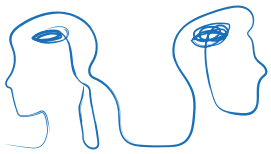
Samen doorpakken

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



Personen met verward gedrag

Tussenrapportage Aanjaagteam Verwarde Personen
januari 2016

Inhoudsopgave

1. Inleiding 5
1.1 De hoofddoelstellingen van het Aanjaagteam Verwarde Personen 5
1.2 Afsluiting oriënterende fase van het Aanjaagteam 5
1.3 Leeswijzer 5

2. Duiding van het vraagstuk 8
2.1 De definitie van personen met verward gedrag en nuancering 8
2.2 Inventarisatie naar Aard & Omvang 9
2.3 Analyse van casuïstiek 10

3. Handvatten voor de praktijk 12
3.1 Inventarisatie triagevoorzieningen en doorgeleiding, stand van het land 12
3.2 De samenhangende bouwstenen voor een sluitende aanpak 14
3.3 Aanbevelingen en maatregelen om de bouwstenen te implementeren 21

4. Dieperliggende knelpunten en perspectieven voor een omslag 26
4.1 Dieperliggende, fundamentele knelpunten 26
4.2 Een gedeeld perspectief: werken vanuit de bedoeling 29

5. De volgende fases van het Aanjaagteam 32
5.1 De verdiepingsfase: verdiepen én samen doen 32
5.2 Vooruitblik op de volgende fases 34

1 Inleiding

1.1 De hoofddoelstellingen van het Aanjaagteam Verwarde Personen

Op 3 september 2015 hebben de ministeries van VWS, VenJ en de VNG het Aanjaagteam Verwarde Personen geïnstalleerd. Het Aanjaagteam werkt aan drie hoofddoelstellingen:

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

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

1.2 Afsluiting oriënterende fase van het Aanjaagteam

Op 29 oktober 2015 is het plan van aanpak van het Aanjaagteam 'Aandacht voor verwardheid, op weg naar een meer persoonsgerichte aanpak' door de opdrachtgevers aan de Tweede Kamer gestuurd. Op basis van dit plan is het Aanjaagteam gestart met zich te oriënteren op de huidige situatie. Vele gesprekken zijn gevoerd, bijeenkomsten bijgewoond of gehouden met mensen met verward gedrag en hun omgeving, professionals uit de hele keten en met hun bestuurders. Er zijn inventarisaties uitgevoerd en kennis uit andere trajecten is benut. Ook in recente incidenten is de urgentie bevestigd. Het gaat voor zowel mensen met verward gedrag zelf als voor de samenleving om ernstige problemen, die grote maatschappelijke onrust veroorzaken. Het moment van samen doorpakken is nu. Er gebeurt veel, maar het komt niet vanzelf goed. Een extra impuls is nodig. Dat maakt het Aanjaagteam zichtbaar door misschien soms ongemakkelijke waarheden bloot te leggen en samen met partners op zoek te gaan naar die zaken die nu echt urgent opgepakt moeten én kunnen worden. Samen aan de slag om tot een effectieve én efficiënte sluitende aanpak voor allen te komen. Daarom is ter afronding van de oriëntatiefase deze tussenrapportage opgesteld.

