

Rapportage Verkenning verward gedrag

Bauke Koekkoek

finale versie juni 2019

In opdracht van ZonMw/Ministerie van VWS

Looptijd: september 2018 - mei 2019

Inhoudsopgave

Samenvatting

- 1) Aanleiding, doelstelling en vraagstelling
- 2) Verduidelijking van de vraag

Infographic: schematisch overzicht personen met verward gedrag

- 3) Theoretische analyse
- 4) Empirische analyse

Intermezzo: ambulantisering

- 5) Uitwerking vraag scholing

Intermezzo: informatiedeling

- 6) Uitwerking vraag monitoring
- 7) Conclusies en aanbevelingen

Referenties

Bijlagen

- 1) Lijst van afkortingen
- 2) Methodologische overwegingen
 - a. kennistheoretische uitgangspunten
 - b. vermenging van inhoudelijk en betrekkingniveau
 - c. persoon van de onderzoeker, team en klankbordgroep
- 3) Geïnterviewden
 - a. Geïnterviewde personen
 - b. Geraadpleegde personen en andere betrokkenen
 - c. meelezers en meedenkers

Samenvatting

Vraagstelling

Deze rapportage beantwoordt twee vragen: 1) welke scholing is noodzakelijk voor professionals om effectief te kunnen werken met personen met verward gedrag (PmVG) en 2) welke monitoring is noodzakelijk voor professionals en beleidsmakers om zicht te hebben op aantal en aard van personen met verward gedrag (PmVG)? Die vragen zijn beantwoord door middel van : interviews met betrokkenen op uiteenlopende niveaus binnen de verschillende domeinen (sociaal, zorg en veiligheid), uitwisseling met betrokkenen rond studiedagen, lezingen, trainingen en andere bijeenkomsten, participatie in de eigen praktijk en die van anderen, literatuurstudie, eigen aanvullend onderzoek en uitwisseling in onderzoeksgroepen. Aan de beantwoording van bovengenoemde twee vragen ging een meer basale vraag vooraf, namelijk op welke manier de toename van 'verwarde personen', die door sommigen wel en door sommigen niet zo wordt ervaren, verklaard kan worden. In deze rapportage wordt eerst deze vraag beantwoord, gevolgd door een daaruit gedestilleerde visie op de kwestie, die weer gevolgen heeft voor de wijze waarop de twee eigenlijke vragen onderzocht en beantwoord zijn.

Verklaringen voor veranderingen in ervaren omvang, aard en ernst van verward gedrag

Het is onmogelijk om te spreken over een groep 'verwarde personen': daarvoor zijn de mensen en de situaties te verschillend. Talloze indelingsprincipes zijn mogelijk, bijvoorbeeld naar aard van de problemen, mate van onveiligheid, urgentie van de situatie of de professionele organisatie die betrokken is (of zou moeten zijn). Geen van deze indelingen is sluitend, en iedere indeling levert nieuwe vragen op. In dit onderzoek is gepoogd op alle bovengenoemde manieren naar het verward gedrag te kijken om zo te komen tot een compleet perspectief. Op basis van een aantal onderzoeksmethoden komen we dan tot de volgende conclusies.

Er zijn geen harde aanwijzingen voor meer mensen met frequent verward gedrag als gevolg van een ziekte of stoornis, wel voor toegenomen sociale en financiële druk op potentieel kwetsbare burgers. Daarnaast lijkt er sprake van toegenomen problematiek in wonen en zorg voor een klein groep langdurig (zeer) kwetsbare burgers. Er zijn geen harde aanwijzingen voor afgenomen tolerantie bij burgers, wel voor makkelijker melden van overlast bij de politie, en voor hogere verwachtingen van instanties om de problemen op te lossen. Ook is de last die burgers en professionals ervaren van mensen met verward gedrag ongelijk verdeeld. Burgers in sociaal zwakkere omstandigheden en zwakke wijken met veel goedkope huurwoningen lopen een hoger risico met verwarde mensen in aanraking te komen, of dat zelf te zijn. Professionals op het gebied van veiligheid (politie) en wonen (woonconsulenten, maatschappelijke opvang), en professionals die ongevraagde zorg bieden (bemoeizorg, verplichte zorg) lopen een hoger risico met de complexe problematiek rondom verwarde mensen in aanraking te komen dan professionals die generieke, meestal gevraagde zorg bieden (huisarts, sociale professionals) of specialistische zorg bieden (GGZ-professionals, jeugdzorg, gehandicaptenzorg).

Visie op een passende reactie op verward gedrag

De kwestie 'verwarde personen' heeft de afgelopen jaren voor veel discussies gezorgd, waarbij verschillende groepen en organisaties elkaar betwistten. Er zijn twee belangrijke oorzaken te noemen. Allereerst leidt de breedte en diffusie van de term 'verward' tot spraakverwarring omdat betrokkenen vaak over verschillende situaties en mensen spreken. Een tweede oorzaak komt voort uit de verschillende posities en functies van de betrokkenen binnen de zorg- en veiligheidssector, en in de samenleving als geheel, waardoor zij slechts voor een deel geïnformeerd (kunnen) zijn over (mogelijkheden tot interventie bij) het verwarde gedrag. Deze twee factoren versterken elkaar wederzijds.

De hierboven beschreven spraakverwarring kan leiden, en heeft geleid, tot twee tamelijk extreme reacties. Enerzijds, de bagatellisering van het probleem door mensen die het niet 'zagen' of niet als hun verantwoordelijkheid ervaarden. Anderzijds, de uitvergroting ervan mensen die het probleem juist veelvuldig zagen, zich er verantwoordelijk voor voelden (of verantwoordelijk werden gemaakt), terwijl ze anderen (die ze meer verantwoordelijk achtten) onvoldoende en verantwoordelijk zagen worden.

Deze tegenstelde belangen vragen om zeer goed inzicht in de kwestie, dat door de complexiteit van de term nu juist niet volledig te bieden blijkt. Dankzij tijdens dit onderzoek beschikbaar gekomen data, en zelf aanvullend verzamelde gegevens is de analyse echter wel scherper geworden. Nader onderzoek naar de achtergronden van mensen achter (herhaalde) meldingen laat zien dat velen van hen al bekend zijn (geweest) bij hulpverleners. Onderzoek naar de aard en afhandeling van meldingen door de politie laat zien dat het aantal meldingen hoog, de aard vaak diffuus, en de ernst laag is. Echter, in situaties met grote ernst gaat het vaak om mensen die al langer bekend zijn en multi-problematiek hebben.

Concluderend betekent dat: 1) de meest frequent in beeld komende (en zeer vaak bij hulpverlening bekende) mensen zorgen voor de meeste impact qua zowel tijdsbesteding als ernst en risico, 2) de eenmalig of minder frequent in beeld komende mensen ook vaak al bekend zijn, en wel veel impact op tijdsbesteding maar veel minder op ernst en risico hebben. Op basis hiervan lijkt een benadering van een relatief kleine groep met grote impact gericht, kansrijker en goedkoper (bv. vertaald naar versterking van samenwerking van zorg en veiligheid) dan een brede en kostbare benadering van een grote, diffuse groep (bv. vertaald naar algemene 24 uren-meldpunten). Deze eenvoudige tweedeling naar impact, vooral op basis van frequentie en ernst, concentreert zich op meldingen bij de politie, en zegt nog niets over de oorzaken van de toename van (enkelvoudige) meldingen, noch over verward gedrag dat andere professionals ervaren.

In de verdere aanbevelingen in dit rapport wordt gestreefd naar een evenwicht tussen 'niets doen' en 'te veel doen', door middel van zo precies mogelijke analyses van de verschillende kwesties en gerichte benaderingen. Het uitgangspunt is daarbij steeds: de-escalatie in verwarde situaties en decentralisatie van regie waar mogelijk, escalatie en centrale regie waar nodig.

Scholing

Het omgaan met verward gedrag door professionals vraagt om een aantal vaardigheden: o.a. contact maken en houden, persoon en situatie inschatten en opties afwegen, grenzen stellen en bewaken, onderhandelen met persoon, betrokkenen en professionals en plan van aanpak maken en (deels) uitvoeren. Kennis van de lokale sociale kaart is nodig, evenals relationele en netwerkvaardigheden. Deze vaardigheden zijn niet specifiek voor de omgang met 'verwarde personen': alle zorg- en veiligheidsprofessionals beheersen deze in meer of mindere mate op basis van opleiding en ervaring. Specifiek voor 'verwarde personen' is dat er vaak verschillende dingen aan de hand zijn, op verschillende maatschappelijke terreinen en waar verschillende professionals naar (kunnen) handelen. 'Eigenaarschap', verantwoordelijkheid en regie zijn rond 'verwarde personen' diffuser en complexer – wat direct aansluit bij de diffuse term. Toch is de term op zichzelf niet de oorzaak van deze complexe situaties: in de vergaand geprofessionaliseerde en gespecialiseerde Nederlandse samenleving is het al snel de vraag 'wie wat doet'. In die zin is de kwestie 'verwarde personen' deels te vergelijken met uit de jeugdzorg bekende incidenten waar bij één gezin tussen wel tien en twintig hulpverleners betrokken waren en zijn. Rond frequente verwarde personen zijn echter vaak eerder weinig dan veel professionals betrokken, waarbij de persoon als een hete aardappel wordt rond geschoven.

Veel handelingsverlegenheid van professionals komt dan ook voort uit gebrek aan afstemming met andere professionals of betrokken, te weinig zicht op wat anderen kunnen doen of bieden en te

weinig gedeelde verantwoordelijkheid voor mensen en situaties. Scholing zou zich dan ook niet primair moeten richten op kennis over 'verwardheid' of op het ontwikkelen van magische interventies. Scholing moet zich richten op het leren kennen van elkaars professionele overwegingen, (on)mogelijkheden en contexten waarbij systemisch denken, werken en interveniëren gebruikt worden en meervoudige partijdigheid uitgangspunt is. Ondanks het zeer regelmatige gebruik van de term 'samenwerken' blijkt dit in de praktijk toch vaak neer te komen op naast elkaar op werken, of opeenvolgend werken. Daadwerkelijk samen (bv. politie en hulpverlening) op verwarde personen afgaan komt weinig voor maar blijkt vaak te resulteren in goede ervaringen en uitkomsten. Facilitering van interprofessioneel samen werken en leren kan alleen door daartoe in de dagelijkse werkprocessen automatische (of dwingende) mogelijkheden te creëren. Hierbij moet worden opgemerkt dat 'beter samenwerken' niet per definitie leidt tot minder lastige situaties met verwarde personen. Ook organisatorische belemmeringen (gebouwen, capaciteit, hiërarchie) kunnen succes voorkomen en zelfs onder perfecte professionele omstandigheden is niet alles 'oplosbaar'.

Monitoring

De monitoring van mensen met verward gedrag kan op verschillende niveaus, waarbij verschillende doelen horen. Onder monitoring verstaan we het over in de tijd volgen van individuen of groepen met als doelen: individuele hulpverlening, planning van sociaal en zorgbeleid en inzicht in sociale en maatschappelijke ontwikkelingen.

Ten eerste, monitoring t.b.v. individuele hulpverlening: met als doel het niet 'verloren' raken van mensen in het systeem en het vinden van een passende benadering (wanneer nodig). Verschillende diensten ontmoeten mensen op verschillende momenten en contexten, waardoor blijvende aandacht niet gegarandeerd is. Lokaal en regionaal moeten diensten, onder een specifieke noemer en regie, dus samen uitwisseling en continuïteit organiseren. Dit kan door structureel contact tussen een agent uit een basisteam en een zorgprofessional van de lokale GGD of GGZ, maar kan ook formeler (bv. binnen een lokaal convenant), groter (met meer partijen) of met meer mandaat (bv. binnen een Veiligheidshuis) georganiseerd worden. Op dit moment zijn er veel verschillende vormen in omloop, waarbij nog niet volledig duidelijk is welke de beste garanties biedt op continuïteit, en onder welke regie deze het beste kan plaats vinden. Een variant op deze individuele monitoring vanuit hulpverleningsperspectief is monitoring primair vanuit veiligheidsperspectief, vooral van mensen die zich veel en snel door het land bewegen en op die manier onttrekken aan lokaal en regionaal georganiseerde zorg- of veiligheidsstructuren. Een dergelijk systeem vraagt om een centrale, persoonsgebonden infrastructuur die op dit moment het meest voor hand liggend door justitie georganiseerd zou moeten worden, dicht aansluitend op registratiesystemen van de politie.

Ten tweede, monitoring t.b.v. planning van korte-termijn lokaal sociaal en zorgbeleid: met als doel het in kaart krijgen van de lokale en regionale risicogroepen en de behoefte aan sociale voorzieningen en gezondheidszorg, gebaseerd op een aantal bestaande informatiebronnen. Hiermee kan de aard en omvang van toekomstig beleid bepaald worden, en kunnen moeilijkheden in het bestaande aanbod worden opgespoord en aangepakt. In Nederland is hiermee al veel ervaring en kennis opgedaan rond de groep mensen in de Openbare Geestelijke Gezondheidszorg (OGGZ). Informatiebronnen zijn vooral de lokale en regionale zorginstanties en gemeentelijke en GGD-data over de bevolking. De integratie van databronnen vraagt om handigheid met de benodigde databronnen, software en zorgvuldigheideisen. Ook hier is regie een vereiste, o.a. omdat lokale en regionale partijen niet altijd vanzelf heil zien in het aanleveren van data aan een overkoepelende instantie.

Ten derde, monitoring t.b.v. planning van een lange-termijn landelijk beleid: met als doel het kennen van welzijn en gezondheid van een specifiek deel van de samenleving (de zogenoemde OGGZ-groep). Deze wijze van monitoring voorziet vooral in het eerder genoemde scherpe inzicht in wat er gaande

is met ‘verwarde personen’ – of de hiermee mogelijk onder een andere term benoemde groep mensen.

Door optie 1 en optie 2 te combineren komt voldoende informatie beschikbaar om een regionale OGGZ-monitor bij te houden, die jaarlijks of tweejaarlijks kan worden ge-updatet. Operationele informatie wordt dan gecombineerd met collectieve gebruiksdata zonder dat daarvoor aanvullende dataverzameling nodig is. Door een aantal minimum indicatoren landelijk verplicht te stellen, kan de geaggregeerde informatie van de regionale OGGZ-monitors een landelijk beeld bieden dat kan worden aangevuld met analyses van landelijke kenniscentra over de demografische, sociale, economische en gezondheidstoestand van de bevolking (CBS, SCP en RIVM). Door de verplichte dataset beperkt te houden kan deze landelijke monitoring met geringe extra kosten.

Uitwisselbaarheid en continuïteit is alleen gewaarborgd onder landelijke regie – zonder regie zal de zowel de kwantiteit als kwaliteit van de aangeleverde data snel te veel uiteen gaan lopen, zo leren eerdere ervaringen.

Alle vormen van de hierboven beschreven monitoring vragen, zoals in de gehele kwestie ‘verwarde personen’ om een strakke regie en governance – respectievelijk op lokaal, regionaal en landelijk niveau. Zowel op het gebied van hulpverlening als informatievoorziening bestaan namelijk vele instanties en systemen die ieder een deel van het terrein bestrijken, maar niet vanzelfsprekend het gehele gebied overzien of zich daarvoor verantwoordelijk voelen. Op dit moment is de vrijblijvendheid rond het nemen van verantwoordelijkheid voor hulp en informatie te groot.

Nota bene: professionele benaderingen en burgerschap

De in deze rapportage beantwoorde vragen hebben een sterk professioneel karakter: wat moeten zorg- en veiligheidsprofessionals doen om de ervaren problemen rond verward gedrag te verminderen, en welke informatie moeten professionele diensten daarvoor hebben? Hoewel in de antwoorden op die vragen steeds gezocht is naar de-escalerende benaderingen die naar kosteneffectieve verbetering streven *binnen systemen*, in plaats van het inrichten van *nieuwe of andere systemen*, staat daarbij steeds het professionele perspectief voorop.

Dit perspectief is echter niet het enige, en mogelijk zelfs niet het meest passende, perspectief bij de omgang met verward gedrag. Samenwerking tussen professionals en informatievoorziening over professionele hulp, zoals geschetst, bevinden zich sterk binnen de systeemwereld. Hoewel we het absoluut nodig vinden om die professionele samenwerking te thematiseren, en informatie over kwetsbare groepen een belangrijk tegenwicht tegen te eenzijdige berichtgeving over incidenten kan vormen, is het toch nodig en nuttig om naar burgers en samenleving te kijken. Basale sociale voorzieningen, collectieve burgerinitiatieven en een andere verhouding tussen professionals en burgers zijn naar ons idee nodig om de ‘verwarde personen’-kwestie weer in het juiste perspectief te brengen.

Hoofdstuk 1

Aanleiding, doelstelling en vraagstelling

Aanleiding

Sinds 2011 zijn er landelijke cijfers beschikbaar over het aantal keren dat de politie meldingen krijgt over ‘verwarde personen’. Vanaf 2011 stijgt het aantal meldingen fors (ca. 10-15% per jaar). De precieze aard en de ernst van de meldingen zijn onbekend, net als de hoeveelheid tijd die de politie er aan kwijt is, al gaan schattingen richting de 15-20%^[1]. Deze beperkte precisie is het directe gevolg van het op dagelijks gebruik gerichte karakter van de registratieformulieren – niet geschikt voor wetenschappelijke analyse of gefundeerd beleid. Ondanks deze beperkingen zijn de aantallen meldingen leidend geworden in de discussie over de ernst van de ‘verwarde personen’-kwestie.

Kader 1: E33-registraties

Letterlijke en aangevulde weergave uit bron^[2]

Waar komen de meldingen over ‘verwarde personen’ vandaan?

In het administratiesysteem van de politie wordt sinds 2011 ‘overlast door een verward persoon’ genoteerd als een E-33 registratie). De politie heeft bewust gekozen voor de term ‘verward persoon’ om geen ‘diagnostiek’ te plegen. Onder deze code vallen in principe *geen* mensen die onder invloed van middelen zijn, dakloos zijn, huiselijk geweld plegen of een strafbaar feit hebben gepleegd – in al die gevallen gaan de codes passend bij die situaties vóór de E33-code. De criteria voor een E33-melding zijn tamelijk ruim, en toekenning van deze code gebeurt ad-hoc en niet pas na het langslopen van een lijstje met criteria (als bv. diagnose, ziekte, handicap of zorgsysteem) – waardoor we deze kennis alleen maar hebben wanneer de dienstdoende agent daarvan expliciet melding heeft gemaakt.

Definitie ‘verwarde personen’

De definitie die door het Aanjaagteam is geformuleerd, luidt: “*het gaat om mensen die grip op hun leven (dreigen te) verliezen, waardoor het risico aanwezig is dat zij zichzelf of anderen schade berokkenen*”. Daarin is de medische betekenis van ‘verwardheid’ afwezig, in tegenstelling tot definities in een onderzoek door de politie, en het convenant politie-GGZ uit 2012 waarin met ‘verward’ een (slechte) mentale toestand werd bedoeld.

Meldingen versus personen

De politie telt niet op niveau van personen maar op niveau van meldingen – waardoor deze niet aan persoonsgegevens gekoppeld kunnen worden. We weten dus niet over hoeveel personen de tienduizenden meldingen gaan. De verschillen in aantallen ‘verwarde personen’ per 1000 inwoners tussen gemeenten zijn groot en soms vertekend. In 2016 werden in de kleine Friese gemeente Dantumadiel 31 meldingen per 1000 inwoners geregistreerd – veruit het hoogste aantal van Nederland. Het jaar ervoor was Dantumadiel ook al koploper, en 2014 buurgemeente Littenseradiel koploper met 25 meldingen, grotendeels veroorzaakt door de combinatie van een laag aantal inwoners en één persoon die extreem veel meldingen veroorzaakte. Van de grote steden is Amsterdam al jaren nummer één, gevolgd door Rotterdam, Den Haag en Utrecht.

Hoe groot is de toename van meldingen?

Tussen 2011 en 2016 nam het aantal meldingen, ongecorrigeerd voor de bevolkingsgroei, met 87,1% toe. Per jaar in absolute aantallen en procentuele groei t.o.v. het jaar ervoor:

- 2011: 40.012
- 2012: 44.277 (+10,7%)
- 2013: 51.821 (+17,0%)
- 2014: 59.372 (+14,6%)
- 2015: 65.831 (+10,9%)

- 2016: 74.875 (+13,7%)
- 2017: 83.602 (+11,6%)
- 2018: 90.605 (+ 8,4%)

Los van deze cijfers heeft een aantal ernstige incidenten, veroorzaakt door mensen met een of andere vorm van ‘verward gedrag’, een grote maatschappelijke impact gehad. Zeker de moord op Els Borst door een man met een psychotische stoornis heeft het urgentiegevoel sterk verhoogd, later gevolgd door andere incidenten. Die urgentie werd zo sterk gevoeld dat er een *task force* voor ‘de aanpak van verwarde personen’ werd geformeerd – het zogenoemde Aanjaagteam, dat na een jaar werd opgevolgd door het Schakelteam.

Beide fenomenen (landelijke cijfers en geïsoleerde incidenten) kunnen niet los gezien worden van al langer bestaande structurele twijfels over het functioneren van de zorg voor mensen met onbegrepen gedrag, in het bijzonder de geestelijke gezondheidszorg (GGZ). Ondanks dat Nederland sinds de jaren 70 veel meer geld uitgeeft aan psychische zorg (rekening houdend met bevolkingsgroei en inflatie) en hoog scoort in internationale vergelijkingen, is een constant maatschappelijk onbehagen voelbaar. Er is een sterk gevoel van schaarste (te weinig capaciteit voor te veel problematiek), matige aansluiting (zowel cliënten als familie voelen zich vaak onvoldoende gehoord en gesteund door hulpverleners) en onveiligheid (zowel onder burgers, cliënten, als professionals). De problematiek rond mensen met verward gedrag raakt aan veel van deze thema’s.

Bovenstaande ontwikkelingen hebben geleid tot politieke urgentie, institutionele pressie en maatschappelijke onrust – waarschijnlijk extra gevoeld door een aanvankelijk afhoudende reactie van de bij ‘verwarde personen’ betrokken zorginstellingen. De landelijke overheid heeft het gevoel dat er ‘iets moet gebeuren’ geconcretiseerd in extra financiële middelen, verdeeld via subsidieverstrekker ZonMw, die direct moesten aansluiten bij de negen door het Aanjaagteam benoemde bouwstenen voor de aanpak van verward gedrag. Kleine en middelgrote subsidies zijn in de afgelopen jaren in hoog tempo verstrekt, waarbij snelheid, samenwerking en een lokale bottom-up benadering belangrijke selectiecriteria waren en zijn.

Hoewel bovengenoemde projectenbenadering en het Aanjaagteam en Schakelteam tot veel goede initiatieven en aandacht hebben geleid, lijkt van een goed begrip en een generieke effectieve benadering van het ‘verwarde personen-dossier’ nog steeds niet geheel sprake. Na het eindigen van het Schakelteam in oktober 2018, loopt het subsidieprogramma door en tekent zich in het voorjaar van 2019 een vervolgaanpak af. Via het Verbindend Landelijk Ondersteunings Team (VLOT) moet de focus op ‘verwarde personen’ blijven bestaan, ook omdat nog niet geheel duidelijk is wat werkt en welk beleid op welk niveau verder gevoerd moet worden.

Er zijn mooie resultaten behaald op de meer concrete bouwstenen: het vervoer, de beoordelingslocatie en (in mindere mate) de opvanglocatie. Voor de complexere, meer lange termijnonderdelen is het ingewikkelder: vroegsignalering en vooral preventie zijn moeilijk te organiseren. Om verder te komen dan alleen praktische oplossingen voor reeds ontstane ‘verwarde personen’-situaties is het noodzakelijk het probleem beter te begrijpen – in een bredere context dan alleen die van de huidige commotie rond mensen met verward gedrag. De hierboven genoemde ‘al langer bestaande twijfels over het functioneren van de zorg voor mensen met onbegrepen gedrag’ zijn volgens velen terecht en liggen mogelijk deels ten grondslag aan het ontstaan van het huidige probleem.

Opdracht

De door ZonMw geformuleerde opdracht/gestelde vraag luidde als volgt:

Naar aanleiding van recent gevoerde gesprekken en uw mails van 7 en 13 juni, nodig ik u graag uit om een subsidieaanvraag in te dienen voor de ronde 'Verkenning informatie en kennisinfrastructuur voor lokale aanpak personen met verward gedrag'. Deze subsidieoproep is onderdeel van het 'Actieprogramma lokale initiatieven sluitende aanpak voor mensen met verward gedrag'.

Achtergrond

Vanaf september 2016 zijn het Schakelteam en het Actieprogramma personen met verward gedrag actief. In september 2018 rond het Schakelteam zijn activiteiten af met een eindverslag en wordt het actieprogramma geëvalueerd. Op basis daarvan worden prioriteiten van het Actieprogramma voor de volgende periode gezien en zo nodig aangepast. Meer informatie kunt u hier vinden:

www.schakelteam.nl

www.zonmw.nl/nl/onderzoek-resultaten/geestelijke-gezondheid/verward-gedrag/

Informatie en kennisinfrastructuur

Ik wil u vragen een subsidieaanvraag in te dienen voor een verkenning van de behoefte aan, en het ontwikkelen van een concept model voor een informatie- en kennisinfrastructuur voor de lokale aanpak van personen met verward gedrag. Daarbij worden de volgende elementen in ieder geval betrokken: informatie over aard en omvang van het probleem, kennisbehoefte en infrastructuur, ondersteuning, training en opleiding. De focus ligt hierbij op de lokale aanpak en partijen. Het gaat hier in eerste instantie om een verkenning op hoofdlijnen, die zou moeten bijdragen aan een betere analyse en begrip van het probleem, en die leidt tot een advies over mogelijke vervolgstappen.

Tijdpad, budget en resultaten project

Voor uw aanvraag dient u uw plan van aanpak en de begroting in. De belangrijkste resultaten en ijkpunten van het project leest u hieronder:

- *U levert uiterlijk 15 augustus 2018 input ten behoeve van het eindrapport van het Schakelteam dat in september verschijnt.*
- *U levert medio december 2018 een tussentijdse rapportage over de opgedane kennis en ontwikkelingen van een concept model tot dat moment.*
- *U levert aan het einde van het project een concept advies voor een informatie- en kennisinfrastructuur voor de lokale aanpak van personen met verward gedrag.*
- *Een samenvatting van uw bevindingen op maximaal twee A4 (inclusief eventuele schema's).*
- *Een beschrijving van hoe u te werk bent gegaan.*
- *Een financiële verantwoording van de door u gemaakte kosten.*

Tijdens uw werkzaamheden onderhoudt u nauw contact en stemt u uw activiteiten af met ZonMw.

Doelstelling van dit project

Doel is het opleveren van een concept model voor een informatie- en kennisinfrastructuur voor de lokale aanpak van personen met verward gedrag. Daarbij worden de volgende elementen in ieder geval betrokken:

- informatie over aard en omvang van het probleem
- kennisbehoefte en infrastructuur, ondersteuning, training en opleiding
- informatie over de passendheid, duurzame uitvoerbaarheid en effectiviteit van interventies

Vraagstelling

Deze doelstelling wordt geoperationaliseerd in de volgende vragen:

Algemene onderliggende vraag:

- waarom doet dit probleem ('verwarde personen') zich op dit moment, in deze mate en op deze manier voor?
- wat is behalve de toename van meldingen precies het probleem van professionals?
- welke professionals hebben er nog meer last van dan alleen politie, en welke niet?
- wie zijn voor politieprofessionals en andere professionals 'verwarde personen'?
 - in welke situaties komen politieprofessionals en andere professionals met hen terecht? waar lopen ze tegenaan, wat veroorzaakt of verergert het probleem?
 - In welke van deze situaties zijn zij handelingsverlegen?
 - hoe kan deze handelingsverlegenheid verklaard worden?

Specifieke vragen scholing:

- in welke mate kan scholing helpen om handelingsverlegenheid te verminderen?
- welke scholing zou dit kunnen zijn?
- op welke manier kan deze scholing geboden worden?

Specifieke vragen monitoring:

- in welke mate is er met huidige data zicht (te krijgen) op wie 'verwarde personen' zijn en wat hun problematiek is?
- in welke mate is het haalbaar/zinvol om de groep 'verwarde personen' te monitoren met bestaande of nieuwe registraties?
- welke monitoring zou dit moeten zijn?
- op welke manier kan deze monitoring georganiseerd worden?

Hoofdstuk 2

Een nadere analyse van het fenomeen ‘verwarde personen’

Inleiding

Het beantwoorden van de vragen over scholing en monitoring is niet mogelijk zonder de opkomst van ‘verwarde personen’ goed te begrijpen. In dit hoofdstuk volgt eerst een analyse van dit fenomeen, in hoofdstuk 3 een theoretische uitwerking en in hoofdstuk 4 een empirische uitwerking.

Probleemdefinitie

Enige historie van de term

Bij het scherp omschrijven van het probleem of de kwestie ‘verwarde personen’ stuiten we op enkele moeilijkheden: tot op heden is er geen eenduidige, operationele omschrijving van ‘verwarde personen’. Ook of daardoor is onduidelijk op welk niveau er moet worden geanalyseerd en gehandeld: politieregistraties, incidenten, situaties, personen of nog een ander niveau. Hieronder volgt eerst een selectief chronologisch overzicht van de ontwikkeling van het begrip ‘verwarde personen’.

Van wanneer de term precies dateert is onbekend, wel zijn er vanaf 2011 cijfers over beschikbaar, die jaarlijks worden aangeleverd door de politie. De politie is de bron van de term en gebruikt deze al langer voor situaties waar zij ook al veel langer mee te maken heeft: op een forum wordt in 2005 al opgemerkt dat de minister de kwestie voortvarend aan zou pakken[3]. ‘Overlast door een verward persoon’ is een algemene noemer voor een bepaald type melding bij de politie, waarbij overlast wordt veroorzaakt door iemand die in de war lijkt te zijn (de zogenoemde E33-melding; zie kader in H1). De breedte van de term is begrijpelijk: een nadere specificering/diagnostisering zou voorbij de functie en deskundigheid van de politie gaan. Iedere melding wordt in het landelijk dekkende systeem Basisvoorziening Handhaving (BVH) ingevoerd[4]. Er lijkt een link te zijn met het in eind 2011 opgestelde convenant tussen politie en GGZ waarin een aantal problemen werd gesignaleerd, waarna de aandacht voor verward gedrag toe nam. De vorming van de Nationale Politie (officieel per 1 januari 2013) heeft er mogelijk toe geleid dat er sneller en beter zicht kwam op het totale landelijke aantal meldingen, dat vanaf de eerste cijfers over 2011 een sterke jaarlijkse stijging vertoonde.

Vanaf 2011 komt de term vaker voor in de media en in beleidsstukken, en geleidelijk wordt het een begrip dat ook buiten de politiecontext gebruikt wordt. Vanaf dat moment begint enige spraakverwarring op te treden: waar het voor politiemensen tamelijk duidelijk is welke mensen of situaties zij als ‘verward’ benoemen, blijkt dat voor anderen – burgers, beleidsmakers en zorgprofessionals – veel minder duidelijk. Of anders gezegd: anderen geven hun eigen invulling aan het begrip ‘verward’, en concluderen dat het wel mee valt of juist zeer ernstig is.

Associatie met ernstige incidenten

Een aantal ernstige incidenten waarbij doden en gewonden vallen door agressieve daden van mensen met psychische problematiek, en die benoemd wordt als acties van een ‘verward persoon’ zorgen er voor dat er gemakkelijk een associatie ontstaat met ‘gestoord’, ‘agressief’ en ‘gevaarlijk’. Concreet gaat het in deze periode om o.a. de volgende incidenten met landelijke impact: de aanslag op leden van het Koningshuis (april 2009), de schietpartij in Alphen aan de Rijn (april 2011) en de moord op oud-minister Els Borst (februari 2014). Hoewel ook in eerdere periodes grote incidenten plaats vonden, vielen bij de genoemde incidenten ofwel veel slachtoffers, ofwel waren prominente burgers betrokken. De indruk die in de media wordt gewekt, en bij burgers ook lijkt te bekliven, is

dat ‘verwarde personen’ mensen zijn die ieder moment zeer gevaarlijk kunnen worden – en dat er, gezien de door de politie genoemde aantallen, zeer veel van zijn.

Verskil tussen meldingen en personen

In de media, maar ook door nauw betrokkenen, wordt het aantal ‘meldingen’ zeer vaak gelijk gesteld aan het aantal ‘personen’: de tienduizenden meldingen lijken dan gelijk te staan aan tienduizenden personen. Tot op heden is er geen representatieve landelijke informatie over hoeveel personen precies schuil gaan achter de meldingen – er zijn wel schattingen waarop later wordt teruggekomen. Ook wordt niet eenduidig gesproken over situaties: zowel de termen ‘meldingen’, ‘registraties’, ‘mutaties’ als ‘incidenten’ worden gebruikt. Een ‘melding’ kan betrekking hebben op een ernstig incident met agressie, maar ook op een telefoontje van een verontruste burger die denkt dat er mensen rond het huis lopen (waar dit later op een hallucinatie of waan gebaseerd blijkt te zijn). Onder de landelijke cijfers vallen alle meldingen, maar niet alle meldingen zijn een ‘incident’ – waarmee in de media namelijk doorgaans een ernstige situatie wordt uitgedrukt. Een mutatie of registratie is de administratieve afwikkeling van een door agenten uitgevoerde handeling.

Naast E33-meldingen ook andere meldingen

Naarmate de onrust over de ‘verwarde personen’-meldingen toeneemt wordt vanuit de politie benadrukt dat deze interne bedrijfscategorie geen valide beeld geeft over aantallen ‘verwarde personen’. Enerzijds omdat onder deze categorie soms ook meldingen worden geregistreerd die weinig met verward gedrag te maken hebben. Maar anderzijds ook omdat situaties waarin verward gedrag wél een grote rol speelt maar ook geweld of een strafbaar feit gepleegd wordt, op een andere manier geregistreerd worden (strafbare feiten gaan vóór verward gedrag). Ook zijn er nog andere categorieën, zoals bijvoorbeeld ‘poging tot suicide’, ‘dakloosheid’ of ‘middelengebruik’ waarbij verward gedrag een (grote) rol kan spelen maar die onder een andere categorie geregistreerd worden.

