een punt wat veelvuldig terugkomt in de gesprekken met de regio's is de behoefte aan informatie-uitwisseling. Tegelijkertijd ligt hier ook een knelpunt. De meeste regio's ervaren de benodigde informatie-uitwisseling als niet optimaal. Partijen hebben niet altijd scherp wat wel of niet gedeeld kan worden en delen daarom bijna niets óf zijn juist onzorgvuldig. Er zijn verschillende (juridische) inzichten over privacy en welke informatie noodzakelijk is om te delen en met wie. Een richtinggevend kader dat handvatten biedt om concrete afspraken te maken over informatie-uitwisseling tussen alle betrokken partijen bij de zorg en opvang rond een verward persoon kan daarbij helpen. Een handreiking met daarin bijvoorbeeld een aantal uitgewerkte

casussen helpt betrokken partijen om betere afspraken te maken en zich bewust te worden van de informatiebehoefte van elkaar.

5.6 Instrumentarium om eerder 'verplichte zorg' te kunnen leveren

97 Indien sprake is van ernstige psychiatrische problematiek, ernstige overlast of een risico op ernstige schade voor de betrokkene of de omgeving is, dan is benodigde zorg en opvang vrijwel altijd snel geregeld. Indien de situatie echter minder ernstig is, en betrokkenen niet instemmen met het aanbod van zorg of ondersteuning ervaren veel regio's het als problematisch om iets voor deze groep te kunnen betekenen. Vooral de groep zogenaamde 'zorgmijders' waarbij vaak sprake is van problematiek op het terrein van psychosociaal welbevinden, wonen/huisvesting, werk en inkomen wordt als een lastige groep ervaren waarbij het in veel gevallen niet lukt om betrokkenen 'in zorg' te krijgen. Pas indien een situatie echt ernstig wordt, kan 'maatschappelijke teloorgang en verwaarlozing' een reden zijn voor een verplichte opname.

98 Vrijwel alle regio's verwachten dat de Wet verplichte GGZ het makkelijker gaat maken om in een eerder stadium lichtere zorgvormen verplicht op te kunnen leggen en hopen dat het aanjaagteam hier een impuls aan kan geven. Tevens bieden alternatieven als bewindvoering en curatele mogelijkheden om belangen van betrokkenen te behartigen en tijdig met betrokkenen in gesprek te gaan om bijvoorbeeld uithuisplaatsingen of verwaarlozing te voorkomen of kwetsbare personen juist wel zelfstandig te laten wonen. Ook hier kan het aanjaagteam een impuls aan geven, door het te agenderen en bespreekbaar te maken.

5.7 Herziening zorglandschap en benodigde capaciteit

99 Vanuit verschillende regio's komen signalen dat behoefte is aan een andersoortige vorm van wonen, zorg en ondersteuning naast het bestaande aanbod. Hierbij wordt bijvoorbeeld genoemd: meer diversiteit in passende woonvormen, voldoende dagbesteding, mogelijkheid tot kortdurende time-outvoorzieningen waar mensen weer even tot rust kunnen komen en vormen van langdurige monitoring. Daarnaast blijkt uit de genoemde knelpunten dat het voor de groep met multiproblematiek (de groep die niet onder één noemer te vangen is) vaak lastig is om passende zorg en ondersteuning te organiseren. Vanuit de regio wordt het als lastig ervaren om hier een oplossing voor te creëren. Er zijn weinig extra middelen beschikbaar en bestaande middelen zitten vaak vast in bestaand zorg- en ondersteuningsaanbod.

100 De regio's verwachten van het aanjaagteam een bijdrage aan:

- a. Het schetsen van het benodigde toekomstige zorglandschap voor deze doelgroep. Welk soort en type voorzieningen zijn nodig om te voorzien in de zorgbehoefte van deze complexe doelgroep? Wat vraagt dit van professionals in de GGZ, de maatschappelijke opvang, de OGGZ, de verstandelijk gehandicaptenzorg, verslavingszorg, gemeenten en woningbouwcorporaties? Aan welk type opvang, wonen, zorg en ondersteuning is behoefte, naast het bestaande zorgaanbod en wat is nodig om daar te komen? Naast het helpen schetsen van het benodigde toekomstige zorglandschap verwachten de regio's ondersteuning in het faciliteren van het ontstaan van ideeën daarover en de onderling uitwisselen van ideeën tussen de regio's;
- b. Het creëren van regelruimte om zorg te organiseren voor de groep met multiproblematiek waarbij makkelijker gekomen kan worden tot combinaties tussen verschillende zorgsoorten en begeleiding.