1.3 Leeswijzer

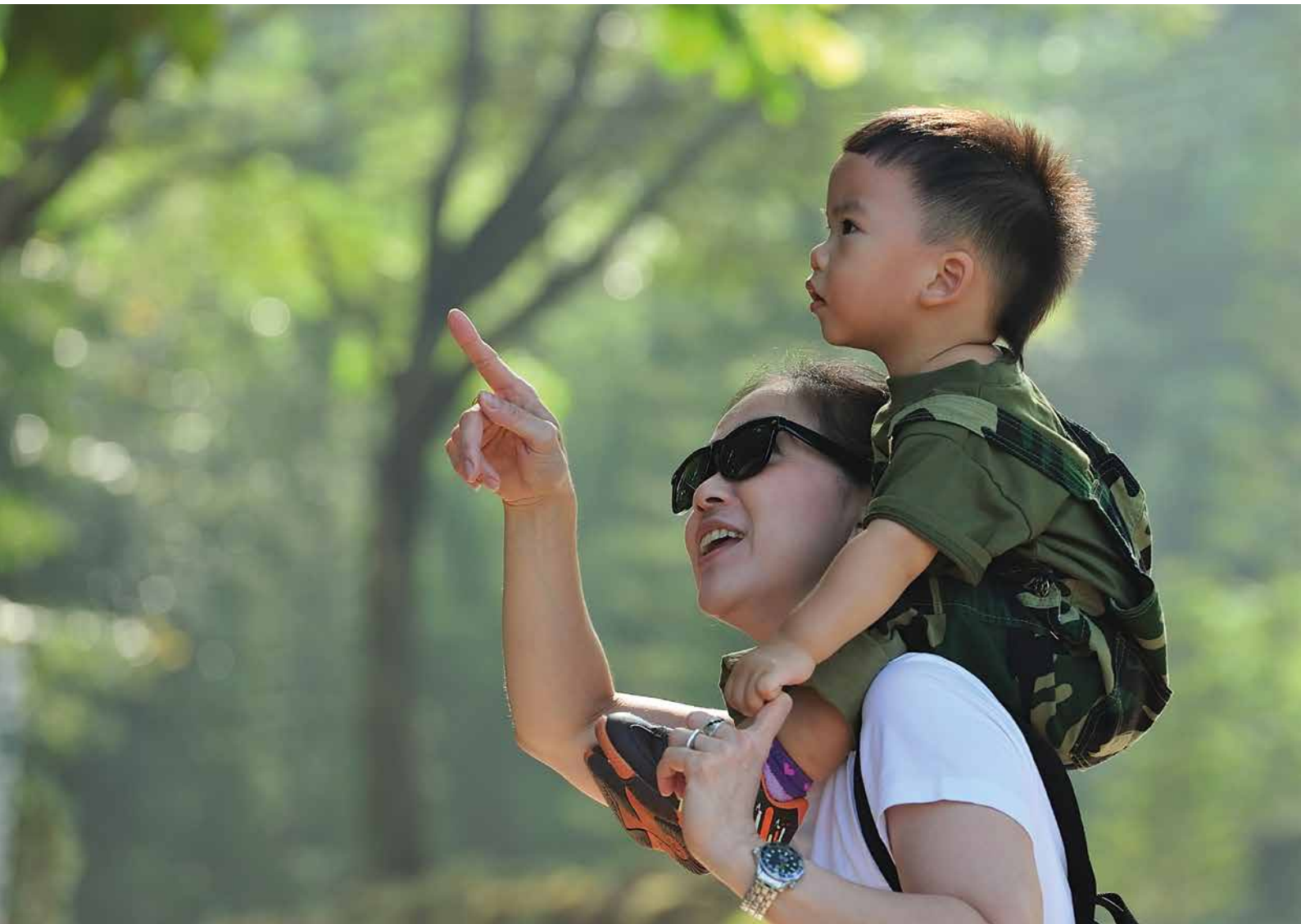
In hoofdstuk 2 geeft het Aanjaagteam een nadere duiding van het vraagstuk met haar definitie en de belangrijkste noties opgedaan in een literatuurstudie naar de aard & omvang van het vraagstuk en op basis van de eerste uitkomsten van de analyse van casuïstiek.

Het Aanjaagteam heeft als doel het bevorderen van een sluitende aanpak. In hoofdstuk 3 staan – conform opdracht van het Aanjaagteam – kort de resultaten van een eerste inventarisatie van de huidige stand van zaken, onder andere op het terrein van de triage. Op basis van de breed opgehaalde praktijk, de inventarisaties en noties uit aanpalende trajecten en de deskundigheid van de leden van het Aanjaagteam zelf, worden eerste handvatten voor de praktijk gegeven. Dit wordt ingevuld met een duiding van bouwstenen: aan welke knelpunten zij tegemoetkomen, welk perspectief ermee bereikt kan worden en wat minimale zaken zijn voor een sluitende aanpak. Het is aan de lokale praktijk om deze, onder regie van gemeenten, concreet vorm te geven. In dit hoofdstuk staan ook aanbevelingen voor mensen met verward gedrag zelf, gemeenten en de ketenpartners en de opdrachtgevers en de rijksoverheid. Aanbevelingen die, naast het inhoudelijke perspectief, ook in procesmatige zin de aanpak borgen. Veel kan in de huidige praktijk direct gedaan worden, maar een aantal zaken vergt meer verdieping of betere randvoorwaarden voor meer structurele borging.