Aannames over de oorzaak

In de steeds meer gevoerde discussie over de toegenomen meldingen lijkt al snel overeenstemming te bestaan over het feit dat er meer ‘verwarde personen’ zijn. Vanaf 2013 wordt daarvoor vaak de oorzaak gezocht bij de vermindering van het aantal klinische plekken (bedden) in de geestelijke gezondheidszorg (GGZ). Daarmee lijken andere mogelijke verklaringen weinig aannemelijk, want inderdaad wordt het aantal GGZ-bedden vanaf 2013 bewust beleidsmatig verminderd. Hierdoor wordt de term ‘verwarde personen’ nog sterker en exclusiever geassocieerd met mensen met psychische problematiek – en verbijzonderd tot een groep mensen die voorheen opgenomen was of zou worden in een psychiatrisch ziekenhuis. Door deze aannames komt de ‘verantwoordelijkheid’ voor ‘verwarde personen’ in de publieke opinie steeds meer bij de GGZ te liggen.

Discussies over de verantwoordelijkheid

De reactie uit de GGZ op deze gesuggereerde verantwoordelijkheid is aanvankelijk (zeer) defensief: de toename van ‘verwarde personen’ wordt ontkend en benoemd als niet uitsluitend de verantwoordelijkheid van de GGZ. Dit is niet zo verwonderlijk omdat de GGZ zelf de term ‘verward’ niet gebruikt, behalve in zeer specifieke situaties die veel minder vaak voorkomen en veel scherper afgebakend zijn dan die waarvoor de politie de term gebruikt. Hoe terecht deze reacties ook mogen zijn, ze helpen niet om de kwestie aan te pakken en mogelijk op te lossen. In de relatie tussen GGZ en politie zit namelijk nog een aanleiding tot langs elkaar heen praten: er mogen dan twijfels zijn over cijfers over en verantwoordelijkheden rond ‘verwarde personen’, er zijn wel degelijk praktische problemen waar de politie met mensen met psychische problematiek tegenaan loopt. Deze gaan o.a. over de opvanglocatie en het vervoer van mensen met psychische problematiek – en in iets minder mate over de samenwerking met de acute GGZ (crisisdienst). In het algehele gebrek aan overeenstemming over de term ‘verwarde personen’ dreigen deze voor de politie urgente en

concrete kwesties te blijven liggen. Hierover werd in 2005 (zie boven) en het convenant uit 2011 al gesproken maar structurele actie bleef uit.

Breed gebruik van de term

De spraakverwarring wordt compleet wanneer beleidsmakers toenemend oproepen tot meer actie – en professionals van allerlei verschillende achtergronden en instellingen zich daartoe inderdaad geroepen voelen. Verschillende partijen proberen de term ‘verwarde personen’ te operationaliseren voor hun eigen situatie – resulterend in nogal uiteenlopende benaderingen. De instelling van het Aanjaagteam (2015-2016) en het daaropvolgende Schakelteam (2016-2018) bekrachtigen sterk de actieve, brede aanpak die werd en wordt gefaciliteerd door projectgelden, verdeeld via het Actieprogramma Verward Gedrag (AVG) uitgevoerd door ZonMw.

Pogingen tot structurering

Helaas is het in geen enkele van de beleidsteksten gelukt te komen tot een scherpe, operationele definitie van ‘verwarde personen’ – en pogingen tot kwantificering van de bedoelde groep zijn grotendeels stuk gelopen op onvergelykbare termen en systemen en privacy-kwesties. De door het Aanjaagteam gegeven typering van vier groepen ‘verwarde personen’ heeft ‘gevaar’ als leidend principe: van mensen die wel overlast maar geen gevaar veroorzaken als lichtste variant, tot mensen met een strafrechtelijke titel als zwaarste variant[5]. Hoewel dit indelingsprincipe zeker relevantie heeft, met name vanuit politieperspectief, biedt het vele anderen geen houvast voor hun handelswijze omdat onduidelijk blijft welke problematiek er speelt, hoe groot de onderscheiden groepen zijn en wat een passende benadering zou kunnen zijn. Een sterk onderdeel van deze rapportage was de formulering van negen bouwstenen voor de aanpak van het probleem[6]. Het Actieprogramma heeft o.a. haar projectfinanciering gebaseerd op deze bouwstenen, waardoor in alle door hen gefinancierde projecten verwijzingen naar deze bouwstenen terug te vinden zijn.

Huidige stand van zaken

Problematisch echter aan de bouwstenen-benadering is dat die snel leidt tot een wat instrumentele en gefragmenteerde aanpak waarin acties en structuren centraal staan. De eigenlijke probleemdefinitie en het na te streven einddoel zijn daardoor deels uit zicht geraakt. De ‘verwarde personen’-kwestie lijkt ondertussen over heel veel mensen, hulpvormen, organisatieprincipes en activiteiten te gaan. In de formulering van de staatsecretaris in december 2018 zijn het “personen die in een sociaal-maatschappelijk kwetsbare positie terecht zijn gekomen” en “kwetsbare groepen, waaronder personen met verward gedrag, zowel in het sociaal domein als de domeinen zorg en veiligheid”[7]. Hoewel er qua destigmatisering veel te zeggen valt voor het vervangen van de term ‘verward’ door ‘kwetsbaar’, en voor het benadrukken van de noodzaak van hulp in verschillende sectoren, is de ‘doelgroep’ hiermee feitelijk nog verder verbreed. Mogelijk is die daarmee verder verwijderd geraakt van de situaties waarop de politie doelde met het oorspronkelijke gebruik van de term ‘verwarde personen’.

Conclusie

De vraagstelling voor deze opdracht, welke scholing en monitoring noodzakelijk en helpend is, bevindt zich niet op het niveau van bouwstenen of personen: ze is van een andere aard en raakt potentieel aan veel, en soms alle, bouwstenen en personen. Om de vragen over scholing en monitoring goed te kunnen beantwoorden is het alsnog noodzakelijk om te weten:

- wat exact bedoeld wordt met ‘verward gedrag’
- wie erbij betrokken is en in welke context

Het verwarde gedrag en de aard ervan

Sinds de introductie van de term ‘verwarde personen’ is er op allerlei manieren gezocht naar een beschrijving en categorisering van de mensen om wie het gaat. Logischerwijs zijn die pogingen steeds begonnen bij de politiemeldingen, zijnde de bron van de (stijgende) cijfers. Dat is meermaals erg moeilijk gebleken omdat de korte, vaak ongestructureerde beschrijvingen van politieagenten van *situaties* niet matchen met de wens van beleidsmakers en onderzoekers om uitgebreide en gestructureerde informatie over *mensen* te hebben. Er zijn pogingen gedaan om de gedragingen te beschrijven en te duiden (zie ook H4 voor een korte review van deze pogingen) maar pas recent is dit gelukt.

Om enige helderheid te brengen is het belangrijk om een onderscheid te maken tussen:

- het feitelijke gedrag van een persoon in een bepaalde situatie
- de achtergrond van die persoon
- de context waarin die persoon tot dit gedrag komt

In verschillende onderzoeken zijn **gedragingen** geregistreerd en gecategoriseerd. Echter, in veel onderzoeken zijn niet de feitelijke gedragingen gerapporteerd maar interpretaties daarvan. Zo wordt gedrag bijvoorbeeld gedeut als ‘psychiatrisch’ of ‘verslaafd’, terwijl beiden categorieën niet direct waarneembaar zijn. Waarneembaar gedrag is dan bijvoorbeeld ‘achterdocht’ of ‘onder invloed van drank’ zijn. Ook vonden we een categorie ‘verward’ tussen een aantal meer specifieke categorieën.

Ook worden in verschillende onderzoek **achtergronden** van personen gerapporteerd, bijvoorbeeld ‘bekend bij de GGZ’ of ‘veelpleger’. Hoewel deze informatie waarschijnlijk vaak juist is, is de bron ervan in de rapportages niet terug te vinden. Ook is de achtergrondinformatie vaak zeer beperkt en selectief. Over iemands sociale situatie is meestal weinig terug te vinden, doorgaans is de informatie direct gerelateerd aan het gedrag (dus: ‘bekende verslaafde’ bij iemand die onder invloed is aangetroffen).

De **context** waarin het gedrag plaats vindt is soms (summier) beschreven maar vaak afwezig. De locatie wordt vaak genoemd maar wie er bij waren, wat de mogelijke aanleiding was, welke omgevingsfactoren (bv. burens die zich met een ruzie bemoeien) een rol speelden is uit de meeste onderzoeken niet goed te achterhalen. Duidelijk is dat de huidige geaggregeerde onderzoeksgegevens onvoldoende zeggen over wat er nu precies plaats vindt.

Tabel 1: vormen van ‘verward gedrag’ zoals gebruikt in onderzoek in Flevoland (zie H4)

Bron: Poels [8]

<p><i>Mentale onrust</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Psychotisch gedrag • Dreiging met zelfmoord • Voelde zich bedreigd/onveilig • Paranoïde gedachtes • Poging tot of dreigen met zelfmoord • Dementerend gedrag • Automutilatie • Verdwaald of zichzelf buitengesloten <p><i>Agressie</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Verbale agressie • Fysieke agressie • Vandalisme/vernieling • Spullen gooien • Verzet • Bedreiging 	<p><i>Oneigenlijke toegang/weigering verlaten</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <p><i>Onrust op straat</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Gevaarlijk voorwerp in het openbaar • Uitmaken/aanstootgevend gedrag • Op de straat liggen/zitten • Op blote voeten op straat • Op de openbare weg lopen/staan <p><i>Vervuiling</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Verwaarloosde/vervuilde leefomgeving • Hygiënische situatie • Openbaar behoeftes doen/laten lopen • Zwerven/slappen in het openbaar
--	---

<p><i>Personen lastig vallen</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Personen lastig vallen • Buren of geluidsoverlast • Bedelen • Aandacht zoeken • Personen achtervolgen • Onnodig 112 bellen <p><i>Overmatig middelengebruik</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <p><i>Zorginstelling overlast</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • overlast in zorginstelling • weglopen uit zorginstelling 	<p><i>Winkel of horecaoverlast</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Winkel of horecaoverlast • Diefstal/niet betalen <p><i>Persoon spoorloos</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Weglopen van thuis • Geen contact met persoon
--	---

Tabel 2: noodzakelijke achtergrondkennis over de betrokken persoon

<p>Achtergronden persoon</p> <ul style="list-style-type: none"> • Leeftijd • Woonsituatie • Sociaal netwerk • Al vaker in beeld politie (E33 of anders) • Aard onderliggende problematiek • Continue of wisselende problematiek • Bekendheid bij zorginstanties • Bekendheid bij justitie • <p>Context situatie</p> <ul style="list-style-type: none"> • wie is melder • haast/acuutheid van melding • wie zijn aanwezig in situatie • waar wordt persoon gesproken (telefonisch, straat, thuis, politiebureau,) •
--

Voor wie zijn ‘verwarde personen’ problematisch?

Uit de hiervoor beschreven historie en onderzoek is duidelijk dat de term ‘verwarde personen’ van de politie komt en er vooral gezocht is naar de problematiek achter de cijfers over de meldingen. Andere partijen hebben zich in verschillende mate in de discussies laten horen, en vaak pas later in de tijd actief opgesteld – mogelijk omdat zij het probleem anders en soms minder (ernstig) ervaren dan de politie. Vanwege de verschillende interpretaties kijken we hier, en in hoofdstuk 5 uitgebreider naar voor wie ‘verwarde personen’ problematisch zijn. Daarbij onderscheiden we de volgende groepen: de personen zelf, naasten, burgers en professionals.

De personen zelf

Laten we niet vergeten dat ‘verwarde personen’ vaak (ook) zelf last hebben van zichzelf of hun eigen leven. Er zijn relatief weinig mensen die totaal niet in de gaten hebben wat ze zelf doen – en zelfs in die gevallen hebben ze er vaak achteraf alsnog last van. Ook zijn er maar weinigen die met opzet en intentie overlast veroorzaken. In de maatschappelijke discussie is de balans sterk doorgeslagen naar overlast, risico en gevaar – maar veruit de meeste mensen met verward gedrag hebben ergens last

van en uiten dat op een vaak onbegrepen manier. Verderop, in de cijfers over wie er meldt (H4) zien we dit ook terug, een aanzienlijk percentage van de mensen meldt zichzelf bij de politie.

Naasten

Naasten definiëren we in deze context vrij breed, namelijk alle mensen die de persoon kennen en met de overlast te maken hebben. Dat kunnen dus gezinsleden, familieleden, vrienden en kennissen zijn. Maar ook burens, collega's, medescholieren of -studenten of andere mensen die de persoon kennen.

Burgers

Hoewel alle hierboven genoemde groepen burgers zijn, bedoelen we in deze context mensen die met het overlastgevend gedrag te maken krijgen maar de persoon niet kennen. Meestal zijn burgers in deze context dus mensen op straat, winkeliers, portiers, voorbijgangers e.d.

Professionals

Hieronder verstaan we in deze context alle mensen die met de persoon in professionele zin te maken hebben – en ook geacht worden iets met, of voor, de persoon te doen. Het gaat dan om zorgverleners en politiemensen maar ook om medewerkers van woningcorporaties, sociale voorzieningen, financieel beheer e.d. Dit zijn professionals die op het probleemgebied van de verwarde persoon actief zijn. Een portier die in een bedrijfspand last heeft van iemand die overlast veroorzaakt valt hier bijvoorbeeld niet onder: hij of zij is er om het pand veilig te houden, niet om de persoon te helpen of te straffen.

Kader 2: scope van de opdracht

Deze opdracht gaat over de scholingsbehoefte van en de monitoring door professionals van verwarde personen – de scope van deze rapportage is dus de professional die beroepsmatig actief is op het probleemgebied van de verwarde persoon.

Conclusie en verdere aanpak

De E33-meldingen, en daarmee de introductie van de term 'verwarde personen', zijn afkomstig van de politie. Vele andere professionals, media, burgers en bestuurders hebben de term overgenomen en er – in hun eigen context – een eigen betekenis aan gegeven. Maar de bron van de meldingen en 'eigenaar' van de term blijft de politie. Strikt gezien zouden we bij de aanpak van het probleem ons dus ook alleen moeten baseren op de interactie van politieagenten met 'verwarde personen' en alleen E33-meldingen moeten analyseren, kijken wat er beter kan en daarop beleid baseren.

Echter, door de analyse zo 'smal' te houden doen we geen recht aan een breder gevoeld maatschappelijk probleem rond kwetsbare burgers met verschillende typen en ernstgraden van problematiek. Anderzijds, door de analyse niet 'smal' te houden maar breder te maken, raakt het begrip 'verwarde personen' plotseling aan allerlei mensen, in allerlei contexten en in allerlei situaties. Het dreigt dan andere termen en concepten, zoals 'psychische problematiek' of 'lastig gedrag' of 'verstandelijke beperking' als het ware op te slokken – waarna een analyse en aanpak dus over heel veel mensen gaat, vergelijkbaar met de term 'kwetsbare personen'.

In dit rapport is gekozen om de theoretische analyse breed te doen (H3) en de empirisch analyse smal te houden, specifiek over de E33-meldingen (H4) – ook omdat andere cijfers niet of nauwelijks voorhanden zijn. In de beantwoording van de hoofdvragen (H5 en H6) benaderen we de kwestie zowel smal (gericht op politie), als breder (andere professionals) maar niet in de volle breedte van alle achterliggende termen, concepten en werkvelden.

Hoofdstuk 3

Theoretische analyse van de toename van ‘verwarde personen’

Inleiding

Dit hoofdstuk beoogt een meer theoretisch gefundeerde onderlegger voor de richting van dit project te bieden – in hoofdstuk 5 en 6 worden de hoofdvragen verder uitgewerkt. Wie zich wat langer binnen verschillende groepen betrokkenen verdiept in het fenomeen ‘verwarde personen’ krijgt daarover zeer uiteenlopende dingen te horen. Er is een diepe verdeeldheid over wat de oorzaken zijn van de toegenomen meldingen, en dus ook over de aanpak ervan. Enkele voorbeelden:

Kader 3: wat er zoal over de kwestie ‘verwarde personen’ wordt gezegd

- ‘Nederland is van een verzorgingsstaat een participatiemaatschappij geworden’
- ‘De politie moet bezuinigen en probeert zogenaamde verwarde personen bij de zorg over de schutting te gooien’
- ‘De GGZ doet niks voor mensen die niet willen’
- ‘We hebben te weinig wettelijke mogelijkheden om mensen tegen hun zin in zorg te nemen’
- ‘De situaties waar de politie bij geroepen wordt zijn soms mensonterend’
- ‘Als cliënten en ervaringsdeskundigen meer betrokken zouden zijn, zou het allemaal veel beter gaan’
- ‘Niemand kijkt meer naar elkaar om op straat, gelijk wordt de politie gebeld’
- ‘De afbouw van psychiatrische bedden heeft geleid tot meer verwarde personen’
- ‘Er is een angstcultuur gecreëerd rond ‘verwarde personen’ die niet terecht is’
- ‘Steeds meer mensen kunnen het niet meer aan in Nederland’
- ‘Het gaat heel goed met Nederland, zo zien we in rapporten van het SCP en CBS’
- ‘Er is steeds minder tolerantie’
- ‘Door sociale media ligt alles direct op straat, of eigenlijk staat online en daardoor lijkt het meer’

Er is een sterke neiging om zowel eenzijdige verklaringen als eenzijdige oplossingen voor dit complexe sociale probleem aan te dragen. Dat sociale probleem bestaat echter al erg lang en heeft onder allerlei verschillende namen al meermaals (politieke) prioriteit gekregen om daarna weer weg te zakken – totdat nieuwe incidenten of ontwikkelingen weer tot onrust en nieuw beleid leiden. Omdat geen van de eenzijdige perspectieven een bevredigende verklaring biedt is er behoefte aan een model waarin meer verklaringen op verschillende niveaus hun plek hebben.

We beschouwen ‘verwarde personen’ als een sociaal fenomeen, en niet uitsluitend als een zorg- of veiligheidsfenomeen. Voor een goed begrip van een sociaal fenomeen is een brede benadering noodzakelijk, niet een benadering die zich direct richt op één enkele verklaringsrichting zoals individuele psychopathologie, maatschappelijke intolerantie of veiligheidsrisico’s. Dat inzicht is ontstaan pas na het opstellen, toetsen en (deels) verwerpen van een aantal hypothesen rond de opkomst van ‘verwarde personen’. Deze verklarende hypothesen worden hieronder in aanzienlijk detail beschreven, om zo ook de daaruit voortgekomen keuzes voor aanvullend veldonderzoek (hoofdstuk 5 en 6) te verantwoorden.

De hieronder genoemde hypothesen zijn niet allemaal (eenvoudig) toetsbaar: sommige hebben een meer theoretisch karakter, sommige meer empirisch. De gekozen indeling is thematisch, in antwoord op de vraag: 'hoe kunnen we de toegenomen meldingen over 'verward gedrag' bij de politie verklaren – in de wetenschap dat deze toename niet door alle andere publieke professionals in die mate gezien wordt?'.

Daarmee wordt de toename van E33-meldingen als een belangrijk en serieus feit aangenomen evenals de daaruit voortkomende belasting voor politie-inzet. Tegelijkertijd blijven alle mogelijke verklaringen voor deze toename open. Deze verklaringen zijn gecategoriseerd in zeven groepen: perceptieverklaringen

- ziekteverklaringen
- zorgverklaringen (aanbod)
- zorgverklaringen (organisatie en inhoud)
- bestuurlijke verklaringen
- sociaaleconomisch
- maatschappelijke verklaringen

Perceptieverklaringen

De brede term 'perceptie' verwijst naar de wijze waarop we in Nederland kijken naar 'verward gedrag' en hoe we denken daarmee om te moeten gaan – door zowel burgers als professionals.

Op niveau van burgers lijkt er een trend om 'vreemd' gedrag eerder bij politie dan bij zorginstanties te melden – hiervoor is enige bevestiging gevonden in de relatie tussen cijfers van meldpunten en politie. De afname van (bereikbaarheid van) meldpunten van GGD en OGGZ tot ca. 2015 kan hieraan ten grondslag liggen. De trend kan versterkt zijn door de uitgebreide media-aandacht voor politiebemoeienis met 'verwarde personen' – waardoor de indruk ontstaat dat 'vreemd' gedrag vooral bij politie gemeld moet worden. De overheersende toon van gevaar en risico in de berichtgeving maakt dit, in combinatie met de snelle reactie van politie via 112, verder waarschijnlijk.

Tabel 3: selecte steekproef van gemeenten met daling of sterke stijging van E33-meldingen 2011-2015

Letterlijke weergave uit bron[2]

Gemeente (GGD-regio)	Type melding	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Ontwikkeling 2011-15
Vlissingen (Zeeland)	Politie	-	-	391	338	503	326	350	-10%
	OGGZ	184	240	256	338	-	473	-	+85%
Kampen (Ijsselland)	Politie	-	-	190	168	146	134	153	-19%
	OGGZ	-	-	-	-	116	135	207	+78%
Hilversum (Gooi- en Vechtstreek)	Politie	-	-	101	199	258	270	318	+215%
	OGGZ	163	270	350	352	-	-	-	daling?
Assen (Drenthe)	Politie	-	-	125	250	301	477	589	+371%
	OGGZ	235	364	460	466	-	-	185	-60%
Haarlem (Kennemerland)	Politie	-	-	289	471	578	896	1.028	+256%
	OGGZ	-	1248	1328	488	554	500	516	-61%

Op niveau van professionals is er ook een dergelijke trend. Zorgprofessionals bellen bij calamiteiten (doorgaans agressie) in instellingen vaker politie dan vroeger. Agenten lijken sinds de introductie van de E33-melding toenemend geneigd van die code gebruik te maken. Dat is overigens een bekend registratiefenomeen: wanneer een nieuwe categorie gecreëerd wordt, groeit de aandacht en het gebruik ervan sneller dan voor een bestaande categorie. Onder agenten zal waarschijnlijk hetzelfde

gelden als onder burgers: veel aandacht voor politie en ‘verward gedrag’ in de media leidt tot een grotere gevoeligheid voor dat gedrag – en de observatie en scoring ervan onder de E33-code.

Bevestiging voor de in de E33-meldingen gekwantificeerde toename van ‘verward gedrag’ zou indirect kunnen komen via sociale media. Desgevraagd zeggen burgers dat ze zelden zelf een ‘verward persoon’ ontmoeten maar bevestigen wel dat er meer ‘verwarde personen’ in Nederland zijn. De mogelijkheid van het delen van vaak indringende en voor betrokkene(n) ontluisterende filmpjes kan hieraan bijdragen. Hoe vaak dergelijke dingen zich voordoen is dan minder van belang: als incidenten vaak genoeg via verschillende media bij burgers terecht komen, bestaat het gevaar dat zij vanzelf gaan denken dat er wel heel veel van dergelijke incidenten moeten zijn. Bovengenoemde perceptieverklaringen zijn op dit moment niet empirisch te toetsen, vanwege ontbrekende cijfers. Dus of en in welke mate ze (een deel van) de toename verklaren weten we niet met zekerheid.

Concluderend perceptieverklaringen

Perceptie lijkt slechts een deel van de verklaring te kunnen bieden. De toename van het aantal meldingen is reëel, net als de tijd die de politie daaraan besteedt. Tegelijkertijd is het voor het eerst in de Nederlandse geschiedenis dat er landelijke cijfers zijn over overlast vanwege verward gedrag. Juist vanwege die cijfers, en de stijging daarvan, is verward gedrag sterk onder de aandacht gekomen en kan een zichzelf versterkend effect niet worden uitgesloten.

Ziekteverklaringen

Bij een toename van meldingen over ‘verward gedrag’ of incidenten wordt al snel aangenomen dat ‘Nederland steeds zieker wordt’. Aanvankelijk werd de verklaring voor de toename van meldingen vooral gezocht in een toename van mensen die niet situationeel ‘verward’ waren, maar bij wie een stoornis of ziekte speelt. De focus lag hierbij sterk op psychische stoornissen, en werden daarnaast dementie, verslaving en verstandelijke beperkingen vaak genoemd.

We beschikken in Nederland over tamelijk tot zeer goede cijfers over het voorkomen (prevalentie) van ziektes en stoornissen. Uit landelijke prevalentiestudies, samengevat in de tabel hieronder, blijkt dat van de meest gesuggereerde achtergronden van verward gedrag, alleen dementie prevalenter is dan voorheen. Zelfs als al deze ‘nieuwe’ dementie-patiënten in aanraking zouden komen met de politie, zou dat nog slechts leiden tot een zeer geringe toename van E33-meldingen. Meewegend dat criminaliteit en overlast in Nederland dalen, is het onwaarschijnlijk dat alleen een veranderde prevalentie de stijging van het aantal ‘verwarde personen’-meldingen verklaart.

Tabel 4: prevalentie van meest voorkomende problemen van ‘verwarde personen’ in de Nederlandse bevolking

Letterlijke weergave uit bron[2]

Probleem/ stoornis	percentage (meldingen)	prevalentie (personen)	Ziektelast[ontwikkeling
psychische stoornis (excl. verslaving)	45,4%	jaar: 17,5%	stabiel	stabiel (was 17,1% in 1996, afwijking valt binnen BI)
psychose		0,5%		stabiel (was 0,4%)
stemming		6,1%		stabiel (was 7,4%)
angst		10,1%		stabiel (was 10,2%)
overlast/agressie	31,1%	-	-	daalt (afname criminaliteit sinds 2005 is 30%)
verslaving	10,5%	jaar: 5,6%	stabiel	Stabiel (was 5,8% in 1996, afwijking valt binnen BI)
dementie	7,6%	0,5%	stijgt	stijgt (jaarlijks 3,5-4% procent; incidentie daalt, prevalentie stijgt door vergrijzing)

verstandelijke handicap	3-5%	3%	stabiel	stabiel
-------------------------	------	----	---------	---------

Concluderend ziekteverklaringen:

Op basis van epidemiologische studies ligt het niet voor de hand dat een toename van ziektes/stoornissen verklarend is voor het toegenomen aantal meldingen. Alleen voor dementie geldt een stijgende prevalentie, maar meldingen over deze problematiek beslaan slechts een klein deel van het totaal.

Zorgverklaringen – veranderingen in het zorgaanbod

Veranderingen in de zorg, meer specifiek: minder zorg, zijn vaak genoemd als oorzaak voor de toename van meldingen. Vooral de beddenvermindering in de GGZ werd en wordt daarmee geassocieerd. Deze mogelijke verklaring wordt nader bekeken op detailniveaus: budget/kosten, financieringsbronnen, stelselwijzigingen en inhoudelijke veranderingen. Hierbij moet steeds worden meegewogen dat de bevolking van Nederland ieder jaar toeneemt en dat bij gelijkblijvende budgetten er dus per persoon minder geld beschikbaar is – wat nog versterkt wordt door inflatie.

Budget

Het nationale budget voor zorg stijgt al decennialang ieder jaar (fors). In strikte zin wordt er op macroniveau in Nederland nooit ‘bezuinigd’ (ofwel in absolute termen minder geld besteed dan daarvoor) – al wordt dat wel vaak gesuggereerd. Van bezuinigingen is op macroniveau (totale zorgbudget) geen sprake, noch op het niveau van de zorgaanbieders zoals onderscheiden door het CBS: geestelijke gezondheidszorg, ouderenzorg, gehandicaptenzorg.

Niet voor alle stoornissen en zorgsectoren is betrouwbare data over zorgvraag- en aanbod beschikbaar, maar op hoofdlijnen is duidelijk dat de macrobudgetten voor de beschreven groepen niet kleiner zijn geworden (tabel 5). De gezondheidszorg is een groter deel van ons bruto binnenlands product gaan kosten, en daarbinnen zijn alle sectoren procentueel gegroeid. Hierin zijn de bevolkingsgroei en inflatie dus niet meegewogen, dus eenzelfde bedrag dat minder waard en over meer Nederlanders moet worden verdeeld, leidt per saldo tot minder zorg per persoon.

Tabel 5: ontwikkeling zorgvraag en zorgaanbod 2005-2015

Letterlijke weergave uit bron[2]

Probleem/stoornis	percentage van ‘verwarde personen’	zorgvraag ^a	zorgaanbod	Macrobudget 12,3 > 14,1	ontwikkeling beschikbare zorg
psychische stoornis	45,4%	stabiel	-	6,8 > 7,1 ^c	lichte daling
overlast/agressie	31,1%	- ^b	stabiel	?	stijging
verslaving	10,5%	stabiel	-	6,8 > 7,1 ^c	lichte daling
dementie	7,6%	+	stabiel	17,9 > 18,1 ^d	lichte daling
verstandelijke handicap	3-5%	+ [9]	+	9,1 > 10,5 ^e	stabiel

^a gebaseerd op ontwikkeling geschetst in tabel 4

^b bij ‘overlast/agressie’ is de ‘zorgvraag’ gedefinieerd als criminaliteit, het ‘zorgaanbod’ als de omvang van de criminaliteitsbestrijding (politie en justitie)

^c CBS jaarrekeningen kosten GGZ

^d CBS jaarrekeningen kosten ouderenzorg

^e CBS jaarrekeningen kosten gehandicaptenzorg

Financieringsbronnen

Onder bovenstaande cijfers gaan verschillende financieringsbronnen schuil. Werd voorheen veel (langdurige) zorg betaald uit de AWBZ, sinds 2006 is deze bron geleidelijk gesplitst in financiering vanuit WMO (gemeentelijk bepaald, zorg voor thuiswonende mensen), Wlz (door zorgkantoor bepaald, voor mensen wonend in instellingen voor bv. ouderen of gehandicapten) en Zvw (door verzekeraars bepaald, alleen voor wijkverpleegkundige zorg voor thuiswonende mensen). Beschermd wonen voor mensen met psychische problematiek (vaak in een woning van een zorgaanbieder) valt sinds 2015 onder de WMO, en wordt uitgevoerd door 43 centrumgemeenten. Of langdurig verblijf in een psychiatrisch ziekenhuis onder Wlz of Zvw valt is al enkele jaren een discussiepunt tussen partijen. Bij de overheveling van zorg van AWBZ naar WMO 2015 is een bezuinigingsopdracht gesteld, doch in openbare cijfers is niet terug te vinden om hoeveel budget dit ging en wat hiervan gerealiseerd is.

Stelselwijzigingen

Nauw verbonden met de financieringsbronnen zijn ook twee cruciale wijzigingen in het zorgstelsel: vanaf 2006 is er voor de curatieve gezondheidszorg (Zvw-financiering, voorheen deels AWBZ) een systeem van geleide marktwerking. En vanaf 2007 geldt in verschillende stappen voor de langdurige zorg volgens de WMO (voorheen deels AWBZ) dat die een voorziening is, niet meer een recht zoals onder de AWBZ. Hieruit kunnen twee consequenties voortkomen die relevant zijn voor de toename van E33-meldingen. Ten eerste, voor de Zvw geldt dat zorgaanbieders elkaar kunnen beconcurreren (t.g.v. marktwerking) waardoor samenwerking bemoeilijkt wordt. Ten tweede, de gemeentelijke WMO-pot kan 'op' zijn en niet worden aangevuld, waardoor mensen benodigde zorg niet krijgen – ook al is er wel een indicatie.

Concurrentie lijkt rond de groep mensen met frequent verward gedrag echter geen grote rol te spelen: net als voor 2006 is het eerder zo dat instellingen proberen de 'lastige gevallen' bij elkaar te slijten in plaats van dat ze proberen cliënten van elkaar af te snoepen. Over wel geïndiceerde maar niet beschikbare WMO-zorg is weinig literatuur te vinden en dit wordt vanuit de praktijk niet nadrukkelijk gemeld. Duidelijk is wel dat gemeenten toenemend kampen met tekorten, recentelijk vooral op uitgaven aan jeugdzorg, maar ook aan maatschappelijke ondersteuning.

Een gevolg van beide veranderingen is wel dat er veel meer kleine zorgaanbieders zijn die relatief makkelijk de 'markt' kunnen betreden – vooral in WMO-gefinancierde zorg. Soms leveren bedrijfjes met slechts een of twee werknemers intensieve zorg aan kwetsbare mensen, waarbij de continuïteit en kwaliteit niet gegarandeerd zijn en samenwerking in de keten onvoldoende is. Ook kan het voor cliënten lastig zijn om uit het grote aanbod van zorgverleners de 'juiste' te kiezen – en weer te veranderen als het toch niet 'de juiste' blijkt te zijn.

Inhoudelijke veranderingen

Over de gehele zorg is een sterke oriëntatie op extramuralisering merkbaar: niet meer in een instelling maar thuis met (intensieve) thuiszorg. De drempels voor verpleeghuizen, beschermde woonvormen, psychiatrisch ziekenhuisbedden en andere intramuraal voorzieningen zijn hoger geworden: om binnen te komen moet de problematiek ernstiger of de nood hoger zijn. Over de volle breedte van 'verward gedrag' is er dus minder mogelijkheid tot het uit de eigen woonsituatie geraken, waarmee de druk op mensen zelf, naasten en omgeving mogelijk toegenomen is. De zogenaamde preventieve opnames (ter voorkoming van escalatie), behoren daarmee niet meer tot de mogelijkheden.

Concluderend: uiteindelijk beschikbare zorg

Uitsluitend naar budgetten gekeken, dan lijkt er niet zo veel aan de hand in de zorg. Maar als de prevalentie (zoals bij dementie), de zorgvraag (zoals bij verstandelijke beperkingen) en de bevolking groeit, betekent dit per saldo minder zorg per individu. In een aantal sectoren is dat te merken aan

groeijende wachtlijsten, al weten we daarbij niet hoe groot de rol is van toegenomen vraag. De omvang en het al dan niet structurele karakter hiervan is moeilijk in te schatten. De macrogegevens geven geen inzicht in verschuivingen *binnen* het totale zorgaanbod – waardoor bijvoorbeeld bepaalde groepen minder zorg krijgen. Een aantal niet direct in het oog springende veranderingen rond het vinden, indiceren en bekostigen van zorg hebben mogelijk ook effecten. De toegankelijkheid en klantvriendelijkheid is sterk wisselend en soms (zeer) laag, waardoor vooral mensen met minder vaardigheden waarschijnlijk geraakt worden.

Zorgverklaringen – verandering in de organisatie en inhoud van zorg

Toegankelijkheid

Het aanvragen en organiseren van zorg is sterk veranderd in het afgelopen decennium: de digitalisering van aanvraagformulieren blijkt voor veel mensen lastig en te leiden tot het minder vragen of krijgen van zorg. Hoe vanuit de verschillende financieringsbronnen zorg wordt toegewezen is niet altijd even duidelijk en welke eigen bijdrage daarbij hoort verschilt ook sterk. De aanvraag van een Persoons Gebonden Budget (PGB) vraagt bv. om het invullen van veel formulieren en het berekenen van uurlonen/budgetten e.d. – een activiteit die cognitief vraagt om VWO/Hbo-niveau. Hoewel eigen bijdragen deels inkomensafhankelijk zijn kunnen ze wel een belemmering vormen voor burgers met weinig geld. Maar ook de onzekerheid over hoeveel door burgers zelf moet worden bijgedragen kan een drempel vormen – angst om later met forse rekeningen geconfronteerd te worden kan mensen verlammen.