6. Conclusies en aanbevelingen

101 In de hoofdstukken 2 tot en met 5 beschrijven wij de informatie die wij hebben opgehaald tijdens de uitvoering van deze inventarisatie. De hoofdstukken geven zowel zicht op de uitvoeringspraktijk binnen de regio's (inventarisatie) als op de aanknopingspunten voor de aanpak van de problematiek van verwarde personen (analyse in de vorm van bouwstenen).

6.1 Conclusies

6.1.1 *Verschillen in organisatiegraad en schaal tussen regio's met betrekking tot 'acute en niet-acute problematiek'*

102 Door het ophalen van informatie door het gehele land hebben we in 1,5 maand een breed beeld gekregen van de uitvoeringspraktijk in de regio's. We hebben inzicht gekregen in de triagevoorziening voor verwarde personen met acute én niet-acute problematiek. Hierbij is een verschil te zien in de mate waarin (binnen de regio) overeenstemming is in de organisatie ten behoeve van acute problematiek, versus niet-acute problematiek. Ons beeld op basis van de inventarisatie is als volgt:

- a. Over het omgaan met verwarde personen die ernstige incidenten en/of ernstige overlast veroorzaken en waarbij een vermoeden is van een ernstige acute psychiatrische oorzaak, zijn in vrijwel alle regio's afspraken gemaakt tussen partijen. Deze afspraken gaan over de wijze waarop wordt omgegaan met verwarde personen en de opvang van deze personen;
- b. Als het gaat om het handelen naar aanleiding van niet-acute problematiek en vroegsignalering zien wij binnen de regio's een diffuus beeld. Dit heeft enerzijds te maken met de beleidsvrijheid van gemeenten over de wijze waarop ze invulling geven aan hun verantwoordelijkheden ten aanzien van de doelgroep van verwarde personen. Zo maken gemeenten eigen keuzes in de organisatie van het toeleidingsproces naar begeleiding en opvang, in onder meer de verantwoordelijkheidsverdeling tussen de sociale wijkteams, de GGD, de bemoeizorg en de maatschappelijke opvang en maken gemeenten in (nog) beperkte mate verschillende keuzes in de aard en de omvang van beschikbare zorg, opvang en ondersteuning;
- c. Daarnaast is de uitvoeringspraktijk van zorg voor verwarde personen (waarbij geen sprake is van een ernstig incident of vermoeden van acute problematiek) voor professionals minder helder, zo hebben niet alle betrokken professionals zicht op en/of hetzelfde beeld van alle betrokken partijen, hun verantwoordelijkheden ten aanzien van de doelgroep van verwarde personen en de wijze waarop de keten (het netwerk) en het gehele proces is georganiseerd. Tijdens de interviews zorgde dit ervoor dat professionals uit de regio's soms verbaasd naar elkaar keken en tijdens de gesprekken dan ook leerden van de uitvoeringspraktijk binnen de eigen regio;
- d. Vanuit de inventarisatie blijkt dat binnen regio's (en soms over regio's heen) de problematiek van verwarde personen op verschillende schaalniveaus wordt gewerkt. Voor acute problematiek wordt op een relatief hoger schaalniveau gewerkt. Voor de reguliere zorg en opvang voor de doelgroep van verwarde personen wordt gewerkt op een lager schaalniveau en constateren wij meer differentiatie, onduidelijkheid en diversiteit in afspraken en betrokken partijen.

6.1.2 *Alle regio's en partijen zijn bezig met verbetering*

103 Alle regio's zijn op dit moment aan de slag om het triageproces te verbeteren. Alle regio's voelen op dit moment de urgentie om de triagevoorziening voor verwarde personen te verbeteren. Dit zie je ook direct terug in de plannen die ze (in gezamenlijkheid) aan het maken zijn en die vaak al klaar staan voor implementatie. Dit betekent dat onze inventarisatie echt een 'stand van het land' is en mogelijk bij publicatie al verouderd is.