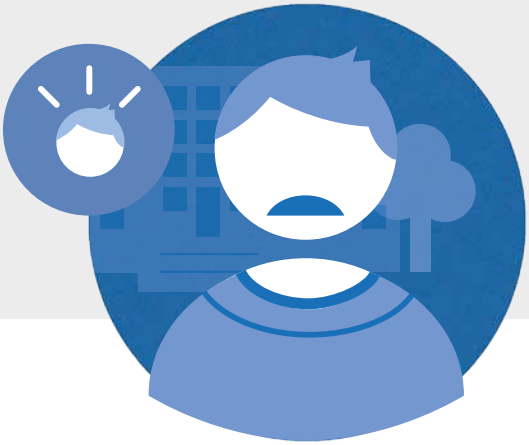
Het is een complex vraagstuk. Mensen met verward gedrag hebben vaak meervoudige problemen, vele invalshoeken spelen een rol en er dient samengewerkt te worden over verschillende vakdisciplines heen en in verschillende fases. Alleen aandacht schenken aan de individuele bouwstenen en de daarin spelende knelpunten, zou geen recht doen aan de complexiteit van de opgave. Er is meer nodig voor goede, structurele

oplossingen. In hoofdstuk 4 volgt daarom een duiding van dieperliggende, fundamentele knelpunten. Deze zijn naar hun aard minder eenvoudig en minder snel op te lossen. Toch beschrijft het Aanjaagteam een aantal perspectieven voor een omslag in denken en werken, die een eerste basis kunnen bieden voor het oppakken van ook deze knelpunten.

Hoofdstuk 5 schetst wat het Aanjaagteam in de volgende fase wil doen om tot een goede uitvoering van de opdracht te komen. In de bijlagen staat de verantwoording over de werkzaamheden van het Aanjaagteam in de oriëntatiefase, inclusief de uitkomsten van de eerste inventarisaties die in deze fase zijn uitgevoerd.



Case #1
Leven met psychoses



Dit is Justin
37 jaar

Justin krijgt voor het eerst een psychose tijdens een drukke, stressvolle periode, als hij net is begonnen met studeren.

Hij wordt gedwongen opgenomen op de psychiatrische afdeling van het ziekenhuis. De jaren erna verblijft hij vaker in een instelling – soms gedwongen en soms vrijwillig.

Justin heeft een klein netwerk, mede doordat hij zich tijdens psychoses irritant heeft gedragen, zegt hij zelf.

Tijdens een van zijn psychoses heeft hij een vriendin van hem zo veel gemaild, dat zij aangifte tegen hem heeft gedaan in verband met stalking.

Justin heeft de vriendin uiteindelijk een schadevergoeding moeten betalen. De vriendschap is nu over, net als met veel andere mensen die Justin kent van vroeger.

Justin wil graag aan het werk, maar het blijkt moeilijk om een baan te vinden.

Een beschrijving van een persoon met verward gedrag (bron: Kafkabrigade)

2 Duiding van het vraagstuk

Er zijn belangrijke zorgen en signalen dat het niet goed gaat, dat er ernstige knelpunten zijn in het vraagstuk van personen met verward gedrag. Deze waren ook de aanleiding voor het installeren van het Aanjaagteam. Meer recent is de urgentie ook door anderen geduid. Het Leger des Heils trekt aan de bel, omdat zij zien dat steeds meer mensen met een combinatie van psychische stoornissen, verslaving en verstandelijke beperking, 'uitbehandeld' zijn en op straat en in de laagdrempelige opvang terecht komen. De NS is bezig met het vraagstuk van verwarde personen in het openbaar vervoer. De politie registreert ook in de meest recente cijfers een stijging (gemiddeld 13% per jaar vanaf 2011) van het aantal incidenten met overlast door personen met verward gedrag (zonder strafbaar feit). Woningcorporaties melden in de Aedes corporatiemonitor een toename van overlast door verwarde personen.