Specialisatie in het zorgdomein

In de afgelopen decennia is er door allerlei instanties steeds verder gespecialiseerd en zijn ‘doelgroepen’ en ‘programma’s’ steeds scherper gedefinieerd. Professionals zijn daarin toenemend gespecialiseerd: er zijn hulpverleners die menen dat ze binnen hun sector alleen maar competent zijn met één specifieke doelgroep. Zodra er een ander (psychisch) probleem speelt, weten zij niet meer wat te doen. Laat staat dat ze weten wat te doen als er problemen spelen buiten de eigen sector, zoals een verstandelijke beperking of schuldenproblematiek. Steeds minder hulpverleners lijken raad te weten met multiprobleem-situaties die zich niet lenen voor de rechtlijnige, wetenschappelijk ‘bewezen’ aanpak waarin de professional bekwaam is. Deze (super)specialisatie zorgt ervoor dat mensen met problemen snel en vaak op en neer worden geschoven tussen hulpverleners en instanties. Dit is een wisselwerking tussen professionele opvattingen en organisatieprincipes, soms versterkt door financiële drijfveren, die kan leiden tot het vaker uitsluiten van mensen.

Generalisme in het sociaal domein

Tegengesteld aan ontwikkelingen in de gezondheidszorg zijn in het sociaal domein professionals juist meer generalistisch gaan werken: brede teams moesten in de wijk makkelijk kunnen doorschakelen naar meer specialistische hulp maar ook zelf eenvoudige vragen aanpakken[10]. Bij zwaardere problematiek en bij mensen die geen hulp vragen maar die wel nodig hebben, bijvoorbeeld in geval van mensen met herhaald verward gedrag, missen generalisten de benodigde kennis en vaardigheden en blijkt het lastig om een meer gespecialiseerde professional (met name uit het gezondheidsdomein) in te schakelen. De sociale generalist zoekt eigenlijk een zorggeneralist maar treft in de zorg veel (super)specialisten aan die weinig kunnen met de brede, ongedifferentieerde vragen van sociale professionals.

Professionele houding en beoordeling door publiek

Heel vaak zijn situaties van ‘verwarde personen’ ingewikkeld. Er speelt problematiek op verschillende niveaus, er zijn veel mensen en partijen betrokken, er zijn geen kraakheldere richtlijnen en vaak is er tijdsdruk. In zulke situaties wordt veel van professionals gevraagd, waarbij anderen al snel vinden dat ‘de hulpverlener’ het niet goed doet: er gebeurt te veel (te veel agenten gaan te hardhandig met iemand om of iemand wordt te snel opgenomen) of er gebeurt te weinig (er komt juist niemand langs of een opname wordt niet nodig geacht), zo klinkt het dan. De bandbreedte waarin het juiste

gedaan wordt lijkt smaller geworden in de ogen van het grote publiek en dit kan professionals er paradoxaal genoeg toe verleiden eerder 'op safe' te spelen: zwaar ingrijpen (altijd veilig) of wegblijven (want dan kun je ook niks verkeerd doen). In de hulpverlening worden beide varianten vaak positief bekrachtigd: 'wegblijven' levert vaak geen gedoe op omdat het probleem elders terecht komt, 'zwaar ingrijpen' levert geen gedoe op omdat er altijd (ook achteraf) wel een aanleiding voor te vinden is. De tussenweg, wel erheen gaan en in gesprek gaan maar niet zwaar ingrijpen, is het meest risicovol: de professional maakt zich verantwoordelijk maar kiest niet voor de zware, veilige route van bv. opname.

Er lijkt een toenemende druk uit te gaan van media en, in mindere mate, toezichhoudende instanties op professioneel optreden. Sneller wordt de schuldvraag gesteld, en vaker wordt er ook naar het burgerlijk en strafrecht gegrepen om bepaalde acties te bestraffen. Onlangs werd uitspraak gedaan in een zaak de het OM had aangespannen tegen een grote GGZ-instelling vanwege het overlijden van iemand. Het is denkbaar dat door dit vergrootglas dat de 'uitersten' versterkt worden, waardoor mensen met verward gedrag eerder 'aan een ander worden overgelaten' – in Nederland is vaak de politie. Sommige problematiek is echter dermate complex dat een benadering vanuit zorg en veiligheid nodig is. Deze groep vraagt om specialistische kennis, benadering en samenwerking tussen zorg, politie en Openbaar Ministerie. De 'gewone zorg' is onvoldoende in staat deze zorg veilig te bieden, waardoor men deze groep mensen vaak afhoudt.

Concluderend zorginhoudelijke verklaringen:

De aansluiting tussen verschillende professionals lijkt door uiteenlopende modellen en ideologieën bemoeilijkt te worden, terwijl de burger juist meer kwaliteit en minder fouten verwacht. Escalatie naar 'zware zorg' lijkt door slechte aansluitingen in het systeem vaker voor te komen – ondanks dat zware zorg niet altijd de passende oplossing is. Voor mensen met verward gedrag dat moeilijk past in deze hokjes, is het risico groter om tussen de mazen van het net door te vallen.

Bestuurlijke verklaringen

Het 'verwarde personen'-dossier lijkt deels een teken van bestuurlijke onmacht: velen verbazen zich over het feit dat alles zo 'ingewikkeld' is en dat zaken niet gewoon 'opgelost' worden. De vraag is of bestuurders en beleidsmakers die machteloosheid niet (deels) over zichzelf afroepen door een aantal acties of juist het gebrek aan actie.

Geografische lijnen en bestuurlijke regio's

Een van de eerste dingen die opvalt is dat de geografische regio's van de meest nauw betrokken partijen sterk uiteen lopen. De regie voor de sluitende aanpak ligt bij de gemeenten, waarvan er nu 355 in Nederland zijn, variërend in grootte van enkele duizenden tot bijna een miljoen inwoners. De partij die de meldingen aanneemt, de politie, is verdeeld in 10 regio's ('eenheden'). De publieke gezondheidszorg, vormgegeven door de GGD, kent 25 regio's – die samen vallen met de veiligheidsregio's waarin zorg, politie en brandweer samenwerken bij rampen. De acute zorg is georganiseerd in 11 regio's[11] en de acute GGZ in 28 regio's[12]. Daarnaast is er een indeling in centrumgemeenten, 43 in totaal, waarin maatschappelijke opvang en beschermd wonen georganiseerd worden[13]. Ten slotte, de zorginstellingen hebben allemaal eigen regio-indelingen die gebaseerd zijn op onderlinge werkverdeling of historie. Een gemeente kan dus in verschillende regio's vallen en daarom te maken krijgen met verschillende spelregels en overlegorganen. Dat is soms nog wel te overzien (hoewel voor kleinere gemeenten snel arbeidsintensief), maar lastiger is het wanneer een aanpak om meer schaalgrootte vraagt dan de eigen gemeente – iets dat bij gemeenten met minder dan 100.000 inwoners al heel snel zo is. Welke regio-indeling dan gehanteerd moet worden is onduidelijk. Dit wordt al snel een kwestie met bestuurlijke en politieke gevoeligheid. Andersom geldt hetzelfde: sommige geografisch uitgestrekte zorginstellingen moeten met tientallen gemeenten onderhandelen over de WMO-bijdrage aan de zorgkosten.

Bestuurlijke decentralisatie

De politieke mode van de laatste jaren is decentralisatie van publieke taken, veelal van centrale overheid naar gemeenten. Rond 'verwarde personen' resulteert dat in talloze verschillende benaderingen in 355 gemeenten. Dat is deels goed: de lokale context is zeer verschillend en de volumes meldingen binnen gemeenten lopen sterk uiteen. Maar gezien de spreiding van het hulpaanbod, de omvang van politieregio's, de soms grote beweeglijkheid van de 'verwarde personen' e.d. is het onontkoombaar om beleid/de aanpak te organiseren op regionaal niveau – en een aantal zaken op landelijk niveau. De politieke wil om een deel van de aanpak te centraliseren in de regio, versus te decentraliseren naar de gemeente, lijkt de afgelopen jaren niet zo groot vanwege de focus op de gemeente als het centrum van decentralisatie. Dat leidt er o.a. toe dat de partij die van oudsher de taak had om 'verwarde personen' op te vangen, de GGD, in veel gemeenten niet meer actief is omdat haar die taak niet gegeven of gegund (via aanbesteding) is. Hierdoor ontstaan in dicht bij elkaar gelegen plaatsen verschillende meldpunten, benaderwijzen, professionele teams – en daardoor soms een sluitend netwerk maar soms een netwerk vol gaten. Wie daarin de regionale (of voor sommige situaties landelijke) regie mag, kan en moet nemen is onduidelijk.

Wettelijke verankering

In de Wet collectieve preventie volksgezondheid (Wcpv) was (tot 2007) de Openbare Geestelijke Gezondheidszorg (OGGZ) een verplichte publieke gezondheidstaak, die doorgaans werd uitgevoerd door de regionale GGD. Tussen 2007 en 2015 stond de OGGZ als expliciet 'prestatieveld' vermeld in de WMO. Vanaf 2015 is de OGGZ niet meer terug te vinden in de wettekst (WMO 2015)[14]. Het lijkt erop dat het minder dwingend opleggen van OGGZ-taken aan gemeenten op veel plaatsen heeft geleid tot minder investeringen op dit vlak – landelijke cijfers ontbreken hierover maar observaties in de praktijk bevestigen dit beeld – zie ook de eerdere getoonde afname van de GGD/OGGZ-meldpunten.

Besturing en verantwoording

De verschillende instellingen, bestuursorganen en regio's zijn verschillend georganiseerd en worden verschillend aangestuurd: puur publiek (met verantwoording aan kiezers), getrappt publiek (met verantwoording aan wethouders en bestuurders), publiek-privaat en privaat. Daar lopen bestuurslagen tussendoor, zo kan bijvoorbeeld het Ministerie van Justitie & Veiligheid een plaatsing in een forensisch-psychiatrische afdeling van een publiek-private instelling opleggen, zonder dat daarvan de lokale burgemeester (of het OM, of anderen in de veiligheidsregio) op de hoogte zijn. Deze problematiek is in het OVV-rapport gesignaleerd en beschreven rond de dood van Anne Faber.

Concluderend bestuurlijke verklaringen:

De vele bestuursvormen en -lagen maken Nederland tot een land van *checks* en *balances*. Echter, de problematiek van mensen met ernstig en herhaald verward gedrag leent zich niet goed voor vergaande decentralisatie en diffuse verantwoordelijkheden. De complexe communicatie tussen verschillende systemen van zorg, veiligheid en bestuur vragen om grote oplettendheid en vaardigheden bij professionals – die echter nog steeds feilbaar zijn.

Sociaaleconomische verklaringen*Sociaaleconomische problematiek*

Onmiskenbaar heeft een aanzienlijk deel van Nederland sinds 2007-2008 last gehad van de economische crisis – en de sociale gevolgen daarvan zijn merkbaar in bijvoorbeeld het aantal suicides (dat in slechtere tijden in ontwikkelde samenlevingen altijd toeneemt). Vooral jonge, succesvolle mannen die plotseling hun baan kwijt raken plegen meer suicide in dergelijke periodes. Het verlies van inkomen, bestaanszekerheid, prestige en andere zaken kan meer mensen parten hebben

gespeeld en geleid hebben tot meer (financiële) wanhoop, leidend tot overlastgevend gedrag en meldingen bij politie.

Zoals vaker bij economische achteruitgang duurt het voor mensen die afhankelijk zijn van via belastinggeld gefinancierde altijd enkele maanden tot jaren voordat de gevolgen echt zichtbaar worden, wat zou kloppen met de groei van E33-meldingen vanaf 2011. Het economisch herstel laat vooral voor kwetsbare groepen ook vaak langer op zich wachten, toch zouden we ondertussen (rekenend vanaf 2015 waarin breed economisch herstel voelbaar werd) een afname van E33-meldingen mogen verwachten. Een diepgaander analyse van de personen achter de meldingen zou kunnen uitwijzen in welke mate sociaaleconomische omstandigheden een rol spelen – waarbij het te verwachten valt dat mensen die vaker in beeld komen meer last hebben van problematiek die weinig met sociaaleconomische situatie te maken heeft dan mensen die incidenteel in beeld komen.

De concentratie van mensen met grotere sociaaleconomische problematiek in ‘zwakke’ buurten zou een mogelijke oorzaak kunnen zijn van meer meldingen, specifiek vanuit die buurten: als mensen met weinig draagkracht bij elkaar wonen wordt er eerder gebeld omdat ze ‘het niet meer trekken’. De data daarover spreken elkaar enigszins tegen maar woningcorporaties signaleren wel een concentratie van kwetsbaarheid in wijken waar naast mensen met psychische problematiek ook stathouders, voormalige gedetineerden en andere mensen komen wonen die niet allemaal goed zijn ingebed in het maatschappelijk leven.

Sociale ongelijkheid

In toenemende mate wordt sociale ongelijkheid gezien als een oorzaak van ziekte en andere problematiek. In een recente publicatie exploreren sociaal-epidemiologen Wilkinson en Pickett nader of deze hypothese ook opgaat voor psychische stoornissen[15]. Hun uitwerking is slechts deels overtuigend, en komt bovendien niet overeen met de definitie van ‘verwarde personen’ zoals die door de Nederlandse politie wordt gehanteerd. Toch zouden we, zeker gezien de meer sociale dimensies van ‘verward gedrag’, een samenhang tussen sociale ongelijkheid en aantal E33-meldingen mogen verwachten. Sociologe Roex toetste dit voor alle gemeenten in Nederland en vond een klein maar significant effect: hoe meer ongelijkheid, hoe meer meldingen. Hierbij moet worden opgemerkt dat de invloed van een groot aantal van de hierboven genoemde verklarende factoren (waaronder het zorgaanbod) niet werd meegewogen[16]. Ook is er discussie of de laatste jaren de sociale ongelijkheid is toegenomen, waarbij de balans lijkt door te slaan naar een gelijkblijvende of geringe verandering – waardoor deze verklaring weinig grond heeft.

Sociaal basisbeleid

Sociaal beleid, zoals de beschikbaarheid van betaalbare huurwoningen en participatiemogelijkheden, is belangrijk voor een grote groep Nederlanders – dat is namelijk een veel grotere groep dan de mensen met een specifieke stoornis die gebruik maakt van zorg. In de jaren volgend op de economische crisis zijn op veel plekken sociale basisvoorzieningen minder geworden, deels ten gevolge van minder belastingopbrengsten vanwege die crisis. Het verdwijnen van sociale werkplaatsen als gevolg van de Participatiewet (2015) lijkt ook niet geholpen te hebben om mensen die anders zijn een zinvolle daginvulling te bieden. Het aantal Wsw-plekken neemt jaarlijks af, waarbij het aantal mensen met een verstandelijke of psychische beperking licht toeneemt tot 69%

Daarnaast is het voor de huidige generatie werkzoekenden lastiger om een baan met goede arbeidsvoorwaarden dan daarvoor. Het aantal ZZP'ers met weinig sociale zekerheid neemt al jaren toe en de vraag naar flexibel werk via ‘platforms’ zoals Uber ook. Voor velen geldt dat ze geen zeker inkomen hebben maar afhankelijk zijn van hun eigen succes als ‘vrije ondernemer’. Dit hoeft geen probleem te zijn maar betekent bij ziekte doorgaans dat er geen inkomen is, en bij langdurige ziekte geen recht op een arbeidsongeschiktheidsuitkering. Op kortere termijn kan voor sommigen de stress

van hard werken tegen weinig en onzeker loon leiden tot de eerder genoemde situatie van (financiële) stress, mogelijk leidend tot overlast en ‘verward gedrag’.

Concluderend sociaaleconomische verklaringen: sociaaleconomische factoren kunnen een deel van de toename verklaren. Mensen met bestaande ernstige problematiek hebben het daardoor moeilijker gekregen, mensen zonder dergelijke problematiek zijn door de crisis in problemen geraakt. Het economisch herstel van de afgelopen jaren heeft echter niet geleid tot een daling van het aantal E33-meldingen, dus de relatie tussen deze twee grootheden is waarschijnlijk toch klein.

Maatschappelijke verklaringen

Hoewel alle bovengenoemde verklaringen op enige wijze ‘maatschappelijk’ zijn, ligt de focus hieronder nader op de lastiger te toetsen sociaal-maatschappelijke verklaringen die genoemd worden in het kader van de toename van ‘verwarde personen’-meldingen.

Individualisering en eenzaamheid

Hoewel geen nieuwe ontwikkeling, en daarmee ook niet plotseling anders dan voorheen, lijkt de individualisering van de samenleving zich nog steeds verder voort te zetten. Al jaren stijgt het aantal eenpersoonshuishoudens, en zeggen meer mensen last van eenzaamheid te hebben.

Ingewikkelder en snellere maatschappij

Het is duidelijk dat het tempo van de huidige samenleving hoger ligt dan dat van een of meer decennia geleden. Wie nu kijkt naar een speelfilm uit de jaren 70 of 80 ziet dat het huidige handelingstempo veel hoger is – wat dus ook vraagt om een hoger ‘begrijptempo’ van de huidige kijker en burger. Dit is echter een ontwikkeling die al vele decennia gaande is en waaraan mensen zich in de loop der tijd steeds goed hebben kunnen aanpassen – het hogere tempo van films is geleidelijk gegroeid en (mede) ontstaan door een behoefte aan meer vaart bij de kijker. Toch zijn er mogelijk een aantal ontwikkelingen die het voor mensen met minder vaardigheden moeilijker maken om in de huidige samenleving mee te doen.

De digitalisering van het leven heeft een grote vlucht genomen. Een van de effecten daarvan is dat burgers veel meer dan vroeger zaken zelf kunnen (en moeten) regelen. Langs een loket gaan en daar, vaak na lang wachten, een aantal zaken regelen of geregeld krijgen is er steeds minder bij. De burger wordt geacht zelf formulieren, overschrijvingen, aanvragen, indicaties e.d. te organiseren achter de eigen computer. Net zoals het voor sommigen te moeilijk is om een snelle lening te weerstaan, die vaak ondoorzichtig en gemakkelijk geadverteerd wordt, is het voor sommigen nu lastig om bepaalde dingen te organiseren – waardoor makkelijker schulden ontstaan, uitkeringen worden stopgezet, voorzieningen niet worden verkregen e.d. Zeker voor mensen met een lagere intelligentie en mensen die laaggeletterd zijn is dit een groot probleem. De communicatie met betrokken instanties is vaak afstandelijk en moeizaam en zou sneller kunnen resulteren in een verslechtering van de situatie en mogelijk verward gedrag. Aan de aanbodkant lijkt er ook wel eens sprake van het bewust moeilijk maken van toegang tot voorzieningen om zo kosten te kunnen besparen – waarvan echter de groep die deze het meest nodig heeft de dupe is.

Minder eigen verantwoordelijkheid, meer eisen en meer hulpzoekgedrag

Vanuit verschillende invalshoeken wordt door mensen gesteld dat we verleerd zijn om ongemak en ellende te verdragen. Dat gebeurt met een nadruk op ‘flink zijn’ en ‘niet moeilijk doen’ enerzijds en met een nadruk op ‘jezelf toestaan te falen’ en ‘geen wonderen verwachten van het leven’ anderzijds. Beiden vinden dat mensen te veel van het leven en mensen in het algemeen verwachten, en van professionele hulpverleners in het bijzonder. Ook vanuit de hoek van ervaringsdeskundigen wordt regelmatig gesteld dat het ‘eigenaarschap’ van problemen te weinig wordt beleefd, en te makkelijk bij hulpverleners wordt neergelegd. Deze opmerkingen sluiten aan bij de al lang geleden geobserveerde toename van hulpverlening en kritiek op hulpverlening. Of en in welke mate

bovenstaande roep om hulp, door mensen zelf of omstanders, leidt tot meer meldingen bij politie is de vraag – wel is duidelijk dat er voor hulp in complexe situaties eerder sneller dan minder snel een ‘professional’ wordt gebeld.

Minder tolerantie en meer angst

De laatste van de maatschappelijke verklaringen is veel gehoord: mensen zouden minder tolerant zijn en daardoor sneller de politie bellen bij afwijkend gedrag. Daaraan gekoppeld zou ook angst voor de ‘verwarde persoon’ zijn. In deze redentatie is de ‘verwarde persoon’ (of verwarde man) een gevaarlijk persoon die de samenleving bedreigt – net als de Syriëganger, de asielzoeker, de fanatieke moslim en vele andere groepen dat zouden doen. Hoewel deze hypothese specifiek voor ‘verwarde personen’ niet te toetsen valt, geven enkele aanverwante databronnen wel enige informatie. De hypothese van toegenomen angst en gevoelens van onveiligheid wordt niet bevestigd door de Veiligheidsmonitor en evenmin door cijfers over sociale cohesie[17]. Ook verandert er niet heel veel in de perceptie van het grote publiek van mensen met psychische stoornissen en verslaving. Wel is zichtbaar, door foto’s van bijvoorbeeld het jaren 80-stadsbeeld te leggen naast dat van nu, dat Nederland er netter, schoner en verzorgder uit is gaan zien. Het aantal braak liggende terreinen en panden met ernstig achterstallig onderhoud is sterk afgenomen. Het opknappen van oude buurten, gekoppeld aan de komst van meer hippe winkels en economisch sterkere bewoners, leidt tot minder ruimte voor onaangepaste mensen. Ook het aantal kraakpanden is drastisch afgenomen (zeker sinds de wet van 2010) en er zijn steeds minder vrijplaatsen in de stad voor mensen die anders zijn.

Concluderend maatschappelijke verklaringen: ons land verandert voortdurend, en het leven van nu is weer sneller, individueler en digitaal dan tien jaar geleden. Hoewel de mens zich voortdurend aanpast aan omstandigheden, is het denkbaar dat voor een aantal mensen de grens is bereikt en een deel van de mensen met verward gedrag het niet redt in de huidige samenleving – en zich daarin mogelijk minder welkom voelt of welkom is.

Conclusie

Een groot aantal verklaringen voor de toename van meldingen is hierboven gepasseerd. Sommige (enigszins) toetsbaar, andere nauwelijks. Hoewel niet één verklaring met kop en schouders boven de andere uitstijgt, is wel duidelijk dat de Nederlandse samenleving steeds meer een netwerksamenleving is met vele verbanden en verbindingen, die steeds meer via digitale routes en hulpmiddelen verlopen. Dat vraagt veel van burgers, en veel van professionals. Binnen het systeem wordt de onbegrijpelijkheid of complexiteit soms ‘opgelost’ door het aanstellen van ‘regisseurs’ of professionals die burgers moeten helpen hun weg door het woud van regels en regelingen te vinden.

Van de zeven hiervoor genoemde verklaringen staan daarom de maatschappelijke verklaringen bovenaan, gevolgd door bestuurlijke en zorginhoudelijke – die alle drie raken aan de hiervoor beschreven complexiteit van organisatie, regievoering en financiering. Verklaringen vanuit zorgaanbod, sociaaleconomische omstandigheden, perceptie en ziekte volgen als vierde, vijfde, zesde en zevende.

Deze globale theoretische conclusie moet met de nodige voorzichtigheid worden geïnterpreteerd omdat er weinig harde cijfers en verbanden aan ten grondslag liggen, en veel hypothesen en aannames.

Hoofdstuk 4

Empirische analyse van 'verwarde personen'

Inleiding

In dit hoofdstuk wordt gezocht naar aanknopingspunten voor zowel een verklaring als een oplossingsrichting, nu niet vanuit theorie of ondersteunende cijfers (zoals in hoofdstuk 3), maar op basis van wat er in de praktijk gebeurt. Er is in de afgelopen jaren relatief veel onderzocht, op verschillende manieren en met wisselend succes.

Er is onderzocht welke samenhang bestaat tussen het aantal meldingen en een aantal sociale en economische factoren, gebaseerd op cijfers van gemeenten. De uitkomsten zijn niet zo eenduidig: sociale risicofactoren als armoede, laaggeletterdheid, migratieachtergrond en hogere leeftijd hangen niet rechtstreeks samen met aantallen meldingen[18]. Het CBS vond landelijk een samenhang[19]. Elders vond men een samenhang met toeristische vestigingen en de gemiddelde huishoudensgrootte en het aantal woningen in de sociale sector[20]. Deels werd dit bevestigd door later onderzoek waarin eenzaamheid (1-persoonshuishouden, gescheiden), armoede (bijstand) en stedelijkheid (diversen) als belangrijke voorspellers voor aantallen meldingen werden gevonden[21]. Het meeste van dit onderzoek is data-gestuurd en correlatieel, wat betekent dat er vooral gezocht is naar samenhang tussen variabelen op niveau van de bevolking en de meldingen zonder een theoretisch kader vooraf, of een precieze analyse van de onderlinge samenhang van factoren. Het werk van Roex is hierop de enige uitzondering: in een theoretisch en statistisch onderbouwd artikel laat zij zien dat het aantal meldingen hoger ligt in gemeenten met meer inkomensongelijkheid[16]. In alle bovengenoemde onderzoeken is geen rekening gehouden met de lokale of regionale organisatie van zorg en veiligheid, zoals een actieve outreachende OGGZ die mogelijk meldingen voorkomt, of de aanwezigheid van veel intramurale instellingen in kleine gemeenten en waar soms vaak gemeld wordt over mensen die buiten de instelling rond lopen.

Categoriseren van meldingen

In een aantal onderzoeken is geprobeerd om de meldingen onder te verdelen in categorieën om zo duidelijker te krijgen wat er precies aan de hand is, en mogelijk oorzaken van de stijging in meldingen op te sporen. Een groot probleem hierbij is dat de meldingen niet gestructureerd zijn opgeschreven en iedere melding dus door een onderzoeker moet worden gelezen en handmatig moet worden gecategoriseerd. Dus zowel door de agent die de melding heeft gemaakt, als door de onderzoeker zijn keuzes gemaakt om bepaalde dingen wel en niet te noteren, en bepaalde woorden wel of niet onder een bepaalde categorie te scharen. Bij het samenvatten van een aantal van deze kleinere onderzoeken komt er nog een probleem bij: door de onderzoekers zijn niet steeds dezelfde categorieën gebruikt en de studies zijn op verschillende maar slechts enkele plekken in Nederland gedaan[2]. Hoewel deze inspanningen wel iets hebben opgeleverd, een aantal hypothesen waar aanvankelijk niets bekend was, zijn de uitkomsten zowel wetenschappelijk niet sterk, als praktisch nog steeds beperkt omdat de categorieën weinig zeggen over wat er nu precies aan de hand was in de situatie.

Vergelijken tussen verschillende groepen

In een landelijk onderzoek is gepoogd om de cijfers over meldingen af te zetten tegen een aantal andere gegevens, vooral over groepen mensen die ergens gebruik hebben gemaakt van zorg of op een of andere manier in beeld kwamen bij instanties[22]. Hierbij zijn cijfers over contacten met de GGZ-crisisdienst, GGD-meldpunten, ambulanceritten, maatschappelijke opvanglocaties en

woonoverlast naast elkaar gelegd. De samenhang tussen deze cijfers bleek zeer klein. Dit is niet heel verbazend omdat het steeds gaat om verschillende soorten gebeurtenissen die met elkaar te maken kunnen hebben, maar dat zeker niet hoeven. Zo kan iemand die bij de politie gemeld is, daarna gesproken worden door de crisisdienst en met een ambulance ergens heen worden vervoerd – waardoor er enige samenhang is. Maar dat kan ook heel goed niet zo zijn, en als niet bekend is om welke persoon het gaat blijft onduidelijk of en wat de verschillende gebeurtenissen met elkaar hebben. In dit onderzoek is eigenlijk gepoogd om de term ‘verward’ op te splitsen in een aantal mogelijke betekenissen (bv. dakloos, in psychische crisis, woonoverlast veroorzakend) en die te vertalen naar de inzet van instanties – dat werkt echter niet omdat die instanties mensen vaak op hele andere manieren benoemen en niet altijd gebeurtenissen registreren. Bij deze onderzoekpoging wordt de in hoofdstuk 1 besproken spraakverwarring dus herhaald en uitvergroot.

Tabel 6: kenmerken van ‘verwarde personen’-meldingen

Letterlijke en aangevulde weergave uit bron[2]

Variabele	Zwolle	Twente	Leiden	Rotterdam	Amsterdam	Totaal gewogen gemiddelde
Periode	1 maand (half okt 2015-half dec 2015)	4 maanden (feb, mei, aug en nov 2015)	1 jaar (geheel (2014)	6 maanden (jan 2014- juni 2014)	1 jaar (geheel 2012)	-
Populatie	Alle meldingen in periode	Alle meldingen in periode	Alle meldingen in periode	Steekproef (ca. 10%)	Steekproef (ca. 1,9%)	-
Aantal meldingen (unieke personen)	91 (75)	572	617 (313)	425	278	1983
(als % van alle meldingen)	-	-	2,2	-	-	-
Man	78	64	58	-	48	59,6
Vrouw	22	34	42	-	44	38,3
Onbekend	-	2	-	-	8	2,2
Leeftijd						
<18	4	4	1,5	-	2	2,7
18-30	24	18	78,2	-	11	64,8
30-50 jaar	57	38		-	37	
>50	15	31	20,3	-	39	27,3
onbekend	-	9	-	100	11	5,3
Vermoeden van/bekende psychische stoornis	59,3	34	59	45	34	45,4
psychose	15		38,5	19	5	24,5
persoonlijke stoornis	4	1	4,3	-		2,8
autisme	-		2,6			-
meerdere stoornissen	3		9,4			-
suïcidaliteit		11	33,3		5	19,2
‘verward’					24	-
Overlast/agressie	-	47	28,7	30,8	4	31,1
Onder invloed				18,6	-	23,2
van drank	40	11				
van drugs	25	9				
Verslaafd	23	6	18,9	6	4	10,5
Dementie	1	7	12	9	13	7,6
	5	3				

Verstandelijke beperking	-	10	-	-	34	-
Agressie/dreiger/ briefschrijver						
Eerder bekend bij GGZ	36	-	40	-	-	-
GGD-arts ingeschakeld	18,7	11	-	-	49	23,0
GGZ-crisisdienst ingeschakeld	16,5	6,5 (na screening GGD)	22,6	26,2	19 (na screening GGD)	17,9

Onbegonnen werk?

De hierboven beschreven pogingen om meer (be)grip te krijgen hebben allemaal onvoldoende opgeleverd. Het zoeken naar samenhang tussen grote sociale variabelen en meldingen houdt geen rekening met individuele achtergronden, kleinere sociale verbanden en lokale zorg- en veiligheidsomstandigheden. De gecategoriseerde achtergronden van de meldingen zijn erg gevoelig voor interpretaties en de vergelijkingen tussen verschillende typen meldingen en contacten gaan over heel verschillende dingen. En in alle onderzoeken blijft onduidelijk wat de precieze reden was waarom de politie werd gebeld, door wie en wat de agenten konden doen of gedaan hebben. Dat laatste is nogal wezenlijk want sinds 2015 zijn er miljoenen verdeeld om het probleem op te lossen – maar feitelijk zonder te weten waar de politie nu precies tegenaan loopt in de meldingen. Pas in 2019 wordt een eerste onderzoek afgerond waarin op persoon is uitgezocht wat er aan de hand is, en een begin gemaakt met een onderzoek naar wat precies zou kunnen helpen in de situaties waar de politie voor komt te staan. Eerder gebeurde dat niet omdat enerzijds de verkeerde vragen werden gesteld, en anderzijds omdat door onderzoekers te makkelijk werd gedacht over gegevenskoppeling – niet zo eenvoudig, wel mogelijk onder de privacywetgeving (zie ook een later hoofdstuk).

Op zoek naar de mensen achter de meldingen

In Flevoland is het uiteindelijk wel gelukt om dit onderzoek te doen, mede door het feit dat het aantal gemeenten, zorgaanbieders en andere partijen relatief klein was. Dan nog heeft het de onderzoekers grote moeite gekost om alle betrokkenen te overtuigen van nut en noodzaak van deelname, en om betrouwbare data tijdig te krijgen. De taaie uitvoering van dat onderzoek zegt iets over (imperfecte) wetenschap maar vooral iets over de ingewikkelde wereld waarin we leven (zie ook hoofdstuk over bestuur).