6.2 Aanbevelingen over gebruik inventarisatie en de volgende stap

6.2.1 *Een nulmeting 'in ontwikkeling'*

104 Zoals ook aangegeven in hoofdstuk 2 geeft deze inventarisatie primair een breed beeld van de huidige stand van het land per december 2015. De inventarisatie biedt geen volledig landelijk overzicht van de situatie per gemeente. Hierdoor blijft een deel van de vroegsignalering en organisatie van de niet-acute zorg buiten beeld. Daarnaast is het, mede gezien de korte doorlooptijd van het onderzoek, niet mogelijk geweest de bouwstenen en de mate waarin regio's deze bouwstenen al in de uitvoeringspraktijk herkennen en gebruiken, terug te leggen bij de regio's. Zoals beschreven in de rapportage hebben wij als onderzoekers zelf de bouwstenen afgeleid uit de gesprekken tijdens de looptijd van de inventarisatie. Tot slot betreft het vooral kwalitatieve informatie en is het op basis van deze inventarisatie niet mogelijk om harde kwantitatieve uitspraken te doen.

105 De uitkomsten van deze inventarisatie bieden echter wel concrete aanknopingspunten om dit landelijke kwantitatieve beeld per gemeente te verkrijgen. Daarom adviseren wij deze inventarisatie te gebruiken als een nulmeting 'in ontwikkeling' en te streven naar een tweede meting medio 2016. Grofweg onderscheiden wij hierbij twee stappen.

106 Stap 1 bestaat uit het toetsen, aanvullen en aanscherpen van de bouwstenen en het expliciteren van de verwachtingen richting de regio's. Dit kan door eerst met regio's in gesprek te gaan over de inhoud van de huidige bouwstenen of deze bouwstenen de gehele lading dekken. Vervolgens is het nodig om de verwachtingen richting de regio's expliciet te maken, bijvoorbeeld door aan te geven hoeveel bouwstenen moeten zijn ingevuld voor de zomer van 2016 en welke bouwstenen 'essentieel' zijn en dus minimaal regionaal ingevuld moeten zijn.

107 Stap 2 bestaat uit toetsing op de aanwezigheid van de bouwstenen in de regio's tijdens een tweede meetmoment ('1-meting') medio 2016. Daarbij adviseren wij om naast de insteek van de veiligheidsregio's meer in te zoomen op gemeenteniveau. De belangrijkste overwegingen hierbij zijn de huidige grote verschillen in de wijze van organisatie van de triagevoorziening voor niet-acute problematiek per gemeente.

6.2.2 *Regio's hebben een actuele behoefte aan concrete handvatten*

108 Sluit aan bij de wens van de regio's: "Snel de mogelijkheid om te leren van andere regio's". Regio's zijn op dit moment en de eerste paar maanden van het jaar 2016 aan de slag met het verbeteren van de triagevoorziening in hun regio. Dat betekent ook dat er voor hen een noodzaak is om in dit stadium te kunnen

leren van andere regio's in de vorm van 'good practices', of liever 'good principles' die ze op passende wijze in hun eigen context in de regio kunnen vormgeven en implementeren (eventueel na een fase van experimenteren). Gezien de verscheidenheid in de regio's adviseren wij het aanjaagteam niet te veel de structuur voor te schrijven, maar regio's handvatten te bieden voor de regionale invulling. Deze ondersteuning kan bijvoorbeeld bestaan uit het (pro)actief overbrengen van 'good principles' van de ene naar de andere regio en mee te denken over de concrete vormgeving en invulling hiervan.