In de oriëntatiefase heeft het Aanjaagteam een aantal inventarisaties laten uitvoeren om het vraagstuk en de huidige stand van zaken beter te kunnen duiden.

2.1 De definitie van personen met verward gedrag en nuancering

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

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

Diverse onderscheidende categorieën
Om een duiding te geven aan de discussie en een balans te vinden tussen maatschappelijke en persoonlijke belangen onderscheidt het Aanjaagteam vier verschillende categorieën:

Figuur 1: verschillende categorieën voor mensen die verward gedrag vertonen

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

2.2 Inventarisatie naar Aard & Omvang

Er is veel onderzoek gedaan naar 'verwarde personen', door verschillende organisaties, op verschillende niveaus en met verschillende doeleinden. Het Aanjaagteam heeft de Universiteit van Amsterdam (UvA) gevraagd een literatuurreview over al deze onderzoeken uit te voeren. Daarbij zijn kwalitatieve bevindingen uit bestaande literatuur benut evenals gegevens van de Nationale Politie, Nederlandse onderzoeksrapporten, beleids- en kamerstukken en internationale artikelen. Voor onderzoeksdoeleinden, gezien de beperkte tijd, was de focus van het onderzoek smaller dan de brede definitie die het Aanjaagteam hanteert, namelijk gericht op personen bij wie sprake is van (een verhoogde kans op) gedrag waarbij iemand zichzelf of anderen schade toebrengt.

De tussentijdse resultaten van deze review zijn ter toetsing voorgelegd aan diverse onderzoekers, die zelf betrokken waren bij een of meerdere onderzoeken die in de review zijn meegenomen. De uitkomsten zijn opgenomen in bijlage II.

Omvang en trends van personen met verward gedrag
Concluderend zijn er trends te zien die suggereren dat er een toename is van verwarde personen, wat niet verklaard kan worden doordat er meer mensen met een psychische stoornis zijn. De toename van incidenten met verwarde personen in het publieke domein kan volgens de UvA mogelijk worden gerelateerd aan de afbouw van residentiële zorg en het onvoldoende op gang komen van geschikte alternatieve (ambulante) zorg. Echter, op basis van deze literatuurreview is het problematisch om uitspraken te doen over de omvang van de groep verwarde personen en bijbehorende trends. Dit vanwege de volgende redenen:

- De geselecteerde studies waren veelal gericht op subgroepen.
- Er is niet te achterhalen welk deel van de onderzochte populaties in de studies voldoet aan de criteria van verward gedrag.
- Vergelijking van de studies is niet mogelijk, omdat gebruik gemaakt is van verschillende definities en categorieën van mensen met verward gedrag.
- De registratiesystemen van de politie, GGZ en gemeenten kennen voor dit onderzoek belangrijke tekortkomingen.
- De cijfers en trends kunnen mede zijn beïnvloed door politieke en maatschappelijke tendensen.
- De onderzoeken zijn veelal gericht op specifieke regio's of steden en dus niet altijd representatief voor heel Nederland.

Samenvattend is voorzichtigheid geboden bij het interpreteren van gegevens op basis van deze kwalitatieve studie.

Aard van de problematiek van personen met verward gedrag
De resultaten over de aard van de problematiek, binnen de focus van het onderzoek, laten zien dat het om personen met (ernstige) psychische stoornissen gaat, veelal gecombineerd met verslavingsproblematiek, die niet in staat zijn zich zelfstandig te redden in de maatschappij. Concluderend is de meervoudigheid van de problematiek, die speelt in diverse levensdomeinen, kenmerkend voor deze groep. Ook deze resultaten moeten met voorzichtigheid worden geïnterpreteerd, doordat onderzoekers verschillende categorieën van personen met verward gedrag hanteren en de onderzoeksgegevens niet altijd waren gebaseerd op landelijke cijfers. Daarbij dient in ogenschouw te worden genomen dat de focus van dit onderzoek ligt op volwassenen en de 'zwaardere groep' personen met verward gedrag.