Tabel 7: soorten overlastsituaties (n=1292 meldingen)

Bron: Poels [8]

Overlastsituatie	Aantal meldingen	Percentage
<i>Mentale onrust</i>	520	40.2%
Psychotisch gedrag	233	18.0%
Dreiging met zelfmoord	104	8.0%
Voelde zich bedreigd/onveilig	96	7.4%
Paranoïde gedachtes	90	7.0%
Poging tot zelfmoord	76	5.9%
Dementerend gedrag	42	3.3%
Automutilatie	14	1.1%
Verdwaald of zichzelf buitengesloten	40	3.1%
<i>Agressie</i>	363	28.1%
Verbale agressie	241	18.7%
Fysieke agressie	116	9.0%
Vandalisme/vernieling	42	3.3%
Spullen gooien	54	4.2%

Verzet	26	2.0%
Bedreiging	59	4.6%
<i>Personen lastig vallen</i>	<i>407</i>	<i>31.5%</i>
Personen lastig vallen	196	15.2%
Buren of geluidsoverlast	174	13.5%
Bedelen	56	4.3%
Aandacht zoeken	43	3.3%
Personen achtervolgen	13	1.0%
Onnodig 112 bellen	9	0.7%
<i>Overmatig middelengebruik</i>	<i>169</i>	<i>13.1%</i>
<i>Zorginstelling overlast</i>	<i>147</i>	<i>11,4%</i>
Overlast in zorginstelling	101	7.8%
Weglopen uit zorginstelling	46	3.6%
Oneigenlijke toegang/weigering verlaten	134	10.4%
Onrust op straat	133	10.3%
Gevaarlijk voorwerp in het openbaar	21	1.6%
Uitkleden/aanstootgevend gedrag	19	1.5%
Op de straat liggen/zitten	45	3.5%
Op blote voeten op straat	13	1.0%
Op de openbare weg lopen/staan	36	2.8%
<i>Vervuiling</i>	<i>81</i>	<i>6.3%</i>
Verwaarloosde/vervuilde leefomgeving	49	3.8%
Hygiënische situatie	44	3.4%
Openbaar behoeftes doen/laten lopen	18	1.4%
Zwerven/slappen in het openbaar	95	7.4%
<i>Winkel of horecaoverlast</i>	<i>85</i>	<i>6.6%</i>
Winkel of horecaoverlast	65	5,0%
Diefstal/niet betalen	20	1.6%
<i>Persoon spoorloos</i>	<i>44</i>	<i>3.4%</i>
Weglopen van thuis	34	2.6%
Geen contact met persoon	15	1.2%

Uit het uitgebreide Flevoland-onderzoek valt veel informatie te halen, die op het moment van schrijven nog niet allemaal openbaar is. Hieronder enkele belangrijke bevindingen voor dit rapport:

- er is binnen de onderzoeksperiode van het onderzoek een groep mensen die incidenteel (tot maximaal vier keer) en vaker (5 keer of meer) in beeld komt bij de politie – die laatste groep is klein in aantal (7% van alle mensen) maar zorgt voor veel meldingen (36,6%)
- het grootste deel van alle mensen heeft zorg of zorg gehad in de GGZ in de voorgaande drie jaar, waarbij de vaker groep (88.4%) veel vaker dan incidentele groep (61.3%)
- bijna alle mensen (92,6%) zijn wel ergens in beeld (geweest) van een instantie, het meest in de GGZ (66.4%), maar ook vaak bij GGD (54.1%) en SWT (52.2%) in voorgaande tweeënhalve jaar - van de vaker verwarden is zelfs ruim 98% ergens in beeld

- overgrote deel meldingen vindt plaats 'in de wijk', weinig in openbare ruimte
- het grootste deel (43.6%) van de meldingen komt van 'bekenden' (familie, burens en vrienden en professionals), een klein deel (11%) van de persoon zelf en een aanzienlijk deel (35.9%) van 'onbekenden' (omstanders, winkelpersoneel) en nog een deel (10%) van anderen

Uit dit onderzoek is ook duidelijk geworden hoeveel mensen op het moment van de melding actief 'in zorg' was: 75.4%. Hoe intensief die zorg op dat moment was is daarmee nog niet duidelijk. Wel blijkt dat de 'verwarde personen' dus vaak geen 'nieuwe' mensen zijn die nog nooit iets met zorg of veiligheid te maken hebben gehad. De vraag komt dan direct op in welke mate de zorg aansluit en 'afdoende' is, en in wat voor situaties de politie met deze mensen te maken krijgt.

Uit ander onderzoek komt bevestiging voor deze bevindingen: hoewel wat minder uitgebreid, had eerder onderzoek door het veiligheidshuis in de Achterhoek al eenzelfde soort beeld opgeleverd[23]. Ook in Utrecht werd hetzelfde beeld gevonden (eigen onderzoek).

Een beeld van de situaties achter de meldingen

Onder de vlag van ander onderzoek werd dieper gezocht in 100 meldingen om de vraag te beantwoorden in wat voor situaties agenten precies in belanden, tegen welke beperkingen ze aanlopen bij het oplossen ervan, en wat mogelijke alternatieven voor de bemoeienis van de politie waren geweest. In dit onderzoek werden E33-registraties van verschillende dagen en tijdstippen gelezen en gescoord door vier sociaal-psychiatrisch verpleegkundigen. Naast het type gedrag, ging het om of de agenten in de situatie wisten wat ze konden doen en in welke mate het rijden op de melding terecht was.

Net als in Flevoland was de grote categorie 'mentale onrust' het grootst (40%), direct gevolgd door 'personen lastig vallen' (33%). Van de kleinere categorieën kwamen 'buren- of geluidsoverlast' (17%), 'overmatig middelengebruik' (12%) en 'zich bedreigd voelen' (11%) het meest voor. Vaker dan in Flevoland was de melder de persoon zelf (30%) en vaak was het de persoon zelf die zich bedreigd voelde – en bijvoorbeeld belde omdat hij of zij meende bedreigd te worden.

In een kwart van de gevallen (22%) werd op de melding geen wagen uitgestuurd omdat de melding telefonisch werd afgehandeld, of werd doorgezet naar bijvoorbeeld de wijkagent voor een later moment. In tweederde van de situaties (66%) wisten de agenten de situatie zelf ter plaatse af te handelen, veel minder vaak werd iemand vervoerd (8,2%) of werd ter plaatse op andere professionals gewacht (3,1%). De agenten waren zelfs 'handelingsverlegen' (3%), en konden de situatie meestal (76,5%) zelf afhandelen of met hulp van anderen (20,4%). In deze steekproef was er slecht in 2% van de meldingen duidelijke ontevredenheid over de afhandeling van de melding – door agenten zelf, of in contact met anderen. De onderzoekers oordeelden dat de politie in ruim de helft (54%) terecht had gereden, al had dat soms ook direct samen met zorgprofessionals gekund. Er werd dus in een kwart van de situaties niet gereden, wat als terecht gescoord werd. Over ruim 11% van de ritten werd geoordeeld dat er niet terecht was gereden – in de helft van de gevallen omdat het ging om iemand die ergens (klinische) zorg kreeg en daarop (eerst) een beroep had kunnen doen.

Conclusie

In dit hoofdstuk zijn een aantal eerdere onderzoeken naar E33-meldingen samen gevat, en aangevuld met recent onderzoek van GGD Flevoland en eigen onderzoek. De belangrijkste bevindingen hieruit zijn dat mensen die in beeld komen vaak al ergens bij hulpverlening in beeld zijn of zijn geweest.

De mensen die vaker (5 keer of meer) in beeld komen van politie zijn eigenlijk altijd bekenden met serieuze en multiproblematiek. Ofwel: het gaat minder vaak om mensen die 'zomaar' met de politie

in aanraking gekomen dan gedacht, en 'toeleiding' naar zorg is dus mogelijk minder belangrijk dan het vinden van passende zorg, of het samenwerken rond iemand die zowel met zorg als politie te maken heeft en mogelijk zal blijven krijgen. De tweede belangrijke bevinding is dat de beoordelaars in ruim 54% van de meldingen vonden dat de politie terecht was gereden. In ruim 11% vonden zij dat niet terecht, terwijl er in de resterende gevallen of niet gereden werd (en dus een andere aanpak gekozen werd) of de situatie niet goed te beoordelen was. Hier lijkt dus ruimte voor betere afstemming en samenwerking, vooral door ondersteuning zo dicht mogelijk op de melding te organiseren.

Op dit moment zijn er nauwelijks (gepubliceerde) cijfers beschikbaar over 'verward gedrag' bij andere instanties dan bij de politie. Hieraan wordt wel aandacht besteed in hoofdstuk 6.

Plaatsbepaling

Voorlopige indeling van en verklaring voor verward gedrag

Inleiding

Hieronder volgt een korte integratie van de in hoofdstuk 3 gepresenteerde theoretische verklaringen en in hoofdstuk 4 gepresenteerde empirische cijfers over verward gedrag, resulterend in een indeling van en verklaring voor verward gedrag.

In hoofdstuk 3 werden zeven verklaringsrichtingen besproken:

- maatschappelijk
- bestuurlijk
- zorginhoudelijk/organisatorisch
- zorgaanbod
- sociaaleconomisch
- perceptie
- ziekte

In hoofdstuk 4 werden twee hoofdgroepen van mensen met verward gedrag bepaald::

- mensen die incidenteel in beeld komen bij de politie (tot maximaal vier keer)
- mensen die frequent in beeld komen bij de politie (vijf keer of vaker)

Beide groepen ondervinden bij het ontstaan van problematiek zeer waarschijnlijk hinder van maatschappelijke factoren, en bij de aanpak ervan van bestuurlijke en zorginhoudelijke factoren. Voor de mensen die incidenteel in beeld komen zijn sociaaleconomische verklaringen mogelijk belangrijker, en voor mensen die frequent in beeld komen juist zorgaanbodverklaringen.

Onder de mensen die frequent in beeld komen bevinden zich mensen die regulier in zorg zijn (maar desondanks met politie in aanraking komen), in forensische zorg zijn (en ook alsnog in beeld komen) en mensen die niet of wisselend in zorg maar wel zorgelijk zijn (OGGZ).

Kader 4: formulering van de verwarde personen-kwestie voor deze rapportage

- De oorzaak van de toename van meldingen en ervaren overlast ligt op verschillende niveaus:
- er zijn geen harde aanwijzingen voor meer mensen met langdurig verward gedrag, wel voor toegenomen sociale en financiële druk op potentieel kwetsbare burgers, en toegenomen problematiek in wonen en zorg voor een klein groep (zeer) kwetsbare burgers
 - er zijn geen harde aanwijzingen voor afgenomen tolerantie bij burgers, wel voor makkelijker melden van overlast bij de politie, en voor hogere verwachtingen van instanties om de problemen op te lossen

De Nederlandse samenleving is steeds meer een netwerk van allerlei verbindingen waarvan de complexiteit sterk is toegenomen. Qua sociale vaardigheden wordt steeds meer gevraagd, wat niet iedereen lukt. Ondertussen is ook de zorg steeds minder op één locatie maar steeds meer als een netwerk georganiseerd, waardoor ook van professionals veel meer brede oriëntatie en samenwerking wordt gevraagd. Die samenwerking gaat niet vanzelf, vooral omdat professionals en organisaties nog veelal opgeleid, gesocialiseerd en georiënteerd zijn op de eigen organisatie

Oplossingsrichtingen

Op basis van bovenstaande verklaringen vallen een aantal oplossingsrichtingen te noemen, waarvan een aantal echter buiten de vraagstelling en het bereik van deze rapportage vallen. Hieronder worden een aantal beschreven waarbij op 1 en 2 alleen zijdelings wordt ingegaan in het intermezzo over ambulantisering en over burgerkracht, en 3 en 4 uitgebreid aan bod komen in de volgende hoofdstukken.

De persoon met frequent verward gedrag in de samenleving

- algemeen 'ruimte om anders te zijn'
- alternatieve woonarrangementen
- meer 'rustige' plekken:
 - alternatieve werkplekken
 - respijtplekken
- het leven eenvoudiger maken voor een groep mensen
 - beter te begrijpen
 - makkelijker vol te houden
- combinaties van benaderingen voor complexe mensen
 - zorg, veiligheid en leven/sociaal
 - vrije ruimte/maatwerk voor 20%

De burger die meldt

- multidisciplinair regionaal meldpunt (oude OGGZ/GGD)
 - meldingen weg bij politie alleen, waardoor samenwerking/de-escalatie direct is gefaciliteerd
- acuut blijven melden via 112, niet via apart meldnummer, via meldkamer afhandelen

De competentie van de professional die reageert (scholing)

- vergroten handelingsbekwaamheid
 - organisatorische arrangementen
 - meldkamer
 - consultatie
 - scholing vaardigheden
 - generieke vaardigheden: organiseren, regisseren, doorzetten, aanspreken, grenzen stellen etc.
 - systemisch kijken en handelen
 - inschatten

Het zicht op mensen, voorzieningen en sociale ontwikkelingen (monitoring)

- meer integratie van databronnen op verschillende niveaus
- investering in het beter leren kennen van (zeer) kwetsbare burgers in de samenleving via reeds bekende OGGZ-methodieken

Conclusies

Op basis van empirische gegevens en theoretische verklaringen komen we tot verschillende groepen mensen met verward gedrag. Velen zijn al bekend in de zorg maar dat is niet hetzelfde als het ook werkelijk zorg krijgen, intensieve zorg krijgen of positief effect ondervinden van zorg. Naast 'zorg' zijn voor de mensen die frequent in beeld komen vooral arrangementen nodig om te 'leven' – dat wil zeggen wonen, werken en vrije tijd besteden en met anderen zijn. Voor mensen die minder frequent in beeld komen lijkt de 'verwarring' tijdelijk of minder ernstig, en kan mogelijk verminderd worden door eenvoudiger zaken als een de-escalierend contact: face-to-face of telefonisch.

Voor de frequent in beeld komende groep mensen lijken de veranderingen in maatschappij, bestuur, zorginhoud en zorgaanbod het meeste effect te hebben. Zij hebben moeite met het netwerkkarakter van samenleving en zorg, en de professionals die met hen werken hebben diezelfde moeite. De afbouw van bedden heeft op deze groep waarschijnlijk wel degelijk een effect dat verder reikt dan alleen verandering van de plek waar zorg geboden wordt – hierover meer in het volgende intermezzo.

Intermezzo

Ambulantisering

Inleiding

Het is nauwelijks mogelijk om over de kwestie ‘verwarde personen’ te denken zonder zich rekenschap te geven van de zogenoemde ‘ambulantisering’ in de GGZ. Het verminderen van ziekenhuisbedden en het (beoogd) gelijktijdig opbouwen van ambulante hulp is een operatie die in 2013 gestart is, met als doel om in 2020 33% minder ziekenhuisbedden te hebben dan in het peiljaar 2008. De vermindering van het aantal bedden heeft tamelijk snel gestalte gekregen, met enkele procentpunten per jaar, op dit moment resulterend in een bijna-realise van de doelen. De toename van het aantal meldingen over ‘verwarde personen’ loopt in de tijd bijna gelijk aan de afname van het aantal bedden – een causaal verband is dan snel gelegd, en dat is door veel prominenten en journalisten dan ook veel gedaan.

De oplossing voor de ‘verwarde personen’-kwestie lag voor velen in het verlengde: het opnieuw opnemen van mensen met psychische problematiek zou de meldingen doen verminderen. Werkelijke ‘ambulantisering’ is echter meer dan alleen een administratief-financiële ingreep in het aantal ziekenhuisbedden: het is (potentieel) een omslag van het uitsluiten en opsluiten van mensen in duin en bos, naar het binnenboord houden en faciliteren van mensen in de samenleving. Vanuit de talloze (negatieve) ervaringen van cliënten, naasten en professionals met gesloten klinieken leek en lijkt deze omslag wenselijk en zelfs noodzakelijk. Dat Nederland in internationale vergelijkingen hoog scoorde in aantallen bedden, en bedden bovendien erg dure voorzieningen zijn, maakte beddenafbouw des te urgenter.

In een eerdere publicatie werd, gemeten in 32 Nederlandse regio’s, nauwelijks een verband gevonden (rond de 10%) tussen de afname van bedden en de toename van ‘verwarde personen’-meldingen. Dat was een stevige stellingname, slechts op basis van twee variabelen/cijfers en een verschilscore over slechts één jaar, mede bedoeld om te voorkomen dat de beddenafbouw direct weer zou worden stopgezet. Nu, enkele jaren later, is de beddenafbouw niet abrupt beëindigd, maar is er wel geld voor 150 extra beveiligde bedden gekomen. De vraag wat ‘beddenafbouw’ en ‘meldingen’ met elkaar te maken, en de vraag of de ‘ambulantisering’ geslaagd is, zijn echter niet met voldoende diepgang beantwoord. In dit hoofdstuk wordt gepoogd dat wel te doen.

Context

Het is daarvoor nodig om naar de bredere context te kijken: ook in de ouderenzorg zijn bedden verdwenen. Op het gebied van veiligheid en straf zijn TBS-plekken en gevangeniszellen verminderd. Voor die laatste twee geldt dat er ook minder strafoplegging was en vraag en aanbod in evenwicht lijken. Voor de ouderenzorg geldt dit niet: hier is de vermindering van klinische plekken net als in de GGZ het resultaat van een visiewijziging. Wanneer in de samenleving het aantal plekken waar hulpbehoevende mensen terecht kunnen afneemt, heeft dat systeembrede gevolgen. We kunnen beddenreducties in andere sectoren dan ook niet los zien van die in de GGZ. De gezamenlijke effecten van deze beleidswijzigingen zijn niet in totaliteit doorgerekend. Andere beleidswijzigingen op het gebied van ambulante zorg, sociale verzekeringen en nog een aantal andere terreinen zijn daarin ook niet meegenomen.

Sociale en culturele en trends in de samenleving, bijvoorbeeld de wens om steeds beter bediend te worden door hulpverleners of om steeds minder last van anderen te hebben, zijn evenmin

verdisconteerd. Op basis van deze overwegingen en de elders in deze rapportage gepresenteerde analyse van de oorzaken is het niet mogelijk om uit een beddencijfer versus een meldingcijfer te concluderen dat deze nauwelijks iets met elkaar te maken hebben. Andersom kan ook niet worden beweerd dat ze heel veel met elkaar te maken hebben – het meest waarschijnlijk is dat de beddenreductie in de GGZ samen met veel andere factoren een stukje bijdraagt aan de ervaren verandering. Hoe groot dat aandeel is kunnen we op dit moment niet berekenen, wat het betekent en welke effecten het heeft kunnen we wel pogen in kaart te brengen.

De verandering in hoeveelheid en functie van ‘bedden’

Het ene bed in een psychiatrisch ziekenhuis is het andere niet, zo weten insiders[24]. Op het ene bed kan iemand direct maar kortdurend terecht, op een ander bed langdurig maar pas na langer wachten en met een speciale indicatie. Voor weer een ander bed is een bepaalde (straf)rechtelijke titel een vereiste, of moet eerst een specifiek behandel- of motivatietraject doorlopen zijn. De financieringsbronnen verschillen ook sterk, wat weer gevolgen heeft voor wat er in en rond een afdeling geboden wordt aan zorg, behandeling, dagbesteding en dergelijke. In de monitoring van de beddenreductie werden grofweg twee typen bedden onderscheiden: plekken waar mensen korter dan een jaar (kunnen) verblijven, en waar ze langer dan een jaar (kunnen) verblijven. In latere versies van de monitor is er een derde type bijgekomen: het ‘beschermd wonen’-bed. Deze verblijfsplek bevindt zich niet in een ziekenhuis maar binnen een maatschappelijke organisatie waar vaak meer nadruk ligt op ‘wonen’ dan op ‘behandelen’. Grofweg zouden we deze bedden kunnen benoemen als ‘opname’, ‘behandeling’ en ‘wonen’ – al doen we daarmee de verschillende functies die ze ieder in zich verenigen te kort en houdt ‘behandeling’ vaak vooral ‘verblijf’ in[24].

Aanvankelijk nam vooral het aantal ‘behandeling’-bedden in de ziekenhuizen af, ook omdat elders het aantal ‘wonen’-plekken nog toenam en er dus organisatorisch relatief gemakkelijk mensen konden worden verhuisd. Later namen ook de ‘opname’-plekken sterker af en werden ook in de ‘wonen’-sector beddenreductie-doelen gesteld. In andere woorden: aanvankelijk raakte de beddenreductie vooral mensen die al lang in een ziekenhuis waren opgenomen, en werden zij genoodzaakt te verhuizen naar een woonplek buiten het ziekenhuis. Dit ging landelijk weliswaar om duizenden mensen, maar lokaal had dit geen enorme impact omdat het omgerekend slechts om één of enkele personen per wijk ging. Bovendien waren het vaak mensen die relatief stabiel functioneerden in een beschermde omgeving, en die in een nieuwe – nog steeds redelijk beschermde woonomgeving – zich ook redelijk staande hielden.

Door de afname van ‘behandeling’-bedden werd het voor ‘opname’-afdelingen moeilijker om mensen die niet voldoende herstelden, door te plaatsen. Opname-afdelingen raken dus voller maar moeten tegelijkertijd zelf ook capaciteit verminderen, waardoor de druk op deze afdelingen buitengewoon groot is geworden. Veel professionals op deze afdelingen hebben grote moeite met het ‘terugplaatsen’ van mensen van hun afdeling ‘in de samenleving’ omdat ze niet vertrouwen dat zij goed opgevangen worden, fatsoenlijk kunnen wonen of voldoende om handen hebben – waardoor de kans op een terugval en heropname sterk vergroot wordt. Door de beperkte capaciteit op opnameafdelingen moeten mensen langer ‘thuis blijven’: ze kunnen bij een (dreigende) crisis niet snel worden opgenomen om erger te voorkomen. Dit zou gecompenseerd moeten worden door vormen van intensieve thuiszorg, maar die vergroot niet (altijd) de draagkracht van cliënten, naasten, burens en professionals in de samenleving. Eén van de meest nijpende en voelbare gevolgen van de beddenreductie is dus het gebrek aan ‘time out’-mogelijkheden voor mensen die het (even) niet meer redden – zowel voor de persoon zelf als voor diens omgeving.

Door de beddenreductie lijkt de flexibiliteit om mensen kortdurend op te vangen uit het systeem verdwenen te zijn en daarmee de druk op ‘de samenleving’ vergroot. Dit gaat zeker niet alleen om ‘verwarde’ mensen die overlast veroorzaken maar ook om mensen die zelf lijden of wiens omgeving lijdt onder de problematiek van de persoon.

Wat ambulantisering wel en niet is

Ambulantisering lijkt door de aanvankelijk betrokken systeempartijen (VWS, GGZ en zorgverzekeraars) vooral te zijn opgevat als 'opbouw van ambulante zorg'. Eenvoudig gezegd: professionele zorg in de kliniek zou vervangen worden door professionele zorg thuis – niet in het ziekenhuis maar in de woning van de cliënt, in de wijk. GGZ-professionals die aan huis komen, doen ongeveer wat verpleegkundigen en artsen doen in het ziekenhuis: gesprekken voeren over het dagelijks leven (en soms over grotere zaken), medicatie voorschrijven en verstrekken, monitoren van de psychische en lichamelijke gezondheidstoestand en nog een aantal minder frequente zaken (zoals met cliënt, naasten of omwonenden samen spreken, met een cliënt meegaan om iets te doen of te regelen, e.d.). Een aantal van de dingen die een ziekenhuis of bed wel heeft, mist (natuurlijk) in deze ambulante zorg: een dagstructuur die geboden wordt via vaste momenten van eten en slapen, een maaltijd die gezamenlijk gekookt of door een externe cateraar geleverd wordt, een groep mensen met wie geleefd wordt, het beheer van (eigen) financiële zaken, een dagbesteding en – niet in het minst – een zekere fysieke en sociale veiligheid door het verblijf in een afgeschermd instelling met 24-uurs aanwezigheid van professionals en andere cliënten. Hoewel al deze dingen ook in een kliniek lang niet altijd voldoende aanwezig zijn is de functie van een 'bed' wel om die te bieden[25].

De aanname dat professionals 'thuis' voor de cliënt kunnen doen wat ze in het ziekenhuis ook deden gaat aan een aantal zaken voorbij. Bij iemand thuis langskomen vraagt om een andere attitude en andere activiteiten dan het 'runnen van een afdeling'. Niet alle professionals zijn in staat om op die manier te werken. Daarnaast biedt de verpleegkundige of dokter dus alleen 'zorg' en niet de bovengenoemde functies die een bed nog meer heeft – functies die de professional ook niet kan bieden omdat die de mogelijkheden van een individu te boven gaan. Maar misschien het meest fundamentele probleem is dat door zo nadrukkelijk te kiezen voor uitsluitend een 'verplaatsing van zorg' (van kliniek naar wijk), de verhouding tussen de cliënt en professional ongewijzigd blijft. Het model waarin een professional zorg en behandeling biedt aan iemand met een stoornis blijft overeind. We vragen dus van de cliënt en samenleving om elkaar te vinden, maar het ondersteuningsmodel dat daarbij hoort blijft uitgaan van individuele medisch georiënteerde zorg voor de 'zieke'. De pogingen om de meer sociale elementen van 'het bed', denk aan daginvulling en praktische regelzaken, te integreren in het zorgaanbod lijken grotendeels mislukt. De zogenoemde FACT-teams die integrale sociaal-medische zorg zouden moeten bieden, komen daar niet aan toe, worden daarin niet gefaciliteerd, of maken geen verbindingen met het netwerk waarin de cliëntengroep leeft.

Er lijkt een 'kliniek aan huis'-visie te hebben gelegen onder de 'ambulantisering': te bieden door geïntegreerde teams die zich zouden bezig houden met alles rond de cliënt. Dit 'integrale GGZ-model' werd ooit in de Verenigde Staten ontwikkeld toen daar ziekenhuizen werden gesloten, en is in verdunde vorm breed in Nederland ingevoerd onder de naam FACT. We moeten echter concluderen dat in dit 'kliniek aan huis'-model een aantal zaken missen, precies de dingen waar cliënten, naasten, burgers en professionals buiten de GGZ (maar ook daarbinnen) nu tegenaan lopen. De 'samenleving' is door de systeempartijen onvoldoende voorbereid op de beddenreductie en de gevolgen daarvan. Vaak ging dit rond de uitplaatsing van langdurige cliënten nog wel goed, omdat het ging om bekende mensen voor wie maatwerkarrangementen georganiseerd konden worden. Bij 'nieuwe' mensen, die dus minder snel of niet (kort) worden opgenomen, of sneller terugkeren worden die problemen veel meer voelbaar.

Wat had er anders gekund?

Veel van de problemen met 'verwarde personen' en politie hebben direct te maken met wonen: veel meldingen gaan over overlast rond de woning, zowel gemeld door cliënten zelf (voelen zich onveilig) als door naasten (houden de zeer nabije stress niet vol) en omwonenden (ervaren geluidsoverlast of voelen zich onveilig). Over wonen lijkt bij de beddenreductie te weinig nagedacht. In een land dat al

decennia een groot tekort aan woningen kent, waar mensen dicht op elkaar wonen in verstedelijkte gebieden en waar er weinig particuliere alternatieven voor opvang buiten ziekenhuizen of daklozeninstanties zijn, had dit vooraf een aandachtspunt moeten zijn. Hetzelfde geldt voor dagbesteding, waaronder zowel werk, scholing als simpelweg ' bezig zijn ' vallen. Veel mensen met (ernstige) psychische problematiek hebben overdag weinig omhanden, voelen zich niet nuttig of gezien, en vervelen zich simpelweg. In het ziekenhuis speelde dit probleem weliswaar ook maar werd het door de *all inclusive* functie van het grote terrein vaak minder snel merkbaar bij omwonenden en burgers. Alternatieve woonvormen voor mensen met een (psychische) kwetsbaarheid ontwikkelen zich overal in het land maar krijgen nog niet de aandacht die ze verdienen.

Daarnaast speelt een aantal praktisch dingen die samen gaan met zelfstandig wonen maar niet vanzelf gaan: sociale contacten, financiën, regelzaken e.d. De gedachte dat dit wel door sociale professionals in de wijk kan worden geboden aan de thuiswonende cliënten is naïef gebleken. De kwantitatieve capaciteit, vroeger gedragen door het 'totale' ziekenhuis, was en is niet zomaar aanwezig bij deze organisaties. En daarnaast vraagt het werken aan praktische zaken met mensen met (ernstige) psychische problematiek ook om een andere houding en vaardigheden. Dat de FACT-zorg voor iemand met een ernstige psychische stoornis gemakkelijk te 'downsizen' zou zijn naar een sociaal wijkteam, is een dubbele denkfout die in de GGZ gemaakt wordt. Ten eerste vraagt dit om enige affiniteit met deze groep mensen, en ten tweede is een sociaal wijkteam geen 'behandelteam-light' zoals GGZ-professionals lijken te denken. Het 'naar de wijk' brengen van 'de GGZ' lijkt een aardige oplossing maar gaat makkelijk voorbij aan de cultuurverschillen tussen GGZ-professionals (die focussen op patiënten) en wijkprofessionals (die focussen op burgers, en het collectief).

Als laatste moeten we constateren dat naast dingen des levens (wonen, werk, geld) een even belangrijk onderdeel van de 'samenleving' gemist is: de burger. De effecten van de beddenreductie op burgers zijn niet doordacht en worden door veel zorgprofessionals, bestuurders en beleidsmakers ook niet gezien of gevoeld omdat burgers hun 'doelgroep' niet zijn en zij zelf niet wonen op de plekken waar de problematiek zich concentreert. Er gaan veel verhalen rond over burgers die de 'pech' hebben naast een 'schreeuwende gek' te wonen, rond wie allerlei instanties machteloos staan. Maar ook mensen die geen overlast veroorzaken, maar juist teruggetrokken, angstig of schrikkerig zijn, zoeken een plek in de samenleving en vinden die niet vanzelf zonder enige basis van verwelcoming. Het in de samenleving 'kwartier maken' voor mensen met een beperking, of die nu van lichamelijke, verstandelijke of psychische aard is, is niet of nauwelijks gebeurd – althans niet op gecoördineerde wijze of vanuit de GGZ. Hoewel er verschillende (landelijke) initiatieven lopen rond de vermindering van stigma en uitsluiting, lijkt de (lokale) link met beddenreductie afwezig. Het is de bedoeling dat de aanbevelingen van de commissie Dannenberg, rond beschermd wonen, door de gemeenten worden uitgevoerd in de komende jaren.

Conclusie

De ambulantisering is, in cijfers en gedefinieerd als alleen een beddenreductie grotendeels geslaagd, al is die dan niet gepaard gaan met de verwachte besparingen. Ook blijkt er in cijfers een klein verband tussen de beddenreductie en de 'verwarde personen'-meldingen. Maar deze cijfers zeggen niet alles: de beddenreductie is op verschillende manieren merkbaar en voelbaar in de zorg, bij andere publieke professionals en in de samenleving. En de ambulantisering, gedefinieerd als een duurzame overgang van zorg in ziekenhuizen en grote GGZ-instellingen naar leven in de wijk en meedoen in de samenleving, is simpelweg niet geslaagd.

Daarop valt af te dingen dat de 'ambulantisering', in de zin van een echte beweging van zorgsector naar samenleving, nog helemaal niet van start is gegaan. Of dat kan is natuurlijk de vraag maar zeker is dat aan een aantal basisvoorwaarden niet is voldaan. In de benadering van psychische problematiek door burgers, professionals en bestuurders zal iets moeten veranderen – waarover meer in het laatste hoofdstuk over burgerkracht. Heel concreet vraagt een geslaagde ambulantisering om meer alternatieve woonvormen, meer varianten van dagbesteding, meer consultatie aan naasten, burgers en professionals (buiten de GGZ) door GGZ-professionals en meer ondersteuning voor laagdrempelige initiatieven van en door betrokken burgers. De top-down beddenreductie behoeft bijstelling.

Hoofdstuk 5 Scholing

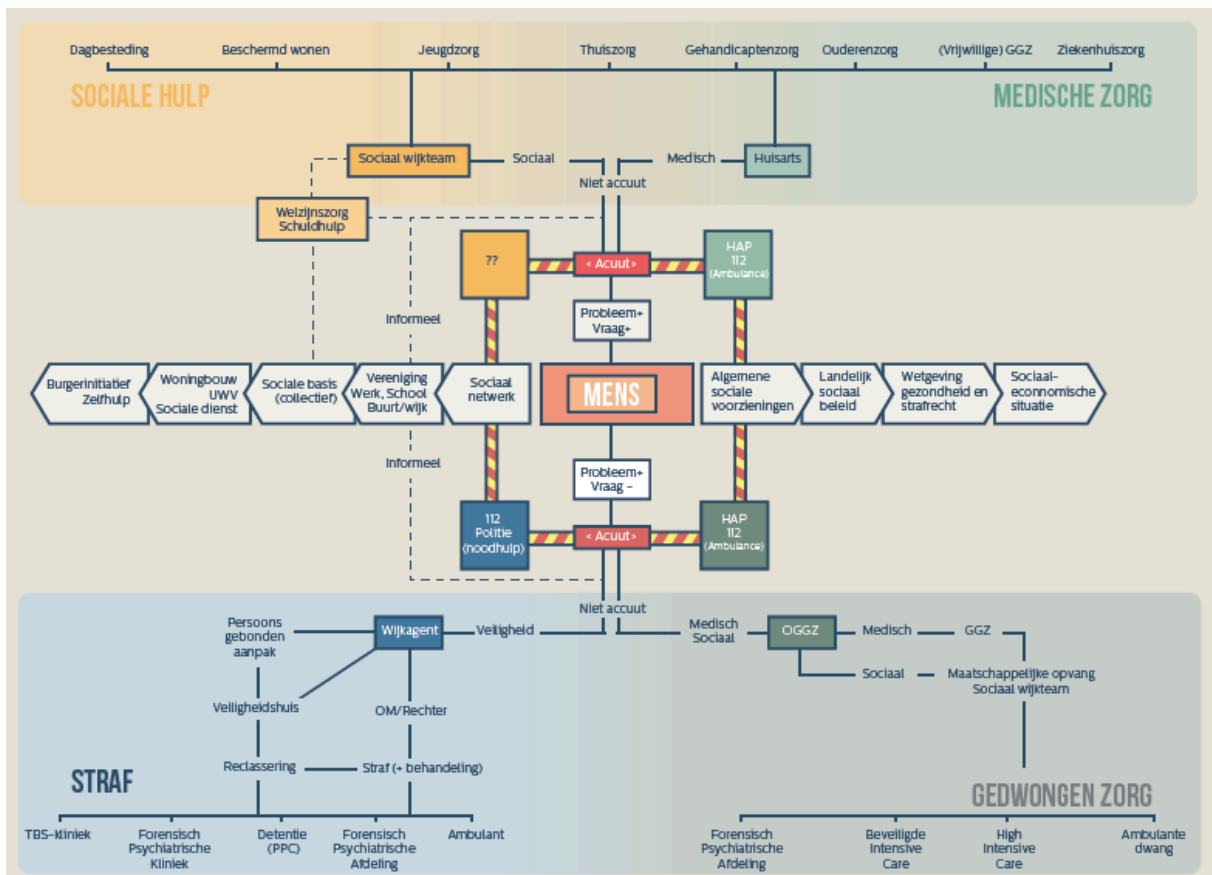
Inleiding

In dit hoofdstuk wordt verder uitgewerkt wat de behoefte aan scholing is bij professionals die te maken krijgen met ‘verward gedrag’. De in H2 besproken spraakverwarring maakt dit een wat hachelijke exercitie omdat veel professionals buiten het politiedomein niet in die termen over mensen of gedrag spreken – maar een aantal professionals ook wel.

Professionals die werken met ‘verwarde personen’

De brede scope van de term ‘verward persoon’ of ‘verward gedrag’ zorgt ervoor dat een zeer grote en brede groep professionals gezien kan worden als werkend met ‘verwarde personen’. In de afbeelding hieronder zijn de verschillende ‘domeinen’ weergegeven.

Afbeelding 1: schematisch overzicht van betrokken partijen (acuut en regulier) bij ‘verward gedrag’
Bron: los bijgevoegde PDF



De mate waarin en de wijze waarop professionals met ‘verwarde personen’ werkzaam zijn, verschilt natuurlijk sterk, daarom volgt hieronder een grove indeling daarvan:

- 1) als professionals die hun werk voor alle burgers doen
 - politie
 - medewerkers woningcorporaties
 - medewerkers instanties (gemeente, UWV, sociale dienst, werkvoorzieningen e.d.)