A. Respondenten

Veiligheidsregio	Organisatie
Amsterdam-Amstelland	Gemeente Amsterdam
	GGD
Brabant-Noord en Brabant zuidoost	Reinier van Arkel groep
	GGzE
	Reinier van Arkel groep
	Gemeente Eindhoven
	Hoofd meldkamers Eindhoven en Den Bosch
	Veiligheidshuis Den Bosch
	Gemeente Uden
	Politie oost brabant
Drenthe	Ondersteuningsteam aanjaagteam
	Gemeente Assen
	Politie Oost Nederland
	Gemeente Assen
	OGGZ netwerk (GGD)
	Gemeente Assen (veiligheidshuis)
	OGGZ netwerk (GGD)
	Gemeente Emmen
	GGZ Drenthe
	Acute psychiatrie GGZ
Woningcorporatie Actium	
Flevoland	Gemeente Almere (OGGZ / wijkteams)
	Gemeente Almere (OGGZ / wijkteams)
	Leger des Heils
	GGD Flevoland (OGGZ)
	Amethist
	GGZ Centraal
	GGD Flevoland (OGGZ)
	Kwintes
	Kwintes
GGD Flevoland (GHOR / Publieke gezondheid)	
Gemeente Almere (Veiligheid)	
Friesland	Veiligheidshuis
Gelderland-Midden	Gemeente Arnhem (Veiligheid en openbare orde)
	GHOR Gelderland
Gelderland-Zuid	GGD
	GGD
	gemeente Nijmegen
Gooi- en Vechtstreek	Gemeente Nijmegen
	GGZ Centraal
Groningen	GGZ Centraal
	GGD Groningen
	gemeente Groningen
	gemeente Groningen
Haaglanden	gemeente Groningen
	unitmanager ggz Parnassia
	Politie
	Politie
Hollands Midden	Officier van Justitie
	Gemeente Den Haag
	Gemeente Waddinxveen
	Veiligheidshuis Hollands Midden
	GGZ Rivierduinen Gouda / Alphen aan den Rijn
	Ondersteuningsteam aanjaagteam
Ondersteuningsteam aanjaagteam	

Veiligheidsregio	Organisatie
IJsselland	Gemeente Zwolle
	Gemeente Zwolle
	Politie
	GGD
	PI / PPC
	Transfore (Dimence)
	Wijkteam
	GGD
	Veiligheidshuis
	Dimence (crisisdienst)
Limburg-Noord & Limburg-Zuid	Gemeente Venlo
	Gemeente Venray
	Politie
	Politie
	Gemeente Maastricht
Midden- en West-Brabant	GGD
	Zorg- en Veiligheidshuis Midden-Brabant (Tilburg)
	Zorg- en Veiligheidshuis Midden-Brabant (Tilburg)
	Projectleider verwarde personen
Noord- en Oost Gelderland	Gemeente Tilburg
	GGNet
	GGNet
	OM
	Politie
	GGNet
	Gemeente Apeldoorn
	Veiligheidshuis
	Gemeente Apeldoorn (wijkteams)
	GGD Noord-Veluwe
Noord-Holland Noord	Veiligheidshuis Noord Holland Noord
	Gemeente (ambtelijk trekker OGGZ west Friesland)
	Gemeente Hoorn
	Gemeente Medemblik (coordinator team Sociaal Domein)
	Vangnet zorg en advies
	GGD (adjunct directeur)
	Politie (coordinator OGGZ)
Rotterdam en Zuid Holland zuid	Politie
	Parnassiagroep
	Veiligheidshuis Zuid Holland Zuid
Twente	Gemeente Enschede
	Projectleider 10 Twente
	Gemeente Haaksbergen
Utrecht Oost	Gemeente Hellendoorn
	Gemeente Amersfoort
	gemeente Woudenberg (integrale veiligheid)
	GGD
	GGD / OGGZ
	GGZ Centraal
	Gemeente Amersfoort (woonoverlast)
	GGZ Centraal
	Politie
	Politie
gemeente Amersfoort	
Utrecht West	GGD (arts maatschappij en gezondheid)
	Altrecht
	Politie
	Gemeente Utrecht (gebiedscoördinator veiligheid)
	Bureau regionale veiligheidsstrategie
Zaanstreek-Waterland & Kennemerland	Gemeente Purmerend
	GGD
	Politie
Zeeland	Gemeente vlissingen (coordinator sociale veiligheid)
	Secretaris samenwerkingsverband Welzijnzorg

B. Referentielijst

Aanjaagteam verwarde personen (2015). Aandacht voor verwardheid: op weg naar een persoonsgerichte aanpak. Den Haag.

Oppenhuizen, M. (2015). Schrik niet van verwarde mensen. Stentor, 26 november 2015.

Palier (2015). Opvang verwarde personen. www.palier.nl/hoe-wij-helpen/poliklinieken/opvang-verwarde-personen

SiRM (2015). Acute geestelijke gezondheidszorg: knelpunten en verbetervoorstellen in de keten. Den Haag.

Tweede Kamer (2014-2015). Geestelijke gezondheidszorg. 25 424, nr.285

Contact

Aanjaagteam Verwarde Personen
Postbus 30435
2500 GK Den Haag
070 373 83 93
aanjaagteam@vng.nl
aanjaagteam.nl

januari 2016