Concluderend
Het onderzoek maakt duidelijk dat het op basis van het huidige beschikbare onderzoeksmateriaal en binnen de werkperiode van het Aanjaagteam, niet mogelijk is om een compleet, integraal beeld te krijgen van de omvang van de problematiek. Om dit beeld te verkrijgen, zou een landelijk onderzoek gestart kunnen worden, vanuit een breed, integraal perspectief (domeinen zorg/sociaal/veiligheid) en met betrokkenheid van tal van instellingen. Een dergelijk integraal onderzoek neemt naar verwachting meerdere jaren in beslag. Bij het Aanjaagteam en geraadpleegde wetenschappers bestaan twijfels over de meerwaarde van zo'n onderzoek voor de doelen van het Aanjaagteam. De landelijke omvang zegt immers niets over de ernst van de situatie en de behoefte van de doelgroep aan zorg/ondersteuning in specifieke regio's, uitgaande van

het gegeven van lokaal maatwerk. Het Aanjaagteam blijft in de volgende fase verder in gesprek met wetenschappers en betrokkenen als gemeenten, departementen en andere ketenpartners, om samen met of aanvullend op lopende onderzoeksprogramma's voorstellen te doen voor nader onderzoek.

2.3 Analyse van casuïstiek

De echt feitelijke situatie is eigenlijk alleen te zien op het niveau van personen die verward gedrag vertonen en hun directe omgeving. Het Aanjaagteam hecht er veel waarde aan om casuïstiek te bekijken, dit te analyseren en er van te leren. Het Aanjaagteam heeft de Kafkabrigade ingeschakeld om een meer diepgaande analyse te doen naar enkele casussen, uit de vier beschreven categorieën. Deze casussen zijn aan het begin van deze tussenrapportage kort beschreven. De analyse loopt nog en wordt op dit moment uitgewerkt met het perspectief van de direct betrokken professionals. In bijlage III zijn enkele tussenproducten opgenomen en een eerste voorlopige analyse van de Kafkabrigade. Daarin is een aantal voorlopige hypotheses geformuleerd:

- Wie vooraan in de keten staat, ervaart de meeste problemen.
- Regionale afspraken over samenwerking werken alleen als uitvoerende professionals die goed kennen en toepassen.
- In de uitvoering lijkt onduidelijk wie verantwoordelijk is voor een meer structurele oplossing voor individuele personen met verward gedrag.
- Overheidscommunicatie lijkt niet altijd goed afgestemd op de doelgroep.

Alle analyses en beschrijvingen van de feitelijke situaties worden in de volgende fase afgerond en dan actief betrokken in de werkzaamheden van het Aanjaagteam.

3 Handvatten voor de praktijk

De opdracht aan het Aanjaagteam is het bevorderen van een sluitende aanpak. Het Aanjaagteam ziet brede steun voor de ingezette beweging om mensen met verward gedrag zoveel mogelijk in hun eigen woonomgeving een gezond, veilig en sociaal leven te laten leiden en de maatschappelijke overlast te verminderen. Deze steun komt juist ook van mensen met verward gedrag zelf. Het Aanjaagteam is onder de indruk van de bevlogenheid, motivatie en de vele initiatieven, waarmee betrokkenen hieraan werken. Ze ervaart een breed gevoel van urgentie en er lijkt echt momentum te ontstaan om nu gezamenlijk door te pakken.

Mensen met verward gedrag, hun omgeving en cliënt- en familieorganisaties nemen initiatief om de situatie en positie van mensen met een verhoogde kwetsbaarheid structureel te verbeteren. Centraal staan herstel, zelfregie en participatie. Gemeenten zijn hard aan de slag om de transformatie van het sociaal domein verder vorm te geven. Wijkteams zijn volop in ontwikkeling en groeien toe naar teams die vanuit de leefwereld van burgers werken. Op veel plekken zijn bemoeizorgteams actief daar waar mensen hulp nodig hebben, maar dit zelf niet kunnen of willen regelen. FACT (Function Assertive Community Treatment)-teams werken steeds meer in de wijken en expertise van verwardheid wordt op steeds meer plekken verbonden aan de wijken. Ketenpartners, als politie, Openbaar Ministerie, zorginstellingen en zorgverzekeraars, werken intensief samen met gemeenten. Dan kan het ook gaan om het bevorderen van de arbeidsparticipatie van deze groep. Professionals die dagelijks werken met mensen met verward gedrag, zien steeds meer de samenhang met andere werkvelden.