- 2) als professionals die werken met burgers die *hulp zoeken*
 - politie
 - huisartsen/huisartsenpost (HAP)
 - sociale wijkteammedewerkers
 - professionals in breder sociaal domein (o.a. jeugdzorg, ambulante begeleiding)
 - professionals in breder zorgdomein (o.a. thuiszorg, ziekenhuis, instellingen)
 - GGZ-professionals in gevraagde zorg (veruit grootste deel van de GGZ)

- 3) professional die werken met burgers die *geen hulp zoeken* maar in beeld komen via de omgeving
 - politie
 - medewerkers woningcorporaties
 - professionals in maatschappelijke opvang
 - OGGZ-professionals
 - GGZ-professionals in ongevraagde zorg

In de hierboven weergegeven afbeelding is het verschil tussen gevraagde hulp (bovenin) en ongevraagde hulp (onderin) weergegeven. Ook is in het midden acute hulp weergegeven, die er anders uit ziet en vaak door anderen wordt geleverd dan de reguliere hulp.

In de acute zorg werkt een aantal professionals dat zowel met mensen te maken krijgt die actief hulp vragen, als met mensen die dat niet doen. Het gaat o.a. om noodhulpagenten bij politie, personeel huisartsenpost, personeel meldkamer, GGZ-crisisdienstmedewerkers, ambulancepersoneel en SEH-personeel dat deels valt onder de bovengenoemde categorie ‘professionals in breder zorgdomein’

Opvallend is dat de politie in alle categorieën voorkomt – als enige groep professionals. Dat zegt dus iets over de verschillende manieren waarop politiemensen met ‘verwarde personen’ te maken krijgen. Voor de politie geldt dat de kwesties waar de wijkagent tegenaan loopt verschillen van die de noodhulp-agent tegenkomt. De dilemma’s van de wijkagent zijn minder acuut maar wel meer blijvend dan die van de noodhulp-agent:

- wijkagent
 - vroegsignalering zorgproblematiek en tijdige inschakeling hulp (vergelijkbaar met sociaal wijkteam)
 - vroegsignalering veiligheidsproblematiek en tijdige inschakeling Veiligheidshuis/hulp
- noodhulp
 - acute situaties waarin agenten zich soms handelingsonbekwaam voelen
 - acute situaties waarin geen oplossing voorhanden is (bv. persoon ernstig onder invloed)
 - subacute situaties waarvoor crisisdienst niet komt maar er wel zorgen zijn en vervolg nodig is

Mate waarin en aard van verward gedrag dat professionals ervaren

Verder valt op dat niet alle groepen hierboven genoemde professionals alarm slaan over de toename van 'verwarde personen'. Blijkbaar hangt het dus af van de functie in het systeem, of scherper: de rol en functie van de professional ten opzichte van zijn of haar 'cliënten', of een toename wordt ervaren of niet. Hieronder geven we schematisch weer in welke mate welke professionele groep een toename rapporteert.

Tabel 8: de mate waarin groepen professionals een toename van verward gedrag observeren

Groep	Toe/afname	Bron
• politie (noodhulp, wijkagenten, meldkamer)	+	[26]
• medewerkers woningcorporaties	+	[27,28]
• medewerkers (gemeentelijke) instanties (UWV, sociale dienst, werkvoorzieningen e.d.)	?/±	-
• huisartsen/HAP	?/±	[29]
• sociale wijkteammedewerkers	?/±	-
• professionals in breder sociaal domein (welzijn, maatschappelijk werk)	±/?	-
• professionals in breder zorgdomein (thuiszorg, ziekenhuis, instellingen)	±/?	-
• professionals in domein gehandicaptenzorg	?/±	-
• GGZ-professionals in gevraagde zorg	±/?	-
• professionals in maatschappelijke opvang	+	[30]
• OGGZ-professionals	?/±	-
• GGZ-professionals in ongevroegde zorg	?/±	-
• ambulancepersoneel/SEH-personeel	?/+	-

Samenvattend komt het erop neer dat vooral de *professionals die werken met mensen die geen hulp willen maar wel overlast veroorzaken*, en in mindere mate *professionals die voor alle burgers werken* een toename van (problemen met) verward gedrag zien. Andere professionals ervaren mogelijk ook problemen maar benoemen die niet als (een toename) van 'verwarde personen' maar meer in hun eigen (zorg)termen. In de afbeelding is dit onderscheid duidelijk gemaakt.

Aard van verward gedrag dat professionals ervaren

Nog specifiekere hebben drie groepen het meest met verward gedrag te maken:

- politieagenten: breed scala aan situaties, ervaren toename het sterkst.
- professionals in de maatschappelijke opvang: hebben vooral met dak- en thuisloze mensen te maken, waarvan ze er meer zien en bij wie ze meer psychische en verslavingsproblematiek observeren dan voorheen
- medewerkers van woningcorporaties: hebben vooral met huurders te maken die overlast veroorzaken, waarvan ze er meer zien en bij wie de psychische en verslavingsproblematiek ernstiger lijkt dan voorheen

De kwesties waar de andere professionals last van hebben zijn geen fundamenteel andere dan die al langer bekend zijn:

- medewerkers (gemeentelijke) instanties (UWV, sociale dienst, werkvoorzieningen e.d.) observeren toegenomen mondigheid en (verbale) agressie – de directe link met 'verward gedrag' ontbreekt
- huisartsen observeren lange wachtlijsten voor psychische zorg en gebrekkige communicatie met de GGZ – er is een link met 'verward gedrag' maar niet 1-op-1
- sociale wijkteammedewerkers en professionals in breder sociaal domein hebben moeite met het tijdig inschatten van escalatie van psychische problematiek en moeten bij inschakeling vaak lang wachten op hulp of vinden niet het 'juiste loket' en blijven bij een mislukte

doorverwijzing vaak lang tobben met iemand – er is een link met ‘verward gedrag’ maar niet 1-op-1

- professionals in breder zorgdomein (o.a. thuiszorg, ziekenhuis, instellingen) hebben geen moeite met ‘verward gedrag’ dat behoort bij hun kerntaken (cognitieve problematiek, neurologische problematiek) maar wel met het omgaan met psychische problematiek die herstel van somatische problematiek bemoeilijkt – link met verward gedrag is onduidelijk
- professionals in domein gehandicaptenzorg hebben geen moeite met ‘verward gedrag’ dat behoort bij hun kerntaken (beperkte intelligentie of ontstaan hersenletsel en daarbij soms horend repetitief of problematisch gedrag) maar wel met het omgaan met psychische problematiek die buiten het bekende kader valt – link met verward gedrag is onduidelijk
- GGZ-professionals in gevraagde zorg (= merendeel) hebben geen moeite met ‘verward gedrag’ omdat ze dit niet als zodanig benoemen
- OGGZ-professionals en GGZ-professionals in ongevraagde zorg hebben geen moeite met ‘verward gedrag’ omdat dit feitelijk al jaren een belangrijk onderdeel van hun werk is, hebben wel moeite met het in reguliere zorg krijgen van ‘hun’ cliënten

Onderscheid in vragen/kwesties op basis van functie in systeem

De acute professionals zoeken vooral naar snelle routes: plekken en personen waar ze de cliënt naar toe kunnen sturen of hun eigen zorgen kunnen neerleggen – in de wetenschap dat er iets mee gebeurt. Privacy-issues spelen minder vanwege de acute aard van de bemoeienissen.

De reguliere professionals hebben minder haast en zoeken meer naar ondersteuning en soms overdracht – waarbij het risico bestaat dat ze het contact met de cliënt te verliezen. Privacy-issues spelen voor velen een grote rol.

De ‘ongevraagde professionals’ zoeken ook naar de juiste hulp, doorgaans met de bedoeling over te dragen zodat zij hun handen vrij hebben voor toeleiding van nieuwe cliënten naar reguliere zorg. Omdat deze professionals op de ‘bodem van het systeem’ zitten is er weinig alternatief als het cliënten niet lukt om ervan te profiteren. Privacy-issues spelen meer dan in de acute zorg maar minder dan in reguliere zorg vanwege de aard van het vaak bemoeizorgachtige werk waardoor wat meer speelruimte bestaat.

In de kwesties/vragen bij professionals is een redelijk consistente lijn te ontdekken, waarbij sommige zaken alleen in de acute situatie, reguliere of ongevraagde zorg spelen.

Cases en voorbeelden van kwesties van professionals

Er werd een mevrouw door de politie gevonden in de bossen van de Utrechtse Heuvelrug. Zij was verslaafd aan alcohol maar wilde geen behandeling voor haar verslaving. Hulp blijft dan, zonder motivatie, vaak achterwege. Ze had ook geen dak boven haar hoofd, familie en naasten waren uit beeld. Deze mevrouw wilden wij een woonplek aanbieden binnen de maatschappelijk opvang. Vanuit die woonplek kon zij begeleiding van ervaringsdeskundigen krijgen om weer verder zelfstandig te worden. Omdat ze zo verslaafd is aan alcohol, kan zij beter door de dag heen af en toe alcohol drinken, ineens niets meer drinken geeft ook problemen. Dat is voor andere bewoners heel moeilijk om te zien en mee om te gaan. Dat betekent eigenlijk dat zij op straat komt te staan. Alle voorzieningen, ook binnen de maatschappelijke opvang richten zich vaak op verbetering van de situatie. Gebruik van alcohol of drugs is bijna overal verboden. "Mensen die dus heel erg verslaafd zijn en geen behandeling willen, kunnen eigenlijk moeilijk ergens terecht. Niet voor behandeling maar ook niet voor begeleiding". (maatschappelijke opvang)

Gisteravond kwam er een man met een plastic tas vol met medicijnen bij de nachtopvang. Hij was die dag met ontslag gegaan uit het psychiatrisch ziekenhuis en had een stencil met slaapadressen gekregen omdat hij dakloos was. Men kan hier slapen en gaat 's ochtends weer de straat op. Mensen delen hier de slaapzaal met zes personen. Deze man was erg achterdochtig en vertrouwde niets. Hij durfde niet te gaan slapen omdat hij bang was dat anderen op de slaapzaal hem iets aan wilden doen. Hij dacht dat zijn kamergenoten bij de geheime dienst hoorden en op zoek waren naar hem. Daarnaast praatte hij ook de hele tijd hardop in zichzelf. Hierdoor konden de anderen niet slapen. Ze werden daar boos om. Hij voelde zich nog meer bedreigd en heeft toen een stoel gepakt en wilde daarmee mensen te lijf gaan. "Onze vrijwilligers hebben de politie moeten bellen. Zij hebben hem meegenomen". (maatschappelijke opvang)

Een medewerker van Werk en Inkomen belde op. Hij werd telefonisch door een man bedreigd. De 'dreigende man' moest een uitkering aanvragen. 'Hij doet dat niet goed en nu word ik bedreigd', aldus de medewerker die de politie om advies vraagt. Politie kijkt in het systeem en ziet dat het een man is met 'verwarde problematiek'. De wijkagent had al een keer met hem gesproken over zijn dreigend gedrag. De conclusie was dat deze man, vanwege zijn problematiek, het formuliertje niet kon of niet wilde invullen. Daardoor kreeg hij geen geld, huurachterstand liep op. Hij was bang zijn huis uitgezet te worden.

Als politie hebben wij toen na het bekijken van de aanmelding en de analyse van de meldingen contact opgenomen met de gemeente en hen gevraagd of de man recht had op die uitkering. De medewerker gaf aan dat dit zo was. Er werd gevraagd of de instelling veel informatie miste om de uitkering te verstrekken. Dat was niet het geval. Ze bleken alles eigenlijk al te hebben. Iedereen is op zijn eigen postzegel bezig, dat vinkje moest op die lijst voordat de uitkering kon worden verstrekt". Het advies van de politie was toen de uitkering te verstrekken. Hiermee was de angel uit het conflict en er is nooit meer iets gevolgd. Er wordt dus aangifte gedaan, er wordt gekeken of de bedreiging bewijsbaar is en dan gaat het door naar het OM maar daar los je het probleem niet mee op. "De investering van zulke stappen is vele malen groter dan zoals we het nu hebben aangepakt". (Veiligheidshuis/politie)

“Er is een jongeman die uit een andere provincie naar de onze is verhuisd omdat hij specialistische behandeling voor zijn problemen wilde en hij had goede verhalen gelezen over een specialistisch therapiecentrum in onze regio. Direct na deze verhuizing is hij dakloos geraakt. Probleem is dat hij nergens aanspraak op kan maken want hij had geen economische binding met onze regio. Hij verdient zijn geld als zzp’er: genoeg om te eten maar krijgt het niet voor elkaar om zijn leven qua wonen enz. op poten te zetten dus verblijft hij in de opvang voor daklozen. Daar roept hij grote zorgen op om zijn gezondheid bij de medewerkers. Hij wil nog steeds heel graag die specialistische behandeling en is erg gemotiveerd. Dat behandelcentrum ziet dat echter niet zitten. Hij heeft daar gesprekken gehad op de polikliniek en kwam al zijn afspraken na. Toch is het behandelcontact afgesloten. Ze vinden dat er een stabiele woonsituatie moet zijn om te kunnen behandelen en dat gaat dus niet lukken omdat hij nergens recht op heeft en ook niet genoeg geld om zo maar iets te huren. Het gaat niet goed met deze jongeman. Hij heeft die behandeling nodig maar het lukt niet om hem daar te krijgen”. (OGGZ team)

Een OGGZ team heeft al twee jaar bemoeienis met iemand. “Deze meneer is in de war geraakt toen spanningen opliepen op zijn werk bij de komst van een nieuwe manager. Hij werd gedwongen opgenomen nadat zijn familie de politie een keer heeft gebeld. Na deze opname heeft hij de sleutel van zijn huis door de brievenbus bij zijn moeder gegooid, heeft alles losgelaten en is in Nederland gaan zwerven.

Ik kwam hem als OGGZ medewerkster tegen op straat. Hij wilde niet in gesprek gaan omdat hij geen vertrouwen had in de psychiatrie. Die man was op dat moment ernstig vervuild. Hij kwam mij altijd wel weer ergens tegen en ik ben bij hem in de buurt gebleven. Op een keer vroeg hij mij naar een kapper en daar heb ik hem bij geholpen. We nodigden hem uit bij ons op kantoor en een collega heeft hem geknipt. Er ontstond contact. Al met al duurde dat wel een jaar maar toen wilde hij wel met een dokter praten. De man nam zich voor te gaan reizen. Hij had nogal een spaarpotje uit zijn ‘vorige leven’. Het enige wat hij meenam op reis was zijn bankpas en ID kaart. Hij wilde geen telefoon ofzo meenemen.

Hij is in het buitenland binnen drie dagen zijn bankpas kwijtgeraakt. Dat wisten wij toen niet. Tien maanden later kwam ik hem weer tegen hier in de stad. Hij was helemaal verwilderd, vervuild en ernstig in de war. Wat bleek nou; hij is vanuit het buitenland naar ons toe komen lopen zonder middelen. In het buitenland is zorg voor daklozen niet echt ontwikkeld of soepel geregeld. De receptionist van ons heeft een oude telefoon geregeld en mijn telefoonnummer op zijn ID kaart geplakt zodat dit nooit meer kan gebeuren, want dan kunnen we hem ophalen. Deze man was zo onder de indruk van zijn ervaringen in het buitenland én de zorg die hij na die reis hier heeft gekregen dat hij sindsdien graag gebruikt maakt van de zorg hier. Dat heeft al met al dus tweeënhalve jaar gespeeld maar hadden we niet bereikt als we niet in die eerste periode zoveel hadden geïnvesteerd in tijd en aandacht. (OGGZ team)

We hadden een dame in het vizier. Kwam heel vaak naar voren met meldingen. Ze hoorde stemmen, plakte vanzijne plaatjes voor de ruiten waar kinderen langsliepen, hing seksspeeltjes voor het raam. Belde 's nachts de politie dat ze verkracht werd. Dan gingen ze er langs. Dan was er geen braak aan het pand te vinden. Ze pleegde ook misdrijven: bedreiging, mishandeling. Toen kreeg ze een gedwongen opname. In de eerste twee weken van die opname pleegde ze weer twee misdrijven: een bedreiging en een mishandeling terwijl ze dus gedwongen was opgenomen. Ze werd niet aangehouden maar er kwamen wel aangiftes. Onze gedragskundige heeft toen naar het ziekenhuis gebeld en heeft gevraagd of die mevrouw daar nog zat. Nou dat was zo en ze deed het daar best goed dus daarom mocht ze alleen buiten wandelen. Toen hebben we verteld dat ze het dus buiten het ziekenhuis niet zo goed deed omdat er alweer twee aangiftes lagen. De instelling wist hier dus niets van en hebben toen hun beleid gelijk aangepast. Die mevrouw is niet meer buiten geweest totdat het echt beter met haar ging en zij haar medicijnen nam. Ja, dan verstrekt je informatie maar als je dat niet had gedaan was ze misschien doorgedaan met het plegen van dit soort misdrijven en dan was ze wel een keer aangehouden. Dat was voor iedereen schadelijk geweest: de slachtoffers, de dame zelf. Het zorgtraject was doorkruist. Later is ze nog wel gehoord over die feiten en toen gaf mevrouw ook zelf aan dat ze toen nog helemaal niet in orde was. Dat is het voordeel als je zaken blijft volgen. (politie)

Een mevrouw wordt door de huisarts en het wijkteam naar de GGZ verwezen. Na het overlijden van haar echtgenoot heeft mevrouw stemmingsproblemen. Er is geen voorgeschiedenis in de GGZ. Mevrouw heeft altijd een eigen zaak gehad met haar (recent) overleden echtgenoot. Door het overlijden is zij zowel de zaak als haar echtgenoot verloren. Na een intake wordt geconcludeerd dat rouw op dat moment op de voorgrond staat, aldus de GGZ. Er zou op dat moment geen sprake zijn van een depressie in engere zin. Behandeling bij de specialistische GGZ is, op basis van deze conclusie, niet nodig.

Na anderhalf jaar doet de huisarts een verzoek tot een dwangopname. In de tussentijd is er geen contact meer tussen de betrokken zorgverleners en de GGZ geweest. Inmiddels is de wijkverpleging ook al langere tijd betrokken. Bij een hernieuwde inventarisatie, door het inmiddels operationele wijkteam, blijkt patiënte er lichamelijk zeer slecht aan toe door lichamelijke verwaarlozing als gevolg van ernstige stemmingsproblematiek. Er wordt geen rechterlijke machtiging (RM) afgegeven maar er volgt een opname in het algemeen ziekenhuis via de WGBO. (Gebiedsteam GGZ)

Een afdeling die zich bezig houdt met extreme woonoverlast gaat binnenkort over tot een huisuitzetting van een vrouw ouder dan 65 jaar bekend met psychotische klachten, diabetes en reuma. Betreffende mevrouw heeft het idee dat haar burengeluidsoverlast veroorzaken om haar wakker te houden. Zij reageert daarop met veelvuldig op de muren te kloppen en te bonzen 24/7.

Zij heeft de huidige woning aangeboden gekregen van de woningcorporatie als tweede kans na een vonnis van uithuiszetting. In de vorige woning was sprake van een identieke situatie. Om herhaling te voorkomen wordt het buurtteam betrokken met als opdracht mevrouw te motiveren voor GGZ hulp. De stichting voor beschermd wonen wordt ingezet om een respijt bed ter beschikking te stellen zodat mevrouw af en toe afwezig is om alle betrokkenen een pauze te gunnen in de situatie. De GGZ is betrokken maar mevrouw maakt geen gebruik van de afspraken en de aangeboden behandeling/medicatie. Op basis van vrijwilligheid houdt ze hen buiten de deur. Een verzoek tot het aanvragen van een RM vanuit de afdeling extreme woonoverlast aan de GGZ werd niet opgevolgd. Informatie als bewijslast ter ondersteuning van de aanvraag voor een mogelijke RM werd als onvoldoende beoordeeld door de GGZ. De huisuitzetting is onvermijdelijk geworden. Er wordt opnieuw gekeken of een RM alsnog kan worden aangevraagd. Dat stopt de lopende procedure niet. (medewerkster woonoverlast)

Samenvatting vragen professionals

Er zijn geen harde aanwijzingen voor een groot kennistekort bij professionals bij de reactie op verward gedrag, wel voor een aantal organisatorische en culturele samenwerkingsproblemen tussen instanties en professionals. Daarbij lijken deze deels oplosbaar door scholing en samenwerking, maar ook deels eigen aan beperkte capaciteit van zorg, veiligheid of samenleving

Tabel 9: belangrijkste terugkerende vragen professionals rond 'verward gedrag'

- wanneer is een situatie iets voor politie en wanneer voor zorg?
- wanneer kan ik een situatie veilig overlaten aan 'eigen zorgkader' (= omgeving persoon)?
- hoe vind ik de juiste zorgprofessional die betrokken is of overneemt?
- hoe weet ik dat de situatie (volgende dag of langere termijn) opgevolgd wordt?

- wanneer is het niet meer te doen voor mij en schakel ik hulp in van 'specialisten'?
- hoe vind ik die specialisten en hoe krijg ik ze tijdig in actie?
- hoe blijf ik betrokken bij de cliënt als de 'specialistische' hulp er is?
- hoe vind ik passende zorg/plek voor iemand – in specialistische zorg en/of in de samenleving?
- hoe zorg ik voor een tijdige afronding van contact met de cliënt (zodat de inzet/toeleiding weer snel ten goede kan komen aan nieuwe personen)?

- hoe begrensk ik probleemgedrag dat niet mijn primaire deskundigheid is?
- hoe ga ik om met probleemgedrag of dreigende uitval als er geen alternatieve zorg/opvang/verblijfplaats meer is?

- hoe wissel ik informatie uit zonder de wet te overtreden?

Naar manieren van leren

Bovenstaande vragen gaan nauwelijks over kennis rond verward gedrag zelf, en slechts deels over de eigen vaardigheden in contact met de persoon met verward gedrag (vooral probleemgedrag en grenzen stellen). Veruit de meeste vragen hebben betrekking op continuïteit van betrokkenheid van en samenwerking met professionele collega's van andere organisaties. De laatste vraag, over het delen van informatie, is een zeer vaak terugkerende kwestie die de inspanningen rond continuïteit en

samenwerking vaak (sterk) negatief beïnvloedt – daarvoor specifiek aandacht in een volgend hoofdstuk.

Op basis van de aard van de vragen, en de grotendeels organisatorische en culturele context daarvan, lijken de volgende vier benaderingen passend voor scholing rond deze vragen:

- 1) aanbieden van kennis/training
- 2) investeren in netwerk
- 3) uitbreiden van consultatiemogelijkheden tussen organisaties
- 4) investeren in voorzieningen

Deze benaderingen zijn niet allemaal even makkelijk uitvoerbaar en vallen niet allen binnen de scope van de vraag/opdracht. De eerste benadering is het meest eenvoudig, de onderste het minst. Van benadering 2 (netwerk) en 3 (consultatie) is het meeste haalbare en duurzame resultaat te verwachten.

Tabel 10: passendheid van typen scholing bij vragen professionals

Scholingsvraag	Meest passende benadering			
	1	2	3	4
• wanneer is een situatie iets voor politie en wanneer voor zorg?	+	++	+	
• hoe begrenst ik probleemgedrag dat niet mijn primaire deskundigheid is?	+	+	++	+
• wanneer kan ik een situatie veilig overlaten aan 'eigen zorgkader' (= omgeving persoon)?	+	++	++	
• hoe vind ik de juiste zorgprofessional die betrokken is of overneemt?	+	++	+	
• hoe weet ik dat de situatie (volgende dag of langere termijn) opgevolgd wordt?		++		
• wanneer is het niet meer te doen voor mij en schakel ik hulp in van 'specialisten'?	+	++	++	+
• hoe vind ik die specialisten en hoe krijg ik ze tijdig in actie?	+	++	+	
• hoe blijf ik betrokken bij de cliënt als de 'specialistische' hulp er is?	+	++		
• hoe begrenst ik probleemgedrag dat niet mijn primaire deskundigheid is?	+	+	++	
• hoe wissel ik informatie uit zonder de wet te overtreden?	++	++		
• hoe ga ik om met probleemgedrag of dreigende uitval als er geen alternatieve zorg meer is?	+	++	++	+
• hoe vind ik passende zorg/plek voor iemand – in specialistische zorg en/of in de samenleving?	+	++		++
• hoe zorg ik voor een tijdige afronding van contact met de cliënt (zodat de inzet/toeleiding weer snel ten goede kan komen aan nieuwe personen)?	+	++	++	

Uit bovenstaande tabel blijkt – niet geheel verrassend – dat de 'netwerk'-benadering het grootste aantal plusjes heeft. Dit sluit dicht aan bij de aard van de vragen en de eerdere plaatsbepaling dat zowel samenleving als zorg steeds meer als een netwerk georganiseerd zijn – en dat samenwerken geen optie maar noodzaak is. Tegelijkertijd blijkt samenwerken erg lastig voor professionals met verschillende achtergronden, van verschillende organisaties en via verschillende financieringsstromingen. Op de werkvloer ontstaan makkelijk conflicten als bij de één het idee ontstaat dat de ander 'zijn werk niet doet'. Samenwerking moet dus georganiseerd en geregisseerd worden, en wel zodanig dat samenwerking iets oplevert – en niet tijd kost omdat er zo nodig met elkaar 'afgestemd' moet worden. Samenwerken is geen doel op zich maar een middel om de doelen van of rond de persoon te bereiken.

Voorbeelden van leren in netwerken en via consultatie door collega's

1) Een gezamenlijke reactie op acute meldingen van verwardheid

Kijkend naar de E33-meldingen ontstaat al snel de vraag wanneer wie precies wat gaat doen. In de oude/huidige situatie stond de politie sterk op de voorgrond: na een 112-melding door een burger stuurde de meldkamer een noodhulpwagen uit, waarna de agenten ter plaatse de situatie wisten op te lossen of de persoon meenamen naar politiebureau waar dan een GGD-arts of de GGZ-crisisdienst voor 'beoordeling' kwam.

In de nieuw ontwikkelde *meldkamer/APH-functie* zit een sociaal psychiatrisch verpleegkundige (SPV) in de 112-meldkamer als 4^e functionaris naast politie, ambulance en brandweer. Telefoontjes kunnen rechtstreeks binnen komen bij deze persoon (van HAP, instanties en anderen) of via de collega's uit de meldkamer (meestal politie of ambulance). De APH-triagist is direct aanspreekbaar voor iedereen in de meldkamer (consultatie) maar ook voor professionals op straat (bv. noodhulp of ambulance). Daardoor wordt direct op casusniveau/mensniveau samen gewerkt en geleerd. Ook wordt gede-escalereerd: doordat een APH-triagist een inschatting maakt, of in een dossier iets kan nakijken, kiezen andere professionals ervoor geen urgente rit te rijden, iemand niet in te sturen naar de SEH maar de situatie op andere wijze af te handelen – op advies van de triagist.

Casus meldkamer

Er komt een 112-melding binnen van een vrouw die zegt op het balkon te staan. Er zijn al twee politiewagens heen gestuurd maar de politie-centralist vraagt de APH-triagist ook mee te denken. Die ziet in het dossier om wie het gaat, zegt de vrouw wel vast telefonisch te woord te staan en slaagt er binnen twee minuten in om de vrouw naar binnen te doen gaan en de deur dicht te laten doen. De politie-centralist laat de twee wagens hun sirenes uitzetten en laat slechts één wagen doorrijden. De APH-triagist kan met haar telefonisch afspreken dat zij iemand om ondersteuning zal vragen en bij nood niet naar het balkon zal lopen maar de huisartsenpost zal bellen. De triagist overlegt met de agenten in de wagen die nog in de buurt is: die blijft nog even ter plaatse maar de agenten gaan niet actief langs de deur.

Kansen en resultaten

Samen werken en leren is op deze manier structureel georganiseerd en er wordt direct gehandeld. Binnen deze organisatievorm kunnen veel vragen worden beantwoord. Zeker wanneer dit gecombineerd wordt met vaker samen op pad gaan (politie + zorg)

Risico's en voorwaarden

- gezamenlijke verantwoordelijkheid georganiseerd/geformaliseerd
- APH-triagisten werken ook 'buiten', niet alleen in de meldkamer, zodat zij voeling houden met de buitenwereld

2) Een gezamenlijke benadering van 'vaak verwarde' mensen: Stevige Structurele Begeleiding

Stevige Structurele Begeleiding (SSB) houdt in dat (wijk)agenten en GGZ-medewerkers (van zogenoemde FACT-teams die aan een relatief kleine groep cliënten outreachende zorg bieden, ook als deze zorg niet gewenst is) rond cliënten samenwerken. De volgende elementen zijn cruciaal bij SSB:

- agenten en GGZ-professionals gaan structureel samen op bezoek bij de deelnemers, ongeacht of het 'goed' of 'slecht' gaat

- basis van de samenwerking is een goede, persoonlijke en gelijkwaardige relatie tussen deelnemer, politie en GGZ: vaste mensen die weten wat ze aan elkaar hebben, maar die ook elkaars 'grenzen' kennen
- een ervaringsdeskundige kan participeren in het contact – op verzoek van de cliënt of de professionals, of op eigen initiatief
- agenten en GGZ-professionals spreken elkaars taal en zoeken in moeilijke situaties samen naar oplossingen
- agenten en GGZ-professionals kijken regelmatig in elkaars 'keuken'
- agenten en GGZ-professionals participeren regelmatig in intervisie, waarbij altijd een vaste ervaringsdeskundige aanwezig is

Casus SSB

Letterlijke weergave uit bron[31]

Hugo, 35 jaar, wonend in een sociaaleconomisch kwetsbare wijk in een middelgrote plaats, heeft in 25 jaar een flink 'cv' opgebouwd bij politie/justitie en ggz. De combinatie persoonlijkheidsproblematiek, PTSS en langdurige alcoholverslaving spelen hierbij een rol.

Hugo heeft nooit ernstige vergrijpen gepleegd maar gedraagt zich wel zodanig vreemd of agressief dat de politie regelmatig meldingen vanuit de buurt krijgt. In dit soort gevallen ging voorheen een politie noodhulp-eenheid kijken en werd hij vanwege zijn verwarde gedrag naar de crisisdienst verwezen die eventueel een gedwongen opname kon initiëren. Omdat Hugo overal in de zorg al een 'goede bekende' was leidde zo'n beoordeling meestal tot niets: een gedwongen opname in de ggz of behandeling door verslavingszorg werd niet zinvol geacht. Hugo volhardde dus in zijn alcoholverslaving. Juridisch bekeken waren zijn misdrijven ook niet zo ernstig dat een stevige 'strafrechtelijke' interventie soelaas zou bieden.

Omdat Hugo wel chronisch kleine winkeldiefstallen pleegde en handeltjes dreef met mede-verslaafden werd hij veroordeeld tot een maand gevangenisstraf die binnenkort uitgezeten moest worden. Het contact tussen Hugo en de politie was uitgesproken slecht; Hugo voelde zich bij zijn aanhoudingen een paar keer zeer onheus bejegend.

Hugo stond dus niet te springen om aan SSB deel te nemen. Ook na gesprekken met de FACT-begeleider bleef hij sterk twijfelen. Daarom werd, met instemming van Hugo, een ervaringsdeskundige met een vergelijkbaar verslavingsverleden gezocht. Samen onderzochten zij of SSB positief zou kunnen zijn.

Hugo stemde dan toch in met deelname. Daarna verliep het verrassend soepel: omdat een vaste wijkagent samen met de FACT begeleider een aantal keren langskwam om kennis te maken (zonder dat er 'gedoe' was) ontwikkelde zich snel een goede samenwerkingsrelatie. Bij de aanpak van de verslaving en onderliggende ggz problematiek was de rol van de wijkagent marginaal. Wel kon hij adviseren over de omgang met mede-verslaafden en vertellen wat de consequenties zouden zijn als Hugo toch weer te vaak op een verkeerde manier met 'vrienden' in beeld zou komen.

De openstaande gevangenisstraf werd (uiteeraard) niet opgeschort; wel kon de wijkagent op verzoek van Hugo (die nog een goed onderkomen voor zijn huisdier wilde regelen) bemiddelen in de manier en het tijdstip waarop hij zou worden 'opgehaald'. De FACT-begeleider en de wijkagent bezochten Hugo twee keer in de gevangenis; de tweede keer vooral om afspraken te maken voor na zijn vrijlating. Zo wilde de wijkagent graag in uniform bij Hugo op huisbezoek mogen komen zodat hij zich niet alleen voor dat bezoek zou hoeven omkleden. Hugo stemde in, maar verzocht wel om niet met een opvallende politieauto voor de deur te parkeren (dan zou de buurt denken dat het weer mis was). Deze afspraken zijn vastgelegd in een samenwerkingscontract met rechten en plichten voor Hugo maar ook voor FACT en politie: hoe vaak komen we op bezoek, tijdig afzeggen als het niet door kan gaan etc. Ook werden duidelijke afspraken gemaakt over 'positieve risico's': omdat Hugo zelf verantwoordelijk wil zijn voor zijn leven en welzijn, zal de crisisdienst niet standaard worden ingeschakeld als hij op een negatieve manier om aandacht vraagt. De SSB-wijkagent

zorgt ervoor dat deze afspraken bij zijn collega's van de noodhulp bekend zijn (via briefing en door een 'afpraak op locatie' in het systeem van de Meldkamer).

Na zijn vrijlating lukt het Hugo om geen winkeldiefstallen meer te plegen. Hij is echt trots en vertelt zich euforisch te voelen als hij een winkel uit loopt zonder de angst dat iemand (beveiliging) hem 'op zijn schouder tikt'. De frequentie van het contact wordt langzaam afgebouwd naar eens per maand. Gezamenlijke bezoeken (FACT en politie) vinden zelfs helemaal niet meer plaats; wijkagent en FACT ggz-er weten elkaar wel te vinden als het nodig is. Knelpunt is dat de wijkagent inmiddels een flink aantal andere 'cliënten' heeft die (meer) aandacht behoeven dan Hugo (met wie het relatief goed gaat) en dat de FACT-medewerker aan een nieuwe opleiding is begonnen, waardoor de samenwerking nu op een heel laag pitje staat. Ander knelpunt is dat Hugo vanwege een 'klein akkefietje' met een medebewoner is gevraagd te verhuizen naar een stad dichtbij. Maar: dan woont hij niet meer in 'de wijk van de wijkagent' en ook niet meer in het werkgebied van het FACT-team. Met Hugo 'meeverhuizen' is voor de wijkagent, de SSB-professionals en hun leidinggevenden een brug te ver.

Kansen en resultaten

Samen werken en leren is op deze manier structureel georganiseerd en er wordt direct gehandeld. Binnen deze organisatievorm kunnen veel vragen worden beantwoord. Er wordt rond een persoon echt samen gewerkt, en niet slechts tegelijkertijd maar los van elkaar of opeenvolgend op elkaar. Door professionals van beide kanten (politie en zorg) wordt er geleerd van en over elkaars werkwijze, dat breder effect sorteert dan alleen in de casus rond de persoon om wie het gaat.

Risico's en voorwaarden

- volhouden/langer betrokken blijven wanneer de acute kwesties voorbij zijn
- steun vanuit de betrokken organisaties moet voldoende zijn (voor politie ligt een persoonsgebonden aanpak minder voor de hand)

3) Een vraagbaak/consulent bij incidenteel en vaker verward gedrag

Op verschillende plekken zijn, vaak georganiseerd vanuit de GGD, allround professionals actief geworden met ervaring in verschillende varianten van verward gedrag. Deze professionals fungeren voor politie en sociale professionals als een makkelijk, zonder verwijzing of indicatie, toegankelijke vraagbaak. De actie van de professional die dan geconsulteerd wordt kan uiteenlopen: informatie over bepaalde problematiek (zonder dat de zorgprofessional de persoon zelf heeft gezien), adviezen over hoe te reageren, zelf of samen met consultvragers bij de persoon langs gaan of zelfs de zorg of verantwoordelijkheid voor de zorg overnemen en zoeken naar een vervolg.

Casus consulent

De wijkagent belt met een medewerker van de crisisdienst. Ze hebben zich al eerder samen over 'problematische cases' gebogen. De wijkagent vertelt dat er zich in de daklozenopvang een man ophoudt die nogal achterdochtig en dreigend gedrag vertoont naar een hulpverlenster die namens haar organisatie hulp in de daklozenopvang aanbiedt. De wijkagent heeft hem kort daarvoor een keer op het bureau gesproken omdat hij zich zorgen maakte over de man en heeft hem toen de hulp van deze organisatie en deze mevrouw aangeboden. Hij maakt zich nu zorgen over de dreiging. Hij loopt haar steeds achterna en zegt 'nare dingen'. Hij vraagt wat er aan de hand kan zijn. De crisisdienstmedewerker kijkt of de man bekend is in de GGZ. Dat blijkt het geval. Hij is in het verleden opgenomen geweest met een psychotische stoornis als gevolg van drugsgebruik. De agent vertelt dat de man nu veel drugs gebruikt. Bedacht wordt dat deze hij nu mogelijk weer psychotisch is en denkt dat zij van de politie is. Er wordt afgesproken dat wanneer

de man weer aanwezig is en dit weer gebeurt er een beoordeling door de crisisdienst wordt aangevraagd. De politie zal een afspraak op persoon in het systeem zetten zodat bij contact met hem er met de crisisdienst of consulent wordt gebeld. In de tussentijd wordt hij ook aangemeld bij het OGGZ team met de vraag naar deze man uit te kijken en te bepalen of en welke zorg door wie moet plaatsvinden buiten de acute situaties. (crisisdienst)

Kansen en resultaten

Samen werken en leren is op deze manier structureel georganiseerd en er wordt direct gehandeld. Binnen deze organisatievorm kunnen veel vragen worden beantwoord. Consultatie en advies zijn collegiale vormen van samenwerking, zeker wanneer die herhaald plaats vinden. Samen op pad gaan is dat ook.

Risico's en voorwaarden

- de professional/consulent is geen 'dumpplek' voor alle moeilijke kwesties – samen oplossen is uitgangspunt en wordt gehandhaafd
- de organisatorische inbedding en bekostiging van de consulent moet zo zijn dat hij/zij de handen vrij heeft om iets te vinden, en daarna eventueel kan en mag handelen (ook richting meer gespecialiseerde professionals)

Voorbeelden van leren via training en netwerk

De vorige voorbeelden waren sterk gebaseerd op het daadwerkelijk samen werken: overleggen en afstemmen in direct contact (meldkamer en consulent), daadwerkelijk samen op mensen en situaties afgaan (consulent en SSB), en steeds bij elkaars afwegingen en dilemma's betrokken worden (meldkamer en SSB). Minder 'indringende' vormen van leren van elkaar zijn ook denkbaar en komen nu al ook (veel) voor. Ze zijn minder effectief omdat ze minder 'echt' zijn: ze gaan over een situatie in het verleden of ze over elkaar leren kennen en samenwerken in het algemeen (en niet rond een specifieke werkelijke situatie).

1) Gestructureerd terugkijken op beslissingen

Op veel plekken wordt structureel (eens per zoveel weken) met verschillende diensten teruggekeken op de afgelopen periode. Meestal worden de dingen die goed gingen nauwelijks genoemd en wordt gefocust op dat wat niet goed ging – en wordt vooral dit besproken.

Casus overleg

In het overleg wordt door beide partijen de volgende casus ingebracht. De politie belt met de crisisdienst. Ze staan op straat met een man die willekeurig mensen aanvalt en met stenen bekogelt. Zij vinden hem in de war en willen hem naar de crisisdienst brengen. De crisisdienst is huiverig om deze onbekende man zonder aanvullende informatie 'zomaar' te gaan zien. De agenten zijn van mening dat hij alleen maar in de war is en dat dit voor de GGZ is. De man moet volgens hen worden opgenomen. De crisisdienst is van mening dat hij strafbaar gedrag vertoont en dat de politie hem daarvoor moet meenemen. Telefonisch loopt het conflict op. De man wordt alsnog gezien op de crisisdienstlocatie in aanwezigheid van politie. In de nabespreking van dit incident wordt besproken dat beiden gelijk hebben en dat er geen sprake moet zijn van of/of maar en/en. Hij had moeten worden meegenomen naar het bureau en de crisisdienst had moeten toezeggen naar het bureau te komen om gezamenlijk te bepalen waar de nadruk van het vervolg op moet liggen: zorg of straf. Dit wordt daarna met betreffende medewerkers nabesproken. (Crisisdienst)

Kansen en resultaten

Samen leren is op deze manier structureel georganiseerd en er wordt actief teruggekeken met elkaar. Binnen deze organisatievorm kan onbegrip worden weggenomen, maar daadwerkelijk samenwerken in een actuele situaties gebeurt niet

Risico's en voorwaarden

- de gezamenlijke besprekingen moeten een positief, lerend karakter hebben en houden, ook als er regelmatig dingen mislopen
- het overleg moet structureel plaats blijven vinden, ook als enkele mensen met vakantie zijn en juist wanneer er problemen zijn moet het niet worden afgezegd

2) Met elkaar meelopen

Vaak wordt incidenteel door reeds actieve professionals, en soms meer structureel door professionals in opleiding, meegelopen met een andere dienst. Ambulanceverpleegkundigen en agenten lopen mee in de GGZ-crisisdienst, agenten en GGZ-medewerkers bij elkaar en in andere combi's. Veelal gebeurt dit binnen het acute zorgdomein en niet zo makkelijk tussen andere domeinen. Bij het inwerken van nieuwe collega's zou dit een onderdeel moeten zijn maar dat is zelden structureel.

Casus meelopen

Een crisisdienstmedewerker rijdt een dienst mee met een noodhulp-koppel van de politie. Hij is, ondanks dat hij al lang meedraait, verrast over de intensiteit en snelheid waarmee gehandeld wordt op een acute noodoproep. Ook voelt hij de stress die ontstaat wanneer er meerdere oproepen tegelijk zijn of wanneer een koppel lang bezig is met een kwestie, waardoor andere koppels het drukker hebben of er alleen voor staan wanneer ze snel back-up nodig hebben.

Kansen en resultaten

Leren is op deze manier incidenteel georganiseerd en leidt tot nieuwe ervaringen en meer inleving in de situatie van de ander.

Risico's en voorwaarden

- eenmalig meerijden of meelopen is geen garantie voor duurzaam leren
- het daadwerkelijk uitvoeren van plannen ('loop een keer met ons mee!') vraagt om een structurele planning en uitvoering door een of meer mensen binnen betrokken organisaties

3) Samen iets 'anders' doen

Hoewel dit de minst intense vorm van leren is, en er zelfs niet eens sprake is van leren in formele zin, is deze vorm van samen werken wellicht onderschat. Een gezamenlijke activiteit (een borrel na het werk, een keer bowlen in het kader van een teammiddag e.d.) is relatief gemakkelijk georganiseerd en zorgt ervoor dat mensen elkaar leren kennen als mensen – niet slechts als representanten van (onwillige) organisaties.

Casus samen iets doen

Een regionale conferentie over samenwerking politie en GGZ leverde veel bijdrages en bezoekers van de werkvloer op. Na de middag bleven een aantal medewerkers van verschillende diensten hangen en leerden elkaar wat beter kennen, waaruit een aantal persoonlijke verbindingen en vervolgacties voortkwamen.

Kansen en resultaten

Elkaar leren kennen is op deze manier incidenteel georganiseerd en leidt tot nieuwe ervaringen en meer inleving in de situatie van de ander. Het leren van elkaar loopt via een totaal andere weg dan via een cursus of via met elkaar meelopen: het informele, menselijke contact dat zo vaak ontbreekt in lastige situaties onder druk staat nu voorop

Risico's en voorwaarden

- 'elkaar (leren) kennen' moet gepaard gaan met goede afspraken over hoe er operationeel wordt samengewerkt omdat 'ons-kent-ons' daarvoor geen vervanging kan zijn
- het daadwerkelijk samen doen is afhankelijk van het draagvlak in de betrokken diensten, en de aanwezigheid van een of meer voorlopers die dit durven en kunnen organiseren

4) Trainingen en cursussen

Bijscholing en training zijn de klassieke vormen van scholing. Veel scholing richt zich op kennis, sommige scholing op vaardigheden en attitude, en in relatief weinig scholing wordt daadwerkelijk intensief getraind. Veel van de huidige training voor politie (en in minder mate voor andere professionals) is sterk gericht op het vergroten van kennis over specifieke vormen van verward gedrag bij professionals. Heel vaak gaat het dan feitelijk over stoornissen of ziektebeelden – bv. autisme of psychose maar ook over zeldzamer problematiek als niet aangeboren hersenletsel of epilepsie. Hoewel begrijpelijk vanuit het perspectief van de belanghebbenden (vaak een patiëntenorganisatie of commercieel bureau), is het 'specialiseren' van generalistische professionals onverstandig te noemen. Enerzijds vanwege de te hoge verwachtingen die zo ontstaan van professionals die die functie in het zorg- en veiligheidssysteem niet hebben. En anderzijds omdat het praktisch gezien een onhaalbare kaart is om deze professionals in 'alle' stoornissen wegwijs te maken, waardoor het aanbieden van één diepgaande en specifieke cursus ook verkeerde verwachtingen bij de professionals zelf wekt. Alsof die ene stoornis is waar het allemaal om gaat, en alsof de daaruit voortkomende handelingsperspectieven voor alle situaties en mensen zouden gelden.

Als de klassieke scholingsvorm gebruikt wordt, dan zou die aan onderstaande criteria moeten voldoen:

- breed, generalistisch van opzet: algemene vaardigheden bij verschillende vormen van verward gedrag
- vaardigheden op gebied van systemisch denken, werken en interveniëren (meervoudige partijdigheidsprincipes zouden centraal moeten staan), netwerk strategieën en relatiemanagement competenties
- inzet van trainers die daadwerkelijk met het gedrag te maken hebben (gehad) en bij sterke voorkeur een ervaringsdeskundige die zelf ooit verward gedrag heeft 'vertoond'
- onderscheid tussen verward gedrag niet op basis van stoornissen maar op basis van het meest passende handelen
- aandacht voor de context waarin het gedrag plaats vindt (wanneer en waar gebeurt het, wie zijn betrokken, welke kansen liggen er in de directe omgeving)

- aandacht voor samenwerking met de lokale en regionale 'specialisten' in deze problematiek (wie te raadplegen wanneer het niet lukt, hoe hen te vinden, op welke manier optimaal met hen te communiceren)
- bij sterke voorkeur ook hier weer geen monodisciplinaire of mono-organisatie scholing maar een scholing met verschillende partijen die in een bepaald gebied/regio betrokken zijn bij 'verward gedrag'
- aandacht voor wie de training geeft en de boodschap die daarmee wordt overgebracht, waarbij ook hier geldt dat het aanbod ook niet monodisciplinaire of mono-organisatie moet zijn

Casus training

In een training aan een basisteam politie ligt het programma niet in detail vooraf vast maar wordt dicht aangesloten bij de leervragen van de deelnemers. Regelmatig blijken deze te gaan over mensen die zich vreemd gedragen maar van wie agenten de indruk hebben dat ze 'echt niet gek zijn'. Er wordt vervolgens getraind met situaties (met ervaringsdeskundige) waarin een persoon met verward gedrag zowel zorg als begrenzing nodig heeft. De training wordt gegeven door een ervaren trainer van een niet-commercieel kenniscentrum met een achtergrond in de 'zwarte zorg' en een ervaringsdeskundige met ervaring met eigen 'verwarring'

Kansen en resultaten

Incidenteel leren is op deze manier georganiseerd binnen het kader van een training, en leidt tot nieuwe ervaringen en meer inleving in de situatie van de ander. Het leren verloopt via zelf oefenen en anderen zien oefenen met situaties die dicht aansluiten bij de praktijk van de deelnemers

Risico's en voorwaarden

- het duurzame effect van een eenmalige training moet bestendigd worden door opvolging via terugkomssessies, reminders (ondersteunende apps of aangepaste werkprocessen) of intervisie
- het anticiperen op leervragen ter plaatse vraagt veel ervaring en flexibiliteit van de docent

Concluderend

Uit voorgaande hoofdstukken is duidelijk geworden dat de 'verwarde personen'-kwestie vele oorzaken kent, waaronder die van de complexe, netwerkachtige wijze waarop de samenleving maar ook sociale voorzieningen en de zorg zijn georganiseerd. Voor professionals lijkt het probleem van 'verwarde personen' eerder een afstemmingsprobleem dan een kennisprobleem. Dit afstemmingsprobleem heeft verschillende kanten: persoonlijke (sociale) vaardigheden kunnen tekort schieten, het inlevingsvermogen in de ander kan beperkt zijn of de onderhandelingsvaardigheden zijn beperkt. Daarnaast omvat dit afstemmingsprobleem organisatorische en cultuurelementen. Een van de grootste afstemmingsproblemen, gegevensdeling, komt in het volgende intermezzo aan bod.

Qua scholing lijkt klassieke kennisoverdracht over 'verward gedrag' maar beperkt geschikt: deze verhoudt zich moeizaam tot de diverse praktijk, mist een vaardigheidscomponent en doet weinig met de netwerkstructuur van zorg en veiligheid. Andere vormen zoals daadwerkelijk samenwerken, elkaar consulteren of op andere wijze inschakelen lijken het meest werkzaam. Als deze vormen organisatorisch niet gerealiseerd zijn, resten vormen van leren die minder met 'het actuele werk' te maken hebben maar alleen gaan over samen evalueren, samen leren of samen collegiaal iets doen. We zoeken naar *communities of practice*: professionals die eens per zoveel weken/maanden bij elkaar komen en onderwijzen leren over een thema. Er ontstaat zo een lokaal netwerk dat kennis deelt maar elkaar ook weet te vinden buiten de bijeenkomsten, en dat eenvoudig gecombineerd kan worden met sociaal samenzijn (samen eten of drankje drinken bij begin of einde).

Intermezzo: privacy, informatiedeling, beroepsgeheim en AVG

Inleiding

Voor veel professionals wordt het werken met ‘verwarde personen’ gevoelsmatig sterk gefrustreerd door wetgeving rond gegevensdeling. Vooral zorgprofessionals beroepen zich regelmatig op hun beroepsgeheim of beroepscode wanneer professionals van politie of gemeente verzoeken om informatie. In acute situaties is dit probleem minder groot vanwege de urgentie, hoewel principieel niet anders dan in de reguliere situaties. Hoewel dit probleem altijd al speelde tussen verschillende typen professionals, lijkt het verergerd te zijn door de invoering van de Algemene Verordening Persoonsgegevens (AVG) in 2018. De grote aandacht voor de (vermeende) aanscherping van de wet heeft geleid tot nog meer voorzichtigheid, zonder dat professionals altijd weten in welke mate de AVG of hun eigen beroepsgeheim (op grond van de wet BIG) of beroepscode van toepassing is.

In de praktijk is het onderscheid tussen ‘rekkelijken’ en ‘preciezen’ groot, waardoor professionals zelden vooraf weten wat ze zullen tegenkomen aan de ‘andere kant van de lijn’: sommigen delen niets, sommigen delen wat nodig is in de bewuste situatie en anderen delen (te) veel. Vaak is er weinig differentiatie tussen ‘ik mag niets zeggen’ enerzijds en ‘ik doe wat nodig is’ anderzijds. Ook onder de mensen die zich intensiever bezig houden met gegevensdeling in het sociale, zorg en veiligheidsdomein bevinden zich rekkelijken en preciezen. Sommigen vinden dat er veel kan in de geest van de wet, anderen houden vast aan het strikte beroepsgeheim. Daarbij zijn verschillende richtingen te onderscheiden: facilitering van de individuele professional via empowerment (‘er mag meer dan je denkt’), via duidelijke richtlijnen en kaders vanuit organisaties (scholing in en ondersteuning bij het ‘lopen van risico’) en via specifieke wetgeving voor de lastige situaties (ruimere wettelijke kaders voor multiprobleem-situaties).

Het beroepsgeheim en de beroepscodes gaan sterk uit van een contact tussen een individu en een professional, in het kader van een zorg/afhankelijkheidsrelatie. Onze huidige samenleving kent nog steeds veel van zulke contacten maar door de toegenomen communicatiemogelijkheden en het sterkere netwerkarakter ervan, is het aantal mogelijke interacties tussen mensen sterk vergroot. Er is een sterke beweging richting meer openheid en transparantie merkbaar, en informatie kan ook steeds sneller en eenvoudiger gedeeld worden. Rond gegevensdeling blijft ‘de zorg’ achter bij deze ontwikkeling, al geeft de AVG veel meer ruimte dan professionals vaak denken. Het beroepsgeheim blijft echter het hete hangijzer omdat dat voor velen tamelijk absoluut is en alle zorgprofessionals krachtig gesocialiseerd zijn in het niet mogen doorbreken daarvan. Toch lijkt de absolute opvatting van het beroepsgeheim in de huidige informatie- en netwerksamenleving in een aantal situaties niet houdbaar. Enerzijds vanwege de maatschappelijke tendens richting steeds meer gedeelde informatie, anderzijds vanwege de ernst van de situaties waarin mensen zich bevinden – en waaruit zij zonder doorbreking van het beroepsgeheim niet zomaar geraken.

In een recente rapportage van de Raad voor de Samenleving rond dit thema worden bovenstaande ontwikkelingen gesignaleerd en verder uitgewerkt[32]. De aanbevelingen passen bij de drie eerder genoemde richtingen: professionele empowerment, organisatorische support en aanvullende wetgeving. Uit dit rapport blijkt opnieuw een bereidheid en noodzaak om in het relatief kleine aantal (zeer) complexe situaties minder rigide om te gaan met het delen van informatie.

Zowel de AVG als het beroepsgeheim/beroepscode bieden ruimte om, in het belang van het te behalen doel t.b.v. de betrokken persoon en met inachtneming van subsidiariteit, proportionaliteit en doelmatigheid, meer informatie te delen dan nu vaak gebeurt.

Kader 5: informatie van Autoriteit Persoonsgegevens

Zorgverleners zijn onder de AVG gebonden aan zowel de regels over het medisch beroepsgeheim als aan de regels van de AVG. Als zorgverlener mag u bijvoorbeeld alléén gegevens aan een derde verstrekken als dat mag op grond van de AVG én als u een grond heeft om het medisch beroepsgeheim te doorbreken^[33]

Er zijn verschillende voorwaarden waaronder uw zorgverlener (zoals uw huisarts, tandarts of specialist in het ziekenhuis) het medisch beroepsgeheim mag doorbreken. Uw zorgverlener mag uw medische gegevens dan aan anderen verstrekken. De belangrijkste drie voorwaarden zijn als u toestemming geeft, als er een wettelijk voorschrift is of als uw zorgverlener een conflict van plichten heeft.

Toestemming

Uw zorgverlener kan op eigen initiatief uw medische gegevens aan anderen doorgeven. Of iemand anders kan uw zorgverlener om uw medische gegevens vragen. In beide gevallen mag uw zorgverlener uw gegevens verstrekken als u hiervoor toestemming heeft gegeven. Voordat u toestemming kunt geven, moet u volledig zijn geïnformeerd over de reden om uw gegevens te verstrekken. Ofwel uw zorgverlener informeert u hier zelf over (eventueel namens de persoon of organisatie die om uw gegevens vraagt) of deze persoon/organisatie doet dit.

Wettelijk voorschrift

Uw zorgverlener mag het medisch beroepsgeheim doorbreken als dit moet vanwege een wettelijk voorschrift. Voorbeelden hiervan zijn bepalingen in de Wet op de lijkbezorging, de Zorgverzekeringswet (Zvw), de Wet langdurige zorg (Wlz) en de Wet publieke gezondheid. Op grond van de laatstgenoemde wet moet uw zorgverlener bijvoorbeeld een beperkt aantal bepaalde besmettelijke ziekten direct melden bij de GGD.

Conflict van plichten

Uw zorgverlener mag het medisch beroepsgeheim doorbreken bij een conflict van plichten. Zo'n conflict ontstaat als het ernstig nadeel of gevaar oplevert voor u of iemand anders als uw zorgverlener zich aan het medisch beroepsgeheim houdt. Van een conflict van plichten is slechts in zeer uitzonderlijke gevallen sprake. Het moet gaan om een noodsituatie. Een voorbeeld hiervan kan het melden van kindermishandeling zijn. Uw zorgverlener moet al het mogelijke geprobeerd hebben om het probleem op te lossen zonder het medisch beroepsgeheim te doorbreken. En uw zorgverlener moet eerst proberen om toch toestemming van u te krijgen om uw medische gegevens door te geven. Uw zorgverlener moet de inbreuk op het medische beroepsgeheim kunnen verantwoorden.

Richting een oplossing

Te concluderen valt dat er ruimte is voor meer informatiedeling in bepaalde situaties, en dat daarvoor ook al de nodige handreikingen beschikbaar zijn. Desalniettemin blijven vooral zorgprofessionals zich vaak zeer terughoudend opstellen, ook als de situatie vraagt om meer informatie omdat andere professionals niet weten hoe te handelen – en dat dat schadelijk voor henzelf en/of de persoon kan zijn.

De cultuur onder professionals en in zorginstellingen volgt nog niet de maatschappelijke ontwikkeling, zo lijkt het. Zorgprofessionals, met name artsen, in de top van de organisatie spelen liever op safe dan dat ze 'risico' nemen – en worden daarvoor beloond omdat incidenten waarbij te weinig informatie werd gedeeld minder zwaar gewogen lijken te worden door tuchtcommissies dan klachten waarbij te veel informatie werd gedeeld. Daarbij speelt ook dat instanties als de Inspectie (IGJ) en de Onderzoeksraad (OVV) vooral te weinig deling constateren, maar daarbij geen individuen aanspreken, terwijl vanuit het tuchtrecht juist wel individuele beroepsbeoefenaars beklaagden zijn. Individuele professionals die aangeklaagd worden op deze gronden krijgen helaas lang niet altijd de

support vanuit hun organisatie die ze nodig hebben om een ingrijpend gebeurtenis als een tuchtrechtzaak te hanteren.

Hoewel de juridische ruimte er is, de maatschappelijke vraag wordt gesteld, en de problemen al meermaals geadresseerd zijn door zware instanties (recentelijk de OVV rond Michael P[34]), lijken de bereidheid en de vaardigheid van individuele professionals en hun organisaties om soepeler om te gaan met de mogelijkheden nog beperkt. Hoewel aanvullende wetgeving in juridische zin niet nodig lijkt, zou die mogelijk wel een doorbraak kunnen forceren in de huidige voorzichtige en absolute toepassing van het beroepsgeheim en de schadelijke effecten daarvan.

Concluderend

Een effectievere omgang met gegevensdeling vraagt om een benadering op meerdere fronten: de individuele professional, de organisaties waaronder professionals op enige manier 'vallen' (zowel zorginstellingen, gemeenten, beroepsorganisaties als tuchtcolleges), als specifieke wetgeving voor complexe situaties.

Ook hier zijn de meer netwerkachtige vormen van leren het meest passend, al kan daarbij niet volstaan worden met alleen professionals van de werkvloer. Functionarissen die in zorginstellingen, gemeenten, beroepsorganisaties en tuchtcolleges cultuurbepalend zijn, komen doorgaans zelf zelden of nooit in de situaties terecht die zij voor hun collega's wel scherp afbakenen. Rapporten zoals die helaas met enige regelmaat verschijnen over situaties en incidenten waarin weinig of geen informatie effectief werd gedeeld kunnen daarbij helpen.

Hoofdstuk 6

Monitoring

Inleiding

Het aantal wetenschappelijke publicaties over de aard en het aantal ‘verwarde personen’ is beperkt en zeer wisselend van kwaliteit. De meeste rapportages zijn in boekvorm verschenen, of zelfs niet officieel uitgegeven. De meest omvattende poging is gedaan door het RIVM in opdracht van VWS en ZonMw. Tot nu toe verschenen alleen artikelen van Koekkoek en Roex in *peer reviewed* tijdschriften. Het meest gedegen empirische onderzoek is op moment van dit schrijven nog niet openbaar maar wel compact weergegeven in hoofdstuk 4 – uitgevoerd in opdracht van GGD Flevoland.

De verschillende pogingen laten zich als volgt groeperen (zie hoofdstuk 4 voor details):

- *categorisatie* van E33-meldingen in bepaalde rubrieken (bv. psychische stoornis, verslaving e.d.) na scoring van de ruwe meldingen door onderzoekers
 - voorbeelden: studie bureau Beke, veel grijze literatuur
- *correlatie* van aantal E33-meldingen met een aantal demografische en sociale variabelen (bv. sociaaleconomische status, inkomensongelijkheid)
 - voorbeelden: studies bureau Teleos, studie IVO, artikel Roex
- *vergelijking* van aantal E33-meldingen met aantallen in zorgvariabelen (bv. crisisdienstcontacten, daklozen, ambulanceritten e.d.)
 - voorbeelden: RIVM
- *exploratie* van achtergrond van personen die met E33-melding in beeld komen (bv. demografische kenmerken en of/hoe deze mensen bekend zijn bij zorginstanties)
 - voorbeelden: GGD Flevoland

Primair waren bovengenoemde inspanningen bedoeld om het fenomeen ‘verwarde personen’ beter te begrijpen, niet om ‘verwarde personen’ te volgen of te monitoren. Er is in alle onderzoeken en publicaties eerst nog een bewerking door onderzoekers gedaan: ofwel categorisering van meldingen, ofwel een vergelijking met andere variabelen, ofwel naspeuring op niveau van individuen. Die laatste, het uitzoeken van de individuele achtergronden van iemand die bij de politie in beeld komt, komt het dichtst bij de operationele praktijk. Maar deze methode is arbeidsintensief en veronachtzaamt snel omgevingsfactoren die een rol spelen bij het verwarde gedrag. Voor een zinvolle monitoring spelen dus in ieder geval twee factoren mee: haalbaarheid en compleetheid van verkregen informatie.

Welke informatie is beschikbaar?

De discussie over de ‘juistheid’ van de politiecijfers heeft lang voortgeduurd, en vindt deels zijn oorsprong in de in hoofdstuk 5 beschreven verschillen tussen groepen mensen/professionals in Nederland die op heel verschillende wijze tegen ‘verwarde personen’ aankijken. Een voortdurende spraakverwarring tussen mensen heeft ervoor gezorgd dat het lang duurde voor de kwestie ‘cijfers’ iets lossers kon worden gelaten. Dat is ook niet vreemd, want aantallen bepalen grotendeels hoeveel en wat er moet gebeuren – of juist niet. Grootschalig beleid ontwikkelen zonder inzicht in groepen en aantallen is zeer kwetsbaar. Ook zijn de cijfers meermaals ingezet om richting een bepaalde verklaring te redeneren zoals bijvoorbeeld de aanname dat de afbouw van GGZ-bedden rechtstreeks de oorzaak van de toename van meldingen zou zijn. Of andersom: om aan te tonen dat dit niet zo was, en dat er daarom ook geen uitbreiding van bepaalde aanbod nodig zou zijn.

Hoewel er in Nederland veel hoogwaardige informatie beschikbaar is over de sociale en gezondheidstoestand van individuen, groepen en geografische eenheden, blijkt het toch moeilijk om deze informatie te bundelen ten aanzien van de groep mensen met verward gedrag. Al eerder is aangetoond hoe ingewikkeld het is om deze groep te definiëren. Er zijn dus geen aanwijzingen voor een tekort aan gezondheidsmonitoring van de bevolking, wel voor te weinig zicht op bepaalde (zeer) kwetsbare groepen, en voor te weinig integratie van beschikbare databronnen.

Welke informatie is exact nodig?

We zouden de gewenste informatie kunnen vatten in drie vragen:

- 1) hoe is het met persoon X?
- 2) welke zorg is er of zou er moeten zijn voor persoon X (en anderen zoals hij/zij)?
- 3) in welke mate verandert de situatie van personen zoals X, hoe komt dat en op welke wijze kan dat beïnvloed worden?

Bij deze drie vragen kunnen we drie typen doelen voor informatie over ‘verwarde personen’ formuleren:

- 1) hoe is het met persoon X?
> het doel (operationele opvolging) is dan om mensen te vinden/volgen zodat persoon X niet uit beeld of verloren raakt nadat hij/zij eenmalig in beeld is geweest bij politie of elders.
- 2) welke zorg/veiligheid zou er moeten zijn voor persoon X (en anderen zoals hij/zij)?
> het doel (overzicht voor beleid en evaluatie) is om bijvoorbeeld gemeentelijk beleid rond inkoop van zorg of planning van voorzieningen te informeren: dit was er vorig jaar aan de hand met groep X of wijk Y, waardoor komend jaar investering Z moet worden gedaan
- 3) in welke mate verandert de situatie van personen zoals X, hoe komt dat en op welke wijze kan dat beïnvloed worden?
> het doel (historie en perspectief voor bredere duiding) is om langer terug en vooruit te kijken, op landelijk niveau en ontwikkelingen te duiden: dit kan gebeuren en de oorzaak is mogelijk ontwikkeling X of reden Y

De drie doelen zijn allemaal belangrijk: zonder operationele informatie (1) is er geen informatie over mensen en tast iedereen in het duister, zonder overzicht (2) is er geen informatie over wat nodig is en vallen er potentieel gaten in noodzakelijke zorg, en zonder perspectief (3) ontbreekt een lange termijnvisie waardoor beleid vooral ad-hoc en incident-gestuurd is. Het laatste doel is het meest abstract en het minst acuut, en daardoor het meest kwetsbaar – maar wel noodzakelijk.

De drie typen doelen laten zich bijna rechtstreeks vertalen naar niveaus van handelen: de operationele doelen zijn individueel te vertalen, en zijn kleinschalig en lokaal. De beleidsdoelen liggen op groepsniveau en betreffen gemeentes of regio’s. De planningsdoelen gaan over meer groepen, verschillen en overeenkomsten tussen gemeenten en liggen al snel op bovenregionaal (of landelijk) niveau. Wie waarin welke (sturende) rol moet nemen is dan ook een belangrijke vraag.

Tabel 11: niveaus van monitoring, schaal, regie en uitvoering

Doel	Schaal	Regie	Inhoudelijke uitvoering
operationele opvolging	lokaal/ regionaal	gemeente (?)	professionals lokaal/regionaal netwerk van zorg en veiligheid
overzicht voor beleid en evaluatie	regionaal	gemeente	medewerkers regionale GGD/OGGZ-monitor met contactpersonen in instellingen en gemeente
historie en perspectief voor bredere duiding	landelijk	Ministerie van VWS (?)	medewerker/landelijke coördinator die regionale monitors bundelt en verrijkt

Hieronder worden in een aantal voorbeelden de drie doelstellingen uitgewerkt.

Uitwerking doel niveau 1: operationeel opvolging van individuen

Uit bovenstaande is duidelijk geworden dat het eenvoudiger is om op kleinschalig niveau in samenwerking te bekijken of een aanpak werkt, dan op landelijk niveau cijfers te genereren. Lokaal kunnen met de hand alle niet-relevante E33-meldingen gefilterd worden en alleen de 'echte' zorgelijke meldingen worden doorgegeven en besproken in een daarvoor bedoeld structureel overleg.

Vignet 1: doorlopen E33 meldingen van een week door vaste politieagent en vaste GGD-professional

Wekelijks maakt een agent van een basisteam een selectie uit de E33-meldingen, van mensen waarover zorgen zijn. De opvolging na de melding is bijvoorbeeld onduidelijk, het is maar de vraag of iemand zelf naar de huisarts gaat de volgende dag. Of er zijn twijfels over of de zorg die iemand ontvangt van een instelling wel aansluit, er lijkt bijvoorbeeld van alles aan de hand terwijl er pas over een maand weer contact met de hulpverlening gepland staat.

Een OGGZ-verpleegkundige van de GGD komt naar bureau, bespreekt de selectie meldingen met de agent en geeft aan wat zij kan doen in die situaties. Bijvoorbeeld: de persoon bellen of zelf thuis opzoeken of achter de hulpverlener van een instelling aanbellen om het politiecontact te bespreken, of een ander actie in het netwerk rondom een persoon.

De week erna komen nieuwe situaties aan bod, en worden de situaties van de week ervoor geëvalueerd. Zo ontstaat een cyclus van opvolgen en evalueren, die er toe moet leiden dat er meer zicht en grip komt op situaties met 'verwarde personen'. De GGD-verpleegkundige functioneert hierbij als schakel tussen veiligheid en zorg die vooral ingezet wordt als agenten aangeven dat een melding niet voldoende lijkt afgehandeld – en er dus zorgen zijn of de persoon niet tussen wal en schip valt. De GGD-verpleegkundige kent het zorgnetwerk en kan daarmee contact leggen, maar kan als nodig ook zelf naar iemand toegaan als er geen zorg is maar die wel nodig lijkt.

Vignet 2: overleg op verschillende niveaus tussen politie en crisisdienst GGZ in een grote stad

- jaarlijks heeft de accountmanager Zorg met de besturen van de GGZ instellingen in zijn werkgebied een afspraak. Hierin evalueert hij het convenant (Politie en GGZ Nederland, 2012).
- daarnaast vindt op basis van incidenten overleg plaats dat zowel door de politie als door de instellingen zelf kan worden geïnitieerd.
- wijkagenten weten inmiddels de professionals van de GGZ te vinden. Sinds de operationalisering van de gebiedsteams is dit nog beter gaan lopen.
- regulier overleg vindt plaats tussen de crisisdienst- politie sinds de herziene werkwijze (op basis van het convenant) dat patiënten niet meer standaard naar het politiebureau worden gebracht alvorens de crisisdienst te bellen.
- doel van het overleg is een verbetering in de samenwerking en uitvoering van de gemaakte afspraken passend bij de herziene werkwijze. Functie van het overleg is om door middel van casebesprekingen te kijken waar verbetering kan plaatsvinden en na het overleg dit gelijk aan betreffende medewerkers terug te koppelen.
- cases komen in het overleg op basis van melding van de medewerkers in beide organisaties en op basis van maandelijks monitoring door de crisisdienst van alle

verwijzingen van politie naar de crisisdienst. Het overleg vindt maandelijks plaats. Sinds 2017 neemt ook de GGZ vervoersdienst deel aan het overleg omdat zij de schakel zijn in de werkwijze. Vanaf dit jaar wordt halfjaarlijks ook de regionale ambulancevervoerder betrokken in dit overleg.

Vignet 3: E33 meldingen naar het Veiligheidshuis

Letterlijke en aangevulde weergave uit bron[35]

Om een oplossing te vinden voor personen met verward gedrag, was intensieve samenwerking met onder andere justitie, politie en gemeenten hard nodig. Voor de organisatie wilden we graag gebruikmaken van de infrastructuur van Veiligheidshuis Noord Oost Gelderland (NOG). Dat had al een goede overlegstructuur en beschikte bovendien over een goed privacyreglement: belangrijk voor het borgen van zorgvuldigheid bij het delen van informatie over cliënten.

Binnen dat Veiligheidshuis bleek de Kamer Achterhoek bereid en in staat. Met acht gemeenten en ongeveer 300.000 inwoners was het de grootste Veiligheidskamer van de regio Noord- en Oost-Gelderland, en we zagen daar dezelfde stijging in het aantal meldingen over personen met verward gedrag als in de rest van Nederland. De aanpak die ons voor ogen stond was praktijkgericht: gebruikmakend van de bestaande overlegstructuur van de Veiligheidskamer Achterhoek wilden we de focus leggen op de werkprocessen en de samenwerking. Problemen zouden we al doende in de praktijk oplossen.

Door de complexe en risicovolle casussen te bespreken in de Veiligheidskamer zouden we meteen anticiperen op de sluitende aanpak die gevraagd wordt van gemeenten. We zagen daarvan al voorbeelden, zoals in Leeuwarden, waar complexe en risicovolle casussen vanuit gemeenten worden opgeschaald naar het Veiligheidshuis. Een werkwijze die al gebruikelijk is bij andere problematiek waarbij veiligheid een belangrijk issue is, zoals huiselijk geweld.

Voor dit project zijn we alle E33- en E14-meldingen die de politie registreerde in gedurende een jaar bekeken om een beeld te krijgen van de incidenten en de zorg die al aan betrokkenen geboden werd. In het wekelijkse Triage-overleg in de Veiligheidskamer zijn alle personen besproken. Bij het Triage-overleg waren vertegenwoordigers van het Veiligheidshuis, de politie, de verslavingszorg en de crisisdienst van de ggz aanwezig. Daarin zijn 637 personen besproken. Van de 637 besproken personen waren 487 (76 procent) bekend bij de regionale GGZ-instelling en op enig moment in behandeling. Van hen waren 395 (62 procent) recent (maximaal drie jaar eerder) in behandeling en 345 gedurende de projectperiode.

Er werden in de looptijd van het project 20 tot 25 meldingen per week besproken. Van deze casussen bleek bij ongeveer 88 procent dat opschaling naar de Veiligheidskamer niet nodig was. Hetzij omdat er al zorg geboden werd, hetzij omdat we niks hóéfdten te doen: de instanties waren op de hoogte, iedereen wist hoe te handelen. Bij de casus betrokken ketenpartners werden dan op de hoogte gebracht van het incident en/of hun contactgegevens werden uitgewisseld en daarmee was de interventie van de Veiligheidskamer afgerond.

De andere ongeveer 12 procent is opgeschaald naar een van de casus-overleggen in de Veiligheidskamer. Dat was nodig omdat deze mensen geen, of niet de juiste zorg kregen. Ook gebeurde het dat een persoon herhaaldelijk in beeld kwam bij de politie en gebaat leek bij een andere, multidisciplinaire aanpak. Vrijwel alle van de opgeschaalde casussen werden besproken in het casusoverleg Personen met verward gedrag, enkele in het casusoverleg Veelplegers of het casusoverleg Persoonsgerichte aanpak. Ook het casusoverleg Huiselijk geweld boog zich over een

paar casussen. Met deze aanpak is het gelukt om complexe en risicovolle casussen vroegtijdig én gezamenlijk in beeld te krijgen.

Wekelijks de incidenten screenen waarbij volgens de politie sprake was van verward gedrag is een goede manier gebleken om complexe en risicovolle casussen vroeg te signaleren en waar nodig toe te leiden naar passende zorg en hulp. Naast het inhoudelijke aspect draagt het structurele, wekelijkse overleg bij aan de ontwikkeling van een goede werkrelatie en zogenaamde korte lijnen die ervoor zorgen dat contacten waar nodig makkelijk tot stand komen.

In het afgelopen jaar zijn in de Veiligheidskamer Achterhoek ongeveer 75 casussen uit het Triage-overleg opgeschaald en geagendeerd in het overleg Personen met verward gedrag. We kwamen twee keer per maand samen om die te bespreken. Aan tafel zaten het Veiligheidshuis, de politie, de verslavingszorg, de ggz, het OM, en ook een vertegenwoordiger van de reclassering. In het overleg Personen met verward gedrag werd per casus een analyse gemaakt van de problemen en omstandigheden, risico's werden besproken en afgewogen, en in onderling overleg zochten we naar beïnvloedingsmogelijkheden.

Als vrijwillige hulpverlening geen optie was, hoe kwamen we dan tot een passend gedwongen kader? Daarbij dachten we niet enkel aan een BOPZ-maatregel of strafrecht, maar ook aan bijvoorbeeld bestuurlijke maatregelen zoals een gebiedsverbod of een gedragsaanwijzing, mentorschap, niet-vrijblijvende afspraken, inzet van jeugdzorg, enzovoort. Welke rol zagen we voor de zorg en welke voor het strafrecht? Konden deze elkaar aanvullen en/of versterken?

Door deze en andere vragen te bespreken ontstond een plan van aanpak dat vervolgens op voortgang en resultaat gemonitord werd tot de casus vanuit het Veiligheidshuis weer afgeschaald kon worden naar een of meerdere van de daarbij betrokken partijen. Ondertussen is er ook op toegezien dat informatie die van belang was, gedeeld werd via daartoe beschikbare systemen (Amazone, in het politiesysteem met een afspraak op persoon of op locatie, Elektronisch Patiënten Dossier) zodat deze op cruciale momenten beschikbaar was voor collega's die niet aan het casusoverleg in het Veiligheidshuis deelnamen.

Vignet 4: landelijk volgen bij gevaar door justitie?

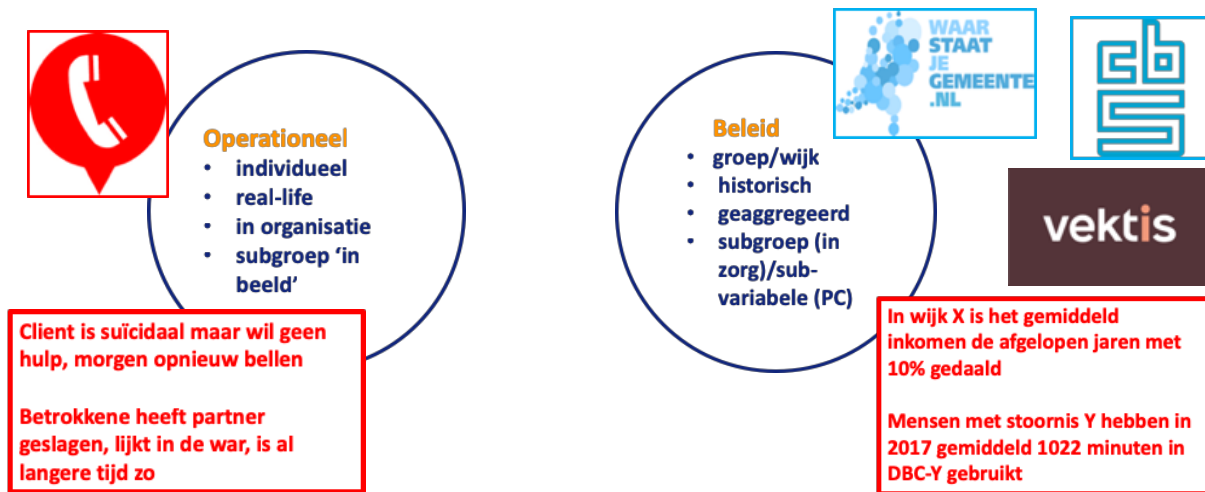
Hiervoor lopen bij politie programma's (Potentieel Gewelddadige Eenlingen) en ook justitie volgt mensen – hier niet verder uitgewerkt.

Uitwerking doel en niveau 2: overzicht voor beleid en evaluatie

Zodra de cijfers van het operationele niveau geaggregeerd worden naar een politie-eenheid, een GGD-regio of naar het land gaan de inschattingen over wat 'zorgelijk', ernstig' of 'acuut' is verloren, en blijft alleen de grote bulk aan meldingen over (zie ook vignet 3 voor een illustratie van het verschil tussen die twee). Direct mist dan ook de context: we weten niet meer of het gaat om meldingen/mensen met gezondheidsproblemen, sociale problemen, crimineel gedrag of allerlei combinaties. En omdat we de mensen niet kennen (want het gaat om meldingen) weten we ook niet hoe vaak ze in beeld komen, waar of op welke momenten, hoe het langere termijn traject is (eenmalig in beeld en daarna goed of juist slecht/vaker in beeld gedurende kortere tijd/langere tijd?). Wat wel en niet werkt om verwardheid te voorkomen en welke professionals/instanties wanneer en hoe lang betrokken zijn. De conclusie moet zijn dat de 'ruwe' E33 meldingen niet geschikt zijn om (zorg)beleid op te baseren.

Om sociaal, zorg en veiligheidsbeleid wel goed te kunnen onderbouwen is integratie van een aantal databronnen nodig. De huidige bronnen geven een scala aan informatie, vaak op wijk-, groep- of voorzieningenniveau. Die data past niet 1-op-1 op de individuele data van het operationele niveau: zie de figuur hieronder voor een aantal verschillen in de data – en voorbeelden van hoe de data er precies uit ziet.

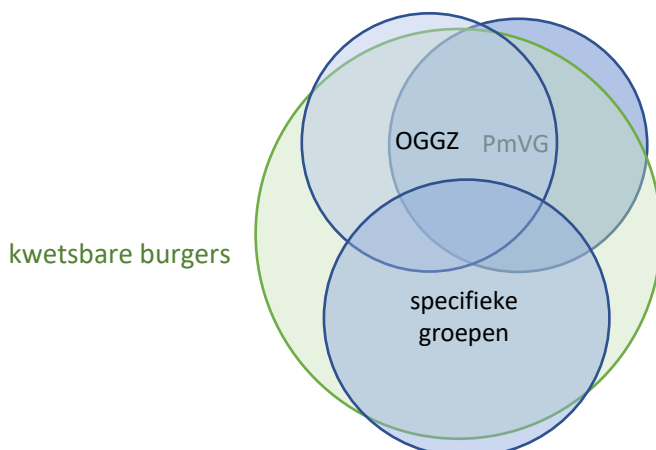
Figuur: verschillende databronnen en hun primaire functie en waarde



Het ontsluiten van collectieve data voor monitoring en beleid

Om data voor beleidsbeslissingen geschikt te maken zijn dus minimaal twee dingen nodig: vertalen van operationele individuele data naar groepsniveau en hernoemen van 'verward' naar categorieën die in huidige databases voorkomen. Aan beide voorwaarden is al eerder voldaan, namelijk bij het uitvoeren van de 'OGGZ-monitor'. Er bestaat in Nederland een lange traditie in het werken met het 'tellen' van de groep mensen die 'onder de OGGZ valt'. Daarbij ontstaan weliswaar dezelfde moeilijkheden omdat de term 'OGGZ' net zo'n verzamelterm als 'verward', waaronder zeker zoveel verschillende mensen schuil gaan. Echter, de OGGZ richt zich op mensen en de zogenoemde OGGZ-ladder maakt onderscheid in verschillende niveaus van kwetsbaarheid, waarbij gemeten wordt op niveau van de populatie en op niveau van instellingen waar mensen 'in beeld komen'[36]. Er bestaat dus al kennis over het indelen van situaties en mensen naar mate van risico, die zeker vanwege de verbreding van 'verward' naar 'kwetsbare groepen' (in de notitie van de staatssecretaris) noodzakelijker is te benutten.

Figuur: overlap groepen mensen in OGGZ, 'verward gedrag', specifieke groepen en 'kwetsbare burgers' (groen)



Het monitoren van 'kwetsbare groepen' of 'kwetsbare burgers' is niet eenvoudig. Het gaat potentieel om veel mensen, afhankelijk van de definitie, die lang niet allemaal even ernstig of langdurig kwetsbaar zijn. Specifieke groepen, zoals bijvoorbeeld mensen met een forensische titel, zijn makkelijker te onderscheiden en tellen dan brede groepen mensen onder termen als 'OGGZ' en 'verward', of nog breder 'kwetsbaar'.

Om het monitoren niet tot een arbeidsintensieve onhaalbare klus te maken is de doelstelling van monitoring is cruciaal: gaat het alleen om 'tellen', of ook om te weten wat er zou moeten gebeuren. En op welk niveau moet 'het' dan gebeuren: op niveau van individuen, doelgroepen of geografische gebieden (bv. wijken)? Er zijn nog meer valkuilen die in de OGGZ-literatuur meermaals benoemd en geadresseerd zijn. Momenteel wordt in verschillende gemeenten en GGD-en met monitoring van kwetsbare groepen gewerkt, waaronder in GGD Gelderland Zuid.

Vignet: OGGZ-monitor door GGD Gelderland Zuid

Bron: Ilse Kunst

Sinds enkele jaren geeft de GGD Gelderland-Zuid uitvoering aan een OGGZ-monitor in opdracht van centrumgemeente Nijmegen, voor de regio Gelderland-Zuid. Vanaf 1 januari 2019 bestaat deze regio uit de gemeenten Buren, Culemborg, Maasdriel, Neder-Betuwe, Tiel, West-Betuwe en West Maas en Waal, Zaltbommel (regio Rivierenland) en Berg en Dal, Beuningen, Druten, Heumen, Nijmegen en Wijchen (regio Rijk van Nijmegen).

De OGGZ-monitor dient ter ondersteuning bij het ontwikkelen van samenhangend OGGZ-beleid. Het draagt bij aan (bij)sturing op de beleidsuitvoering, het volgen van de invloed van beleidskeuze op de doelgroep, of bereikte resultaten voor de doelgroep in de praktijk. Veelal wordt deze informatievraag gesteld door de gemeenten vanuit hun verantwoordelijkheid voor de beleidsontwikkeling en inkoop van zorg inzake o.a. de WMO.

Praktijkonderzoek heeft duidelijk gemaakt wat voor partners in de uitvoeringspraktijk een zinvolle en haalbare functie van de OGGZ monitor kan zijn. Daarbij gaat het niet zozeer om monitoring van de eigen organisatie-'productie', immers daarvoor beschikken organisaties over hun eigen tools. Het draait vooral om het monitoren vanuit een netwerkperspectief, op het niveau van samenwerkingsverbanden, ten behoeve van de gezamenlijke maatschappelijke opdrachten waar deze partijen voor staan.

Een belangrijke conclusie uit dit onderzoek is, dat een OGGZ-monitor voor partners een zinvolle functie in de samenwerking heeft, wanneer deze ondersteunt bij:

- het ontwikkelen van een preventie-activiteitenpallet voor (kwetsbare) wijken/kernen,
- het sturen op de doelen m.b.t. instroom, doorstroom, uitstroom in de OGGZ-voorzieningen,
- het blootleggen van witte vlekken in het OGGZ-voorzieningenpallet,
- het blootleggen van patronen in zorggebruik met het oog op specifieke problematiek van de OGGZ-(risico)doelgroepen,
- het uitwerken van nieuwe samenwerkingsopdrachten, met het oog op specifiek zorggebruik door de OGGZ-(risico)doelgroepen over de domeinen heen,
- het ontwikkelen, toetsen en bijstellen van een gedeeld kwaliteitskader in de OGGZ-samenwerking,
- het blootleggen van knelpunten in de werkpraktijk ter facilitering van het intercollegiale gesprek,
- het structureel leren van teams/professionals op de werkvloer.

Niveau 3: historie en perspectief voor bredere duiding en anticipatie op toekomst

De recente geschiedenis leert dat de monitoring van kwetsbare groepen burgers, al dan niet geschaard onder de term 'OGGZ', fragiel is – Nederland heeft daarin een even lange als rommelige traditie. Er is nog nooit een landelijke dekking geweest van regionale monitors, en eenmaal uitgevoerde monitors worden vaak niet herhaald. Van een over tijd en plaats stabiele monitoring is dus geen sprake.

Tussen 2008 en 2011 zijn daartoe wel degelijk serieuze, landelijke beleidsinspanningen gedaan. Eind 2009 zijn standaardindicatoren voor negen risicogroepen OGGZ aangeleverd aan de (toenmalige) Inspectie voor de Gezondheidszorg. Hiervoor is veel ontwikkelwerk gedaan door de werkgroep Onderzoek & Registratie OGGZ, vakgroep Epidemiologie en de vakgroep OGGZ van GGD Nederland. In 2010 resulteerde dit werk in een rapport van de IGZ waarin voor de OGGZ acht risicogroepen en vijftien indicatoren waren opgenomen die landelijk met voldoende betrouwbaarheid te verzamelen waren. In die rapportage wordt aangekondigd dat in 2013-2014 deze indicatoren-set opnieuw beoordeeld en aangepast zal worden. Documentatie daarover is niet terug te vinden, wel publiceerde het RIVM in 2016 een rapport met de subtitel 'Ontwikkeling eerste proeve en selectie van indicatoren' waarin de term 'OGGZ' geheel niet voorkomt.

Los hiervan verschijnt in 2011 een rapport van de Gezondheidsraad over de vereiste kennisinfrastructuur voor de Nederlandse OGGZ onder de titel 'Broodnodig'[37]. Acht jaar later blijken zeer weinig van de daarin gedane aanbevelingen opgevolgd te zijn. Ondertussen veranderde er ook in de wet het nodige: de OGGZ als taak verdwijnt in 2007 uit de Wet Publieke Gezondheid en komt als 'taakveld' in de WMO 2007 – waardoor de OGGZ-taak formeel verhuist van GGD naar gemeente. In 2015 verdwijnt de OGGZ ook als taakveld uit de WMO 2015.

De kwetsbaarheid van doorlopende OGGZ-monitoring kan verklaard worden aan de hand van een paar typische 'OGGZ-kwesties':

- de 'OGGZ-doelgroep' is per definitie een groep die constant verandert van samenstelling, afhankelijk van o.a. maatschappelijke ontwikkelingen en het zorg/voorzieningenaanbod in de omgeving
- de 'OGGZ-doelgroep' is, nog los van bovenstaande, niet overal in Nederland hetzelfde: lokale of regionale sociale en geografische omstandigheden (bv. de mijnsluiting in Limburg, een groot overdekt winkelcentrum naast een groot treinstation Utrecht CS) bepalen deels de groep
- de 'OGGZ-doelgroep' laat zich maar moeilijk volgen, en ook de professionals die met deze groep werken zijn vaak beweeglijk en meer gericht op actie dan op registratie
- landelijke aansturing van de zeer diverse monitors is niet duidelijk belegd (in de recente geschiedenis komen de Inspectie, GGD Nederland, RIVM en academische werkplaatsen langs als mogelijke verzamelpunten, maar zonder duidelijk geregelde regie)

Hoewel de OGGZ-monitors vooral betekenis krijgen in de eigen regio (zie niveau 2), is het risico dat zonder landelijke coördinatie het vele, harde werk dat een monitor kost makkelijk verloren gaat. Een tweede risico is dat bij een incident of presentatie van politiecijfers er geen data bestaat over 'kwetsbare groepen' vanuit publiek gezondheidsperspectief. De maatschappelijke discussie beweegt dan vaak direct richting gevaar, repressie en nieuw (vaak kostbaar) beleid. In feite is dat met de 'verwarde personen'-kwestie ook gebeurt, ook al gaat die discussie over meer.

Vignet: een landelijke coördinator van OGGZ-monitoring

Inhoudelijke en procesmatige taken:

- kwaliteitsbewaking van data aangeleverd door de verschillende regio's
- organisatie en voorbereiding van bijeenkomsten van regionale projectleiders waarin ervaringen, kwesties en ideeën worden uitgewisseld
- doorontwikkelen van bestaande indicatoren of introduceren van mogelijke nieuwe
- verder analyseren van regionale data op landelijke niveau, gebruik makend van aanvullende informatiebronnen zoals CBS, SCP, RIVM, WODC en anderen

Regie en governance:

- communicatie met VWS
- lobby voor OGGZ-monitoring terug in de WPG – waardoor dataverzameling weer een wettelijke taak wordt
- dwingend opleggen van monitoring aan de regio's, die zelf weer op hun beurt lokale partners dwingen tot het aanleveren van data en het voeren van regelmatig overleg

Concluderend

Informatie over mensen met verward gedrag is nodig op drie niveaus: operationeel/lokaal, beleidsmatig/regionaal en anticiperend/landelijk. De lokale operationele monitoring van E33-meldingen kan en moet in samenwerking tussen ketenpartners georganiseerd worden. Een regionale monitoring van 'kwetsbare groepen'/'OGGZ-doelgroepen', ten behoeve van beleid en onderzoek, moet in samenwerking tussen gemeenten en GGD georganiseerd worden. Zonder heel veel extra moeite en met reeds bestaande kennis uit het recente verleden is het mogelijk een minimale dataset per regio te implementeren zodat een geaggregeerd landelijk beeld ontstaat. Voor dit beeld hoeft dus geen aanvullende data verzameld te worden, voor een analyse, duiding en toekomstperspectief is alleen een gerichte aanvulling met andere nationale databronnen nodig.

Hoofdstuk 6

Burgerkracht

Inleiding

Dit hoofdstuk valt in strikte zin buiten de scope van de opdracht maar wordt door veel betrokkenen zodanig belangrijk maar tegelijk onderbelicht gevonden, dat opname in deze rapportage toch noodzakelijk lijkt.

Door het vertrekpunt van de ‘verwarde personen’-kwestie (politie) en de koppeling aan (ernstige) incidenten is het onderwerp sterk in het licht van veiligheid en een professionele aanpak komen te staan. Daarmee is veel aandacht gegaan naar meldingen (waarvoor meldpunten zijn gekomen), incidenten door mensen met ernstige stoornissen (waarvoor beveiligde bedden zijn gekomen) en logistiek in de acute fase (waarvoor beoordelingskamers en vervoersdiensten zijn gekomen). Deze ‘harde’, instrumentele oplossingen hebben veruit de meeste aandacht gekregen van bestuurders, journalisten en beleidsmakers – sommigen beschouwen de ‘psycholance’ bijvoorbeeld als een oplossing voor ‘verwarde personen’-problematiek.

‘Zachte’ oplossingen die een preventieve werking zouden kunnen hebben, krijgen minder aandacht. Vaak gaat het om zaken als vaardigheden, attitudes en waarden die minder makkelijk over het voetlicht komen. In het ‘geweld’ van meldpunten, beveiligde bedden en psycholances is de burger vooral een consument van die professionele diensten, maar nauwelijks een actor in het omgaan met verward gedrag. In dit hoofdstuk komen een aantal principes en alternatieven langs die de rol van de burger in deze kwestie anders bezien en anders poging te ontwikkelen.

De institutionalisering van Nederland

In de afgelopen decennia hebben centrale en decentrale overheden heel vaak gepoogd om het beroep op professionele zorg, dat altijd maar stijgt, af te remmen – zonder succes. De groei van de gezondheidszorg is al tientallen jaren onstuimig, recente cijfers over jeugdzorg en sociale wijkteams laten zien dat ook in het sociale domein de vraag niet afneemt – integendeel. Kritiek op de helpende, en afhankelijk makende, professional is niet van vandaag of gisteren maar lijkt toch steeds meer verstomd – de professionele krachten zijn sterk en de druk op de overheid om goed voor haar burgers te zorgen groot.

De in de vorige hoofdstukken beschreven vraagstukken rond afstemming en samenwerking tonen aan dat er in ieder geval veel hulpverleners actief zijn in Nederland, en dat ieder zo zijn of haar eigen specialisme heeft dat makkelijk uitnodigt tot professionele territoriumdrift en herhaalde verwijzingen tussen professionals en hun organisaties. Het antwoord op dit soort afstemmingsvraagstukken is doorgaans dat professionals meer met elkaar moeten samenwerken – in de praktijk vaak neerkomend op het met elkaar overleggen over de samenwerking, of over concrete cliënten. Ook worden regelmatig functies voorgesteld die ervoor moeten zorgen dat verschillende hulpverleners niet langs elkaar heen werken – een professional die de vele hulpverleners in goede banen leidt.

In de afstemming tussen professionals en diensten, over verantwoordelijkheden, taken en bevoegdheden, gaat het geluid van de cliënt over wie het gaat, of van de burger die het aangaat, vaak verloren. Praktisch betekent dit dat de burger of cliënt weinig verantwoordelijkheid krijgt of hoeft te nemen, en dat allerlei dingen vlot (maar niet altijd even vakkundig) door professionals worden overgenomen. Het vertrouwen in professionals om allerlei problemen op te lossen is groot,

zo lijkt uit de grote vraag naar dergelijke hulp. Tegelijkertijd zijn Nederlanders kritisch over de hulpdiensten bij psychische en psychosociale problematiek, met name over de klantvriendelijkheid ervan. Maar paradoxaal genoeg wordt er weer snel en beschuldigend gewezen naar diezelfde diensten als er ergens iets mis gaat. Ofwel: de burger neemt ook een nogal consumerende houding ten aanzien van de professional.

Ondanks de vergaande specialisatie in allerlei specifieke stoornissen en behandelingen, en de nadruk op het belang van het vragen om professionele hulp bij problemen, is de helende kracht van veel professionals en organisaties toch teleurstellend. Een meldpunt voor verward gedrag is een mooi voorbeeld van het scheppen van hoge verwachtingen: de burger kan bellen naar een nummer, waarna professioneel actie ondernomen zal worden richting de gemelde verwarde persoon. De verantwoordelijkheid en betrokkenheid is daarmee bij de burger weggenomen en juist dat suggereert dat professionals iets zullen gaan doen dat burgers niet kunnen – namelijk de zaak oplossen met een professioneel instrumentarium. Dat instrumentarium bestaat echter nauwelijks, met uitzondering van de ultieme professionele interventie, namelijk het weghalen van iemand uit zijn of haar eigen omgeving en (gedwongen) intramuraal plaatsen.

Escalatie

Door de professionele focus op problemen, dreigen die problemen snel ‘zwaar’ benaderd te worden: buiten de context waarin ze zich voordoen, door mensen die persoon en situatie niet (goed) kennen, met een specifieke bril op die de problemen eerder lijkt te verergeren dan te verminderen. Deze professionele aandacht leidt makkelijk tot escalatie: iets dat ook met minder zware inzet of middelen had kunnen worden benaderd, wordt professioneel ‘geëscaleerd’. De huidige organisatie van zorg werkt die escalatie ongewild in de hand: de enerzijds ‘gewone’ wereld van de burger en de generalistische professional in en rond de wijk, en anderzijds de wereld van de instituties en de (hoog)gespecialiseerde zorgprofessionals. De verleiding om te gaan voor ‘het hoogst haalbare’ is groot: het gewone (een buurman of sociaal werker) is dan niet genoeg, alleen het beste (een psychiater, een uitgebreid diagnostisch onderzoek) is goed. In dat kader moeten we ook het vertrouwen zien in een opname in een intramurale instelling: dat wordt gezien als de meest intensieve vorm van zorg en behandeling (naast dat daarmee de persoon letterlijk van de straat is).

Het ‘gewoon doen’, het normaliseren, lijkt burgers en professionals steeds zwaarder te vallen: het is al snel niet genoeg. De burger denkt dat er meer aan de hand is, en wil een uitgebreider onderzoek of een meer doorgeleerde specialist. De professional denkt dat hij/zij tekort schiet met alleen maar generalistische, ‘common sense’-kennis en neigt snel naar een verwijzing hogerop in het hulpsysteem. Voor veel professionals is het gewoonte om bij eigen onmacht, onwetendheid of gebrek aan tijd voor een deugdelijke analyse te ‘escaleren’: naar een meer gespecialiseerde, intensievere vorm van hulp te verwijzen. En de burger accepteert dat, en accepteert soms zelf niet anders.

Burgerkracht

De escalatie van hulp lijkt haast oneindig, zowel op microniveau waar steeds meer mensen ‘verward’, afwijkend en anders zijn, als op macroniveau waar de budgetten steeds groeien. Is het tij van een steeds complexere en veeleisender samenleving nog te keren, anders dan door steeds meer mensen naar ‘de hulpverlening’ te sturen om aan zichzelf te sleutelen tot ze het weer ‘aankunnen’? Staat er tegenover het arsenaal aan latente en onontdekte vragen om hulp mogelijk ook een potentieel aan burgers die anderen kunnen helpen om weer grip op hun leven te krijgen? Op opvoedingssituaties, op relatieproblemen, op eenzaamheid, op materiele problemen? Zijn er ‘wijze mensen’ die ervoor kunnen zorgen dat kleine kwesties niet escaleren tot grote problemen? Maar ook ‘grote problemen’ weten te vertalen naar kleine veranderingen en stappen?

Binnen het kader van dit project heeft tweemaal een groepsbijeenkomst van betrokken burgers plaats gevonden, met zeer diverse achtergronden. Ze hebben gemeen dat ze denken dat de professionalisering te ver is doorgesloten en daarmee burgers te veel kracht ontnemt – zonder dat dit rechtstreeks te wijten is aan individuele professionals of burgers. De verhouding zoals die tussen burgers en professionals vaak bestaat op dit moment, ondersteunt burgers niet om hun eigen kracht te gebruiken. Hoewel het officieel beleid is om eerst op zoek te gaan naar de hulpbronnen van cliënt of systeem, slaagt die exercitie dat niet. Naar het idee van de hierboven genoemde groep ligt dat aan de wijze waarop de hulp is bedacht: niet om krachten te versterken, maar om hulpvragen af te houden en de mens zoveel mogelijk zelf te laten doen. Het alternatief is echter niet om alles dan maar voor de burger te gaan doen maar om te zoeken naar andere opties dan die van het individuele professionele hulpaanbod.

De zoektocht van deze groep is pas net begonnen en de uitkomst is onzeker. Toch is nu al duidelijk dat doorgaan op de route van individuele problemen, stoornissen, behandelmethodes en geslaagde 'reparaties' een heilloze en ziellose weg is.

Hoofdstuk 7

Conclusies en aanbevelingen

Vraagstelling en antwoorden

In deze rapportage werden de volgende vragen gesteld:

1) Algemeen

- waarom doet dit probleem ('verwarde personen') zich op dit moment, in deze mate en op deze manier voor?
- wat is behalve de toename van meldingen precies het probleem van professionals?
- welke professionals hebben er nog meer last van dan alleen politie, en welke niet?
- wie zijn voor politieprofessionals en andere professionals 'verwarde personen'?
 - in welke situaties komen politieprofessionals en andere professionals met hen terecht? waar lopen ze tegenaan, wat veroorzaakt of verergert het probleem?
 - In welke van deze situaties zijn zij handelingsverlegen?
 - hoe kan deze handelingsverlegenheid verklaard worden?

Verklaringen voor toename van meldingen

Een groot aantal verklaringen voor de toename van meldingen is beschreven. Sommige (enigszins) toetsbaar, andere nauwelijks. Hoewel niet één verklaring met kop en schouders boven de andere uitstijgt, is wel duidelijk dat de Nederlandse samenleving steeds meer een netwerksamenleving is met vele verbanden en verbindingen, die steeds meer via digitale routes en hulpmiddelen verlopen. Dat vraagt veel van burgers, en veel van professionals. Binnen het systeem wordt de onbegrijpelijkheid of complexiteit soms 'opgelost' door het aanstellen van 'regisseurs' of professionals die burgers moeten helpen hun weg door het woud van regels en regelingen te vinden. Van zeven genoemde verklaringen voor de toename van meldingen over verward gedrag staan daarom de maatschappelijke verklaringen bovenaan, gevolgd door bestuurlijke en zorginhoudelijke – die alle drie raken aan de hiervoor beschreven complexiteit van organisatie, regievoering en financiering. Verklaringen vanuit zorgaanbod, sociaaleconomische omstandigheden, perceptie en ziekte volgen als vierde, vijfde, zesde en zevende.

De oorzaak van de toename van meldingen en ervaren overlast ligt op verschillende niveaus:

- er zijn geen harde aanwijzingen voor meer mensen met langdurig verward gedrag, wel voor toegenomen sociale en financiële druk op potentieel kwetsbare burgers, en toegenomen problematiek in wonen en zorg voor een klein groep (zeer) kwetsbare burgers
- er zijn geen harde aanwijzingen voor afgenomen tolerantie bij burgers, wel voor makkelijker melden van overlast bij de politie, en voor hogere verwachtingen van instanties om de problemen op te lossen

De samenleving is steeds meer een netwerk van allerlei verbindingen waarvan de complexiteit sterk is toegenomen. Qua sociale vaardigheden wordt steeds meer gevraagd, wat niet iedereen lukt. Ondertussen is ook de zorg steeds minder op één locatie maar steeds meer als een netwerk georganiseerd, waardoor ook van professionals veel meer brede oriëntatie en samenwerking wordt gevraagd. Die samenwerking gaat niet vanzelf, vooral omdat professionals en organisaties nog veelal opgeleid, gesocialiseerd en georiënteerd zijn op de eigen 'silo'.

Verschillende groepen

De mensen die vaker (5 keer of meer) in beeld komen van politie zijn eigenlijk altijd bekenden met serieuze en multiproblematiek. Ofwel: het gaat minder vaak om mensen die ‘zomaar’ met de politie in aanraking gekomen dan gedacht, en ‘toeleiding’ naar zorg is dus mogelijk minder belangrijk dan het vinden van passende zorg, of het samenwerken rond iemand die zowel met zorg als politie te maken heeft en mogelijk zal blijven krijgen. Een tweede bevinding is dat de beoordelaars in ruim 54% van de meldingen vond dat de politie terecht was gereden. In ruim 11% vonden zij dat niet terecht, terwijl er in de resterende gevallen of niet gereden werd (en dus een andere aanpak gekozen werd) of de situatie niet goed te beoordelen was. Hier lijkt dus ruimte voor betere afstemming en samenwerking, vooral door ondersteuning zo dicht mogelijk op de melding te organiseren – in de 112-meldkamer.

Op basis van empirische gegevens en theoretische verklaringen komen we tot verschillende groepen mensen met verward gedrag. Velen zijn al bekend in de zorg maar dat is niet hetzelfde als het ook werkelijk zorg krijgen, intensieve zorg krijgen of positief effect ondervinden van zorg. Naast ‘zorg’ zijn voor de mensen die frequent in beeld komen vooral arrangementen nodig om te ‘leven’ – dat wil zeggen wonen, werken en vrije tijd besteden en met anderen zijn. Voor mensen die minder frequent in beeld komen lijkt de ‘verwarring’ tijdelijk of minder ernstig, en kan mogelijk verminderd worden door eenvoudiger zaken als een de-escalierend telefoontje of gesprek.

Voor de frequent in beeld komende groep mensen lijken de veranderingen in maatschappij, bestuur, zorginhoud en zorgaanbod het meeste effect te hebben. Zij hebben moeite met het netwerkarakter van samenleving en zorg, en de professionals die met hen werken hebben die moeite ook. De afbouw van bedden heeft op deze groep waarschijnlijk wel degelijk een effect dat verder reikt dan alleen verandering van de plek waar zorg geboden wordt.

Ambulantisering

De ambulantisering is, in cijfers en gedefinieerd als alleen de beddenreductie grotendeels geslaagd, al is die niet gepaard gaan met de verwachte besparingen. Ook is er in cijfers nauwelijks verband tussen de beddenreductie en de ‘verwarde personen’-meldingen. Maar deze cijfers zeggen niet alles: de beddenreductie is op verschillende manieren merkbaar en voelbaar in de zorg, bij andere publieke professionals en in de samenleving. En de ambulantisering, gedefinieerd als een duurzame overgang van zorg in ziekenhuizen en grote GGZ-instellingen naar leven in de wijk en meedoen in de samenleving, is simpelweg niet geslaagd.

Daarop valt af te dingen dat de ‘ambulantisering’ nog helemaal niet van start is gegaan, in de zin van een echte beweging van een zorgsector naar samenleving. Of dat kan is natuurlijk ook zeer de vraag maar zeker is dat aan een aantal basisvoorwaarden niet is voldaan. In de benadering van psychische problematiek door burgers, professionals en bestuurders zal iets moeten veranderen.

Heel concreet vraagt een geslaagde ambulantisering om meer alternatieve woonvormen, meer varianten van dagbesteding, meer consultatie aan naasten, burgers en professionals (buiten de GGZ) door GGZ-professionals en meer ondersteuning voor laagdrempelige initiatieven van en door betrokken burgers. De top-down beddenreductie behoeft bijstelling.

2) Scholing

- In welke mate kan scholing helpen om handelingsverlegenheid te verminderen?
- Welke scholing zou dit kunnen zijn?
- Op welke manier kan deze scholing geboden worden?

Uit voorgaande hoofdstukken is duidelijk geworden dat de ‘verwarde personen’-kwestie vele oorzaken kent, waaronder die van de complexe, netwerkachtige wijze waarop de samenleving maar ook sociale voorzieningen en de zorg zijn georganiseerd. Voor professionals lijkt het probleem van ‘verwarde personen’ eerder een afstemmingsprobleem dan een kennisprobleem. Dit afstemmingsprobleem heeft verschillende kanten: persoonlijke (sociale) vaardigheden kunnen tekort schieten, het inlevingsvermogen in de ander kan beperkt zijn of de onderhandelingsvaardigheden zijn beperkt. Daarnaast zijn er organisatorische en culturele elementen aan het afstemmingsprobleem. Een van de grootste afstemmingsproblemen, gegevensdeling, komt in het volgende intermezzo aan bod.

Qua scholing lijkt klassieke kennisoverdracht over ‘verward gedrag’ maar beperkt geschikt: deze verhoudt zich moeizaam tot de diverse praktijk, mist een vaardigheidscomponent en doet weinig met de netwerkstructuur van zorg en veiligheid. Andere vormen zoals daadwerkelijk samen werken, elkaar consulteren of op andere wijze inschakelen lijken het meest werkzaam. Als deze vormen organisatorisch niet gerealiseerd zijn, resten vormen van leren die minder met ‘het actuele werk’ te maken hebben maar alleen gaan over samen evalueren, samen leren of samen collegiaal iets doen.

Een effectievere omgang met gegevensdeling vraagt om een benadering op meerdere fronten: de individuele professional, de organisaties waaronder professionals op enige manier ‘vallen’ (zowel zorginstellingen, gemeenten, beroepsorganisaties als tuchtcolleges), als specifieke wetgeving voor complexe situaties. Ook hier zijn de meer netwerkachtige vormen van leren het meest passend, al kan daarbij niet volstaan worden met alleen professionals van de werkvloer. Functionarissen die in zorginstellingen, gemeenten, beroepsorganisaties en tuchtcolleges cultuurbepalend zijn, komen doorgaans zelf zelden of nooit in de situaties terecht die zij voor hun collega’s scherp afbakenen. Rapporten zoals die helaas met enige regelmaat verschijnen over situaties en incidenten waarin weinig of geen informatie effectief werd gedeeld kunnen daarbij helpen.

3) Monitoring

- In welke mate is er met huidige data zicht (te krijgen) op wie ‘verwarde personen’ zijn en wat hun problematiek is?
- In welke mate is het haalbaar/zinvol om de groep ‘verwarde personen’ te monitoren met bestaande of nieuwe registraties?
- Welke monitoring zou dit moeten zijn?
- Op welke manier kan deze monitoring georganiseerd worden?

Informatie over mensen met verward gedrag is nodig op drie niveaus: operationeel/lokaal, beleidsmatig/regionaal en anticiperend/landelijk. De lokale operationele monitoring van E33-meldingen kan en moet in samenwerking tussen ketenpartners georganiseerd worden. Een regionale van ‘kwetsbare groepen’/‘OGGZ-doelgroepen’, ten behoeve van beleid en onderzoek, moet in samenwerking tussen gemeente en GGD georganiseerd worden. Zonder heel veel extra moeite en met reeds bestaande kennis uit het recente verleden is het mogelijk een minimale dataset per regio te implementeren zodat een geaggregeerd landelijk beeld ontstaat. Voor dit beeld hoeft dus geen aanvullende data verzameld te worden, voor een analyse, duiding en toekomstperspectief is alleen een gerichte analyse en aanvulling met andere nationale databronnen nodig.

Aanbevelingen

- erken het complexe netwerkkarakter van de huidige samenleving en de daarin georganiseerde zorg, en de onmogelijkheid voor sommige mensen om daarin te functioneren zonder overlast te veroorzaken
- stimuleer interprofessioneel samen werken en leren op werkvloer-niveau boven losstaande interventies door één organisatie, of samenwerkingsbijeenkomsten van grote bestuurlijke consortia
- faciliteer enkele regionale, interprofessionele werkplaatsen (zie cases voor voorbeelden) langerdurend, onder strakke (regionale en landelijke) regie en laat de succes- en faalfactoren beschrijven door een onafhankelijke onderzoeksgroep
- faciliteer en verplicht de 25 regionale GGD-en tot het coördineren en uitvoeren van een regionale OGGZ-monitor, met een verplichte minimale dataset voor landelijke aggregatie van regionale data
- stimuleer en faciliteer een denk/doetank 'burgerkracht', bestaand uit ongebonden burgers, ervaringsdeskundigen, professionals en anderen in het ontwikkelen van alternatieven voor de huidige professionalisering van onbegrepen gedrag, met minimale middelen en minimale verantwoording

In het verlengde hiervan, doch deels buiten de scope van deze rapportage, aanbevelingen ten aanzien van regie

- verstevig de bestuurlijke regie op partijen rond 'verwarde personen':
 - maak duidelijk dat de gemeente de regie heeft in de operationele opvolging en zorg, preventie en signalering
 - faciliteer deze regierol met mandaat, ook om semipublieke instellingen aan te spreken op hun functioneren
 - maak duidelijk dat de GGD de regionale regie heeft over monitoring
 - faciliteer deze regierol met mandaat, veranker deze taak wettelijk, ook om semipublieke instellingen aan te spreken op hun datalevering
 - denk na over welke (regie)rol de centrale overheid (VWS) wil nemen
- stimuleer, faciliteer en verplicht regionale partners daadwerkelijk samen te komen en samen te werken, en verbind daaraan consequenties wanneer dit niet gebeurt

Referenties

1. Abraham M, Nauta O. Politie en 'verwarde personen'. Amsterdam; 2014.
2. Koekkoek B. De toename van 'verwarde personen'-meldingen: kwantitatieve analyse van een openbare orde en public health-probleem. Tijdschr voor gezondheidswetenschappen. 2017;95:264–72.
3. Infopolitie: Vraag en Antwoord [Internet]. 2005. [cited 2019 May 28]. Available from: <https://forum.infopolitie.nl/viewtopic.php?t=17557>
4. FOMAT: Forensische Medische Achtergronden en Thematiek [Internet]. 2015 [cited 2019 May 28]. Available from: <http://www.fomat.nl/ms-opvangOGGZ.html>
5. Aanjaagteam Verwarde Personen. Doorpakken! Eindrapportage Aanjaagteam Verwarde Personen. Den Haag; 2016.
6. Aanjaagteam Verwarde Personen. Negen bouwstenen [Internet]. 2016 [cited 2019 May 29]. Available from: <http://www.magazine-on-the-spot.nl/doorpakken/3-negen-bouwstenen.html>
7. Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport. Vervolg op het Schakelteam personen met verward gedrag. Den Haag; 2018.
8. Poels, M. Onderzoeksrapport Bemoeizorgketen voor personen met verward gedrag in Flevoland. Almere; 2019 [verwacht juli 2019]
9. Schipper K. Mensen met een verstandelijke beperking. Ned Tijdschr Geneesk. 2014;160:B1105.
10. Movisie. Sociale (wijk)teams opnieuw uitgelicht. 2018.
11. Landelijk Netwerk Acute Zorg. Gezamenlijk acute zorgketens vormgeven [Internet]. 2018. [cited 2019 May 29]. Available from: <https://www.lnaz.nl/>
12. GGZ Nederland. Regio indelingen acute GGZ [Internet]. 2018 [cited 2019 May 29]. Available from: <https://www.ggz-connect.nl/bericht/10977/regio-indelingen-acute-ggz>
13. VNG. Maatschappelijke opvang en verslavingsbeleid [Internet]. 2010 [cited 2019 May 29]. Available from: <https://vng.nl/onderwerpenindex/jeugd/maatschappelijke-opvang-en-verslavingsbeleid>
14. Koornstra A, Stom C. Publieke gezondheid borgen. Een eerste inzicht in de staat van de GGD'en. Utrecht; 2016.
15. Wilkinson RG, Pickett K. The inner level: how more equal societies reduce stress, restore sanity and improve everybody's wellbeing. London: Penguin Books; 2018.
16. Roex KLA. Inkomensongelijkheid en de stijging in 'verward gedrag'. Mens en Maatsch. 2018;93:139–62.
17. Centraal Bureau voor de Statistiek. Veiligheidsmonitor 2015. Den Haag; 2016.
18. de Wit N, van Straaten B. Verward of verwarrend? Een verdiepend onderzoek naar personen met verward gedrag in de regio Rotterdam-Rijnmond en Zuid-Holland Zuid. Den Haag; 2018.
19. Ebenau E, Otten D. Kenmerken van personen met verward gedrag die geregistreerd zijn bij de politie, 2015-2016 [Internet]. Den Haag; 2018 [cited 2019 May 29]. Available from: <https://www.cbs.nl/nl-nl/maatwerk/2018/26/personen-met-verward-gedrag-bij-de-politie-2015-2016>
20. Slabbekoorn JL, Tomor Z, Zoeteman JB. Overlast door verwarde personen in Amsterdam in landelijk perspectief. Amsterdam; 2015.
21. Zoeteman BCJ, Paenen S. Op zoek naar mogelijke oorzaken van het stijgend aantal verwarde personen in Amsterdam en Nederland. Tilburg; 2019.
22. RIVM. Van meldingen naar personen: politieregistratie van verward gedrag nader bekeken. Bilthoven; 2018.
23. Adolfsen E. Rapportage Stuurgroep Veiligheidshuis (interne publicatie). Apeldoorn; 2016.
24. Koekkoek B. Verward in Nederland. Hoe we omgaan met mensen met een psychische stoornis. Houten: LannooCampus; 2017.
25. Wennink J, Bransen M, van Wijngaarden B. Een keten van lege zondagen: tekorten in de zorg voor langdurig zorgafhankelijke patiënten in het APZ, vergeleken met een standaard. Utrecht: GGZ

Nederland; 2001.

26. Politie. Aantal incidenten personen met verward gedrag blijft stijgen [Internet]. 2019. [cited 2019 May 29]. Available from: <https://www.politie.nl/nieuws/2019/februari/21/00-cijfers-personen-met-verward-gedrag.html>

27. Aedes. Corporatiemonitor Verwarde Personen. Den Haag; 2015.

28. Aedes. Corporatiemonitor Personen met verward gedrag. Den Haag; 2017.

29. NIVEL. Aantal contacten van mensen met verward gedrag met de huisartsenpost blijft gelijk [Internet]. 2018 [cited 2019 May 29]. Available from: <https://www.nivel.nl/nl/nieuws/aantal-contacten-van-mensen-met-verward-gedrag-met-de-huisartsenpost-blijft-gelijk>

30. van Everdingen C. Verwarde mensen op straat. De uitkomsten van een beeldvormend onderzoek onder dak- en thuislozen in de laagdrempelige opvang in twee grote steden. Sittard; 2015.

31. Koekkoek B, Zwaal J, van 't Hoff J, Jansen M, Westerhof N. Stevige structurele begeleiding. Tijdschr voor Soc Vraagstukken. 2019;2019:46–9.

32. Raad voor de Samenleving. Omgaan met beroepsgeheim en bescherming persoonsgegevens. Den Haag; 2017.

33. Autoriteit Persoonsgegevens. Zorgverleners en de AVG [Internet]. 2018 [cited 2019 May 29]. Available from: <https://autoriteitpersoonsgegevens.nl/nl/onderwerpen/gezondheid/zorgverleners-en-de-avg#hoe-verhoudt-de-avg-zich-tot-het-beroepsgeheim-en-de-wgbo-6167>

34. Onderzoeksraad voor Veiligheid. Forensische zorg en veiligheid Forensische zorg en veiligheid Lessen uit de casus Michael P. Den Haag; 2019.

35. GGNet, Veiligheidshuis NOG. Personen met verward gedrag. Hoe het Veiligheidshuis kan bijdragen aan de aanpak van complexe en risicovolle casuïstiek. Warnsveld; 2018.

36. van den Brink C, Smulders G, Wolf J, van Oers H, van de Goor I. Monitor sociaal kwetsbare groepen. Tilburg; 2015.

37. Gezondheidsraad. Broodnodig. De ontwikkeling van kennis voor de openbare geestelijke gezondheidszorg. Den Haag; 2011.

Bijlage 1**Afkortingen/acroniemen/termen**

AVG	Actieprogramma Verward Gedrag
AVG	Algemene Verordening Gegevensbescherming
BOPZ	Bijzonder Opname Psychiatrische Ziekenhuizen
CBS	Centraal Bureau voor de Statistiek
E33	registratiecode politie voor 'overlast door een persoon met verward gedrag'
GGD	Gemeentelijke Gezondheids Dienst
GGZ	Geestelijke Gezondheidszorg
OGGZ	Openbare Geestelijke Gezondheidszorg
PmVG	Personen met verward gedrag
RIVM	Rijkinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
RM	Rechtelijke Machtiging
VH	Veiligheidshuis
VLOT	Verbindend Landelijk Ondersteunings Team
VNG	Vereniging Nederlandse Gemeenten
VWS	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
WGBO	Wet op de Geneeskundige Behandelovereenkomst
WMO	Wet Maatschappelijke Ondersteuning
Zvw	Zorgverzekeringswet

Bijlage 2

Methodologische overwegingen

Kennistheoretische plaatsbepaling en uitgangspunten

Het behalen van de geformuleerde doelstellingen en beantwoorden van de vraagstelling vroeg om een afwijkende aanpak, en wel om de volgende redenen:

- de wetenschappelijke literatuur voorziet niet in pasklare antwoorden, oorzaken en oplossingen (al zijn 'wicked' problemen als deze wel vaker beschreven)
- de wetenschappelijke wijze van kwantificeren van de omvang van het probleem is tot nog toe ineffectief geweest (al heeft de huidige manieren van meten zeker aanknopingspunten)
- het organisatorisch bij elkaar brengen van stakeholders van verschillende instituties heeft nog onvoldoende effect gehad (al zal het gezamenlijk verantwoordelijkheid nemen toch de route zijn)
- het praktisch, op de professionele werkvloer pogen op te lossen van concrete problemen stuit op ernstige systemische belemmeringen (al is de werkvloer uiteindelijk de enige plek waar dit probleem werkelijk aangepakt kan worden)
- het betrekken van mensen met verward gedrag en hun naasten stuit snel op een mismatch van individuele ervaringen en algemeen geldige aanbevelingen (al zijn ervaringsdeskundigen onmisbaar vanwege de moeite met aansluiten die professionals en instituties vaak hebben)

Om een volgende stap in de analyse en richting de oplossing te kunnen maken zijn i.i.g. de volgende invalshoeken noodzakelijk:

- ervaringskennis:
 - die beschrijft en analyseert hoe professionals en systemen kunnen leren wat werkelijk nodig is in situaties van mensen die in die situatie(s) leven
 - die beschrijft en analyseert hoe individuen en groepen die niet profiteren van de huidige systeemorganisatie, daar wel meer aan kunnen hebben
- professionele kennis:
 - die beschrijft en analyseert waarom handelen in concrete situaties vaak niet lukt en welke belemmeringen daarvan de oorzaak zijn
 - die beschrijft en analyseert wat maakt dat professionals moeite hebben met het nemen van verantwoordelijkheid en regie en het betrokken blijven bij lastige situaties
 - die beschrijft en analyseert hoe kennis en informatie van buiten de kring van bekende 'professionals' daadwerkelijk gevraagd en gebruikt wordt
- wetenschappelijke kennis:
 - die sociale fenomenen verklaart, vanuit een breder perspectief dan alleen dat van gezondheid of veiligheid
 - die richting geeft aan dataverzameling in de samenleving, via inclusievere methoden dan alleen enquêtes en bestaande databases
 - die handvatten biedt voor samenwerking in complexe systemen waarin regie en verantwoordelijkheid vaak onduidelijk of veranderlijk zijn

Het moge duidelijk zijn dat al deze invalshoeken niet in één persoon of organisatie te combineren zijn, dus deze verkenning zal een team-inspanning worden. De kracht van de aanvrager/projectleider zit in het beschikken over het benodigde netwerk en het ontsluiten, wegen en integreren van deze verschillende perspectieven.

Vermenging van inhoud en betrekking

In de afgelopen jaren is reeds duidelijk geworden dat in deze kwestie inhoud en betrekking niet los van elkaar kunnen worden gezien. Inhoudelijke opvattingen over de primaire taken van publieke diensten, zoals verwoord door bijvoorbeeld burgemeesters, GGZ-bestuurders en politiechefs, raken aan organisatorische of financiële belangen. Regelmatig blijkt dat een betrokkene zich voor het grote publiek anders uitspreekt over deze kwesties dan in een kleine groep of één-op-één. Dat heeft consequenties voor de betekenis of waarde die aan uitspraken van betrokkenen kan worden toegekend: die verschilt namelijk per context, en de ene uitspraak kan verwijzen naar een wenselijke (maar onhaalbare) situaties, en de andere uitspraak naar een realistische (maar onwenselijke) situatie.

Deze constatering heeft gevolgen voor de methode van kennisverwerving: uitspraken van bestuurders over hoe het gaat in een bepaald deel van de samenleving of hun eigen organisatie kunnen afwijken van de uitspraken van mensen in de frontlinie. We kunnen van geen van beide zonder meer aannemen dat ze 'waar' of 'onwaar' zijn – daarvoor is de werkelijkheid vaak te variabel en diffuus. Het stelt hoge eisen aan de onderzoekers om te komen tot bevindingen die nuttig zijn, en niet één alom geldige waarheid pretenderen, maar ook niet een 'alles is altijd anders'-verhaal worden. Intersubjectiviteit is het hoogst haalbare, en daarvoor zijn vele verschillende perspectieven op verschillende niveaus noodzakelijk. Het is aan de onderzoekers om waar nodig steeds aan te geven in welke context deze bevindingen geldig zijn, en in welke mate ze op inhoudelijk of op betrekkingniveau liggen.

De persoon van de onderzoeker

De hoofdonderzoeker (BK) is in bovengenoemd krachtenveld reeds partij. Hij werkt deels bij een specialistische zorgorganisatie, is opgeleid als zorgprofessional en onderzoeker en heeft een mening over een aantal elementen in de 'verwarde personen'-kwestie. Onder deze mening liggen bepaalde waarden en aannames over hoe problematiek ontstaat en mogelijk zou kunnen worden benaderd.

De tweede onderzoeker was Carina Stigter, MSc Integrated Care en sociaal psychiatrisch verpleegkundige, werkzaam bij een hogeschool en een specialistische zorgorganisatie. Ruime ervaring in de (acute) GGZ en al jaren geïnteresseerd in en actief rond (problemen in) de samenwerking tussen GGZ en ketenpartners en in het bijzonder. Er is tussen beiden intensief samengewerkt (in de beginfase wekelijkse ontmoeting, later minder frequent).

Methode van informatie/dataverzameling

- interviews: individuele gesprekken met stakeholders over een specifiek onderdeel van de kwestie, en/of de kwestie in de breedte
- gesprekken en participerende observatie: meelopen van een of beide onderzoekers in een specifiek onderdeel/schakel van het netwerk van instanties die met 'verwarde personen' te maken krijgen
- informele groepsdiscussies: uitwisseling tijdens trainingen, workshops, lezingen en discussies in specifieke instellingen of tijdens brede congressen
- literatuur

Proces van onderzoek

Gedurende het gehele onderzoek zijn deelresultaten mondeling en/of schriftelijk voorgelegd aan een klein aantal dichtbetrokkenen: een senior-ervaringsdeskundige, een teamchef en operationeel specialist (beiden bij politie), een APH-triagist, twee GGD-beleidsmedewerkers en twee sociaal werkers.

De concept versie van deze rapportage is aan 26 geïnterviewde verzonden, van 17 van hen werd gedetailleerd commentaar ontvangen, van 4 kort commentaar en van 5 geen commentaar (steeds vanwege tijdgebrek).

Bijlage 3**Geïnterviewden, geraadpleegde personen en andere betrokkenen****Geïnterviewden**

Naam	Plaats	Rol	Gesproken
Wilma Meere	Enschede	Innovator/projectleider, bureau Wilma Meere projecten	meermaals
Marc Rakers	Cockengen	Auteur/innovator, Stichting Eropaf	meermaals
Jaap van Weeghel	Utrecht	Onderzoeker/hogleraar, Phrenos/Tranzo	24/9/18
Karlijn Roex	Amsterdam	Onderzoeker/sociologe, 113Online	meermaals
Gerard Lohuis	Groningen	SPV in OGGZ/docent, BuurtzorgT/Hanze Hogeschool	2/10/18
Eddy Adolfsen	Achterhoek	Beleidsmedewerker, GGNet	25/3/19
Gert Schout	Groningen	Onderzoeker o.a. OGGZ, VuMC/RUG	27/11/18
Jeroen Zwaal	Arnhem	Ervaringsdeskundige, bureau Verbeelding van kracht	meermaals
Peter Pierik	Enschede (?)	Ervaringsdeskundige, Mediant/10inTwente/	18/10/18
Addi van Bergen	Gouda	Epidemiologe GGD Hollands Midden	12/3/19
Mia Peters	Arnhem	Woonconsulent, Volkshuisvesting	30/10/18
Ilse Kunst	Nijmegen	Projectleider verward gedrag/OGGZ-monitor, GGD Gelderland Zuid	meermaals
Jolanda van Boven	Arnhem	Juriste, kantoor van Boven	meermaals
Lee Ann Chan, Lieselotte Zengerink Kees-Jan Schutte	Amersfoort	Medewerkers woningcorporatie Portaal	10/12/18
Gerben Helleman	Den Haag	Beleidsmedewerker woningcorporatie Haag Wonen	10/12/18
Gideon Zandstra	Arnhem	Operationeel expert, politie Eenheid Oost Nederland	meermaals
Ellen Tromp	Utrecht	Epidemiologe, GGD Utrecht	1/10
Mirjam Polak	Utrecht	Beleidsmedewerker OGGZ, GGD Utrecht	1/10
Herman van Haarlem	Oost Nederland	Teamchef, politie Eenheid Oost Nederland	meermaals
Remco de Winter	Den Haag	Psychiater acute zorg, OVP/crisisdienst, Parnassia	25/6/18

Jos Leenders	Arnhem	Medewerker/programmahoofd crisisdienst, Pro Persona Arnhem	meermaals
Sibrand Hofstra	Zwolle	Ervaringsdeskundige, RIBW	meermaals
Hans van Eeken	Veenendaal	Ervaringsdeskundig, eigen bureau	meermaals
Koos Jansen	Zeist	Burgemeester gemeente Zeist	meermaals
Pauline Meurs	Bilthoven	Hoogleraar/medewerker Onderzoeksraad voor de Veiligheid, EUR	
Marleen van der Lugt	Deventer	Wijkagent, Politie Oost Nederland	meermaals
Michel Planije	Utrecht	Onderzoeker (voorheen Monitor G4), Trimbos Instituut	
Anneriek Risseeuw	Groningen	familie ervaringsdeskundige	
Aart Fokkema	Amsterdam	familie ervaringsdeskundige, pensioen	
Martijn Kole	Utrecht	Ervaringsdeskundig adviseur, Lister	13/11
Jacquo van Remmen	Arnhem	Forensisch arts, GGD Gelderland Midden	14/11
Alain Kool	Arnhem	Projectleider meldkamer, GGD Gelderland Midden	meermaals
Gijs Roelofsen Marjolein Poels	Almere	Projectleiders/onderzoekers, GGD Flevoland	meermaals
Hans Spekman	Utrecht	Voormalig wethouder Utrecht	15/3/19
Norbert Wijnhofen	Nijmegen	Sociaal team Nijmegen	16/5/19
Rolf van Til	Nijmegen	Sociaal team Nijmegen	24/5/19
Thijs Honig	Den Bosch	Adviseur BW Den Bosch	19/2/19
Jan Krol	Arnhem	Crisisdienst & meldkamer, Pro Persona Arnhem	meermaals
Rinus Otte	Den Haag	OM Centraal Parket	5/4/19
Stefan van Vreedendaal Evelien Meijerink	Maastricht	Beleidsmedewerkers sociaal domein, gemeente Maastricht	10/5/19
Léon Sonnenschein	De Haag	Projectleider/innovator gegevensdeling, eigen bureau	22/5/19

Congresbezoek met GGD/GGZ/politie-delegatie

Pieter Jaap Aalbersberg	Amsterdam	Toenmalig politiechef eenheid Amsterdam	meermaals
Henk van Dijk	Rotterdam	Voorzitter platform PmVG	
Jeroen Zoeteman	Amsterdam	Psychiater Crisisdienst	
Wendy Dorrestijn	Apeldoorn	Teamchef politie/promovenda	
Sarah Voss	Vught	Wijk-GGD'er	
Esther Pullen	Vught	Wijk-GGD'er	

Joris van 't Hoff	Oost Nederland	Operationeel specialist eenheid Oost Nederland, lid platform PmVG	
Brenda van Middelkoop	Vught	Wijkagente eenheid oost Brabant	
Claire Morssink	Amsterdam	GGD Amsterdam	
Auke van Dijk	Amsterdam	Onderzoeker politie eenheid Amsterdam	
Jurrien Zondervan	Noord Holland	Operationeel specialist eenheid, lid platform PmVG	
Matty de Wit	Amsterdam	Epidemiologe GGD Amsterdam	
Michael Willemsen	Amsterdam	SPV GGD Amsterdam	

Groepsgesprekken 'burgerschap'

Peter van Zanten	Noord Brabant	Opbouwwerker	Maart en mei 19
Marcello van de Anker	Zuid Limburg	Ervaringsdeskundige	
Susanne Boers	Utrecht	Arts jeugdgezondheidszorg	
Marcel Niezen	Assen	Ervaringsdeskundige	
Petra van der Horst	Overijssel	Eigen bureau	
Hannie Boumans	Amsterdam	Familie-ervaringsdeskundige	
Bert Buis	Rotterdam	Sociaal team Rotterdam	
Annica Brummel	Nijmegen	Onderzoeker HAN SOCIAAL	
René Bakker	Drenthe	GGZ verpleegkundig specialist	
Ferenc Koolen	Boekel	Verbinder ouderenzorg	
Bart Reinders	Rotterdam	Sociaal team Rotterdam	
Johan de Vries	Amsterdam	Ambtenaar zorg gemeente Amsterdam	
Karin	Oude Pekela	ervaringsdeskundige	

Gesprekken en participerende observatie

Marlieke de Jonge Rogier Hoenders Eylard Haijer	Groningen	Ervaringsdeskundige, psychiater, teamleider Lentis GGZ	20/5/19
Ardie Gijsbers Rob van Straten Yva Geluk	Breda	Medewerkers basisteam Markdal, politie eenheid Zeeland/West-Brabant	15/10/18
Frank van Riet	Rotterdam	Beleidsmedewerker, Politie eenheid Rotterdam	31/10/19 25/02/19
Hans Slijpen Jasper Tips Tom Peters Martin Goossens	Utrecht en Flevoland	Medewerkers Politie Midden Nederland	10/04/19

Christa van Rossum Sanne Wullems	Utrecht	Medewerkers, Gebiedsteam Utrecht Zuid	17/10/18
Jolanda Snapper	Utrecht	Medewerker U Centraal, extreme woonoverlast, Utrecht	31/10/18
Jim Ligthart	Alkmaar	Gemeente Alkmaar	7/11/18
Rob Schouten	Alkmaar	GGD Alkmaar	13/12/18
Elsbeth Spoor Marie José Spithoven	Utrecht	De Tussenvoorziening (maatschappelijke opvang) Utrecht	14/11/18
Martine Wijnen	Utrecht	Afdeling Volksgezondheid, Utrecht	21/11/18
Peter van Dalen	Apeldoorn	Sociaal wijkteam Apeldoorn	28/11/18
Allerlei professionals uit de regio (> 10 deelnemers)	Lopik	Gemeente Lopik	05/02/19
Moniek te Stroete Anja Slootweg	Utrecht	OGGZ team Utrecht	08/03/19
Vakgroep OGGZ GGD Nederland (>10 deelnemers)	Utrecht	GGD GHOR NL	12/11/18
Medewerkers 112- meldkamer	Arnhem	Medewerkers meldkamer Arnhem, GGD Gelderland Midden/VGGM	meerdere diensten
Moniek te Stroete	Utrecht	Daklozenteam Utrecht	23/1/19
Platform PmVG	Leusden	Platform PmVG	13/11/18
Peter van de Berg Alain Kool	Arnhem	Medewerkers meldkamer Arnhem, GGD Gelderland Midden/VGGM	19/11/18
Jacques van Damme, Joris van t Hoff Hans Slijpen Jules Thielens	Utrecht	Betrokkenen onderwijs politie en politieacademie	14/12/18
Ontwikkelteam GGZ in de Wijk	Nijmegen		19/3/19
Wendy Kemper Johan Andree Jeanne Derks	Nijmegen	Zorgalliantie, in het bijzonder welzijnsorganisaties	21/5/19

Bijeenkomsten/discussies

Naam	Plaats	Aanwezigen	Datum
GGZ Breburg implementatie IHT/netwerkpartners	Tilburg	>50 deelnemers, gesproken met crisisdienstmedewerkers, wijkagenten en ervaringsdeskundigen	20/9/18

Burgemeestersprogramma <i>voorbereiding</i> scholingsprogramma 'verward gedrag'	Utrecht Zeist	Koos Jansen, burgemeester Zeist Yno Hoekstra, gemeentesecretaris Zeist	September 18
Burgemeestersprogramma <i>uitvoering</i> scholingsprogramma 'verward gedrag'	Garderen	>15 burgemeesters	27/9/18
Lezing GGD Kennemerland Samenwerking GGD/GGZ/politie/sociale team/ambulance	Bennebroek,	>30 deelnemers, gesproken met ervaringsdeskundigen en sociaal teamleden	27/9/18
Slotcongres Schakelteam	Amersfoort	>150 deelnemers	27/9/18
Lezing GGD Gelderland Noord	Warnsveld	>30 deelnemers	8/10/18
Onderzoeksagenda Nationale Politie	Apeldoorn	>100 deelnemers, gesproken met korp sleiding en onderzoekers	16/10/18
Lezing klachtfunctionarissen Politie	Tiel	>150 deelnemers, gesproken met wijkagenten en klachtfunctionarissen	7/11/18
Lezing GGD Amsterdam	Amsterdam	>40 deelnemers, gesproken met psychiater en onderzoekers	27/11/18
Lezing stichting Veens, netwerk Veenendaal, voorbereiding	Veenendaal	Dorine Ottevanger Pieter de Vries	7/2/19
Lezing stichting Veens, netwerk Veenendaal, uitvoering	Veenendaal	>50 deelnemers, gesproken met vrijwilligers	18/1/19
Lezing slotbijeenkomst TieninTwente	Nijverdal	>50 deelnemers, gesproken met politiemedewerkers	4/2/19
Dagvoorzitter Studiedag Medilex	Amersfoort	>50 deelnemers, gesproken met diverse mensen	4/9/18
Lezing Stichting Onderdak	Arnhem		27/11/18
Presentatie onderzoeksuitkomsten GGD Flevoland	Almere	>150 deelnemers, gesproken met diverse mensen	8/2/19
Lezing forensisch FACT- team/Kairos	Arnhem	>15 deelnemers, gesproken met behandelaren forensische psychiatrie	28/5/19