Dit hoofdstuk geeft een meer diepgaand beeld van de huidige situatie om ook al in deze fase handvatten aan de praktijk te geven, om gezamenlijk een meer gedeeld en integraal perspectief na te kunnen streven op weg naar een sluitende aanpak. Want deze was nog niet eerder vanuit het persoonsgerichte perspectief expliciet en vakdisciplines- of organisatieoverstijgend geduid.

3.1 Inventarisatie triagevoorzieningen en doorgeleiding, stand van het land

Het Aanjaagteam heeft in haar plan van aanpak aangegeven onderzoek te doen naar de vraag hoe gemeenten het bredere vraagstuk van beoordeling en doorgeleiding zoals de triage hebben opgepakt. Hierbij werd al geduid dat het ook om de relatie tussen GGZ, wijkteams en Veiligheidshuizen gaat. Op basis van dit onderzoek zou een eerste duiding gegeven worden van waar inhoudelijk aandacht voor nodig is, waar extra inspanningen zich op moeten richten en waar interessante voorbeelden en praktijken breder inzichtelijk gemaakt kunnen worden.

Voor het onderzoek zijn in 24 (veiligheids)regio's betrokken partijen geïnterviewd, waaronder politie, GGZ, gemeenten, GGD en wijkteams. Gezien de zich snel ontwikkelende praktijk zijn de uitkomsten nadrukkelijk een momentopname (stand per 1 december 2015).

In bijlage IV is het rapport opgenomen. Het Aanjaagteam beschouwt dit rapport als een basisrapport. Een definitieve stand van het land vraagt eerst om een helder perspectief van waaruit gekeken kan worden. Wat is goede triage, wat is een sluitende aanpak en wie zijn daarvoor nodig? Deze vragen worden beantwoord in deze tussenrapportage en worden verrijkt en verdiept in de volgende fase. In de 3e fase kan dan een beter en actueler beeld gegeven worden van 'de stand van de het land'. Daarvoor vindt een uitgebreider onderzoek plaats dan in deze fase mogelijk was.

Het huidige rapport heeft veel kwalitatieve inzichten opgeleverd, die getoetst zijn door een groep van 40 professionals en enkele ervaringsdeskundigen. Enkele conclusies mede ter onderbouwing van de hierna volgende bouwstenen:

- Er zijn grote verschillen bij de regio's en de gemeenten in de vertaling van het triageproces naar de uitvoeringspraktijk.
- Bij ernstige incidenten en/of ernstige overlast en waarbij vermoeden is van een ernstige acute psychiatrische oorzaak, zijn in vrijwel alle regio's afspraken gemaakt tussen partijen. Deze afspraken gaan over de wijze waarop wordt omgegaan met personen met verward gedrag en de opvang van deze personen.
- Als het gaat om het handelen naar aanleiding van niet-acute problematiek en vroegsignalering is er een diffuus beeld. Dit heeft onder meer te maken met de beleidsvrijheid van gemeenten over de wijze waarop ze invulling geven aan deze verantwoordelijkheden. Gemeenten maken eigen keuzes:
  - In de organisatie van het toeleidingsproces naar begeleiding en opvang.
  - In de verantwoordelijkheidsverdeling tussen de sociale wijkteams, de GGD, de bemoeizorg en de maatschappelijke opvang.
  - In de aard en de omvang van beschikbare zorg, opvang en ondersteuning.
- De uitvoeringspraktijk van zorg voor personen met verward gedrag, waarbij geen sprake is van een ernstig incident of vermoeden van acute problematiek, is voor de geïnterviewden minder helder. Ze hebben niet allemaal zicht op en/of hetzelfde beeld van alle betrokken partijen, hun verantwoordelijkheden ten aanzien van personen die verward gedrag vertonen en de wijze waarop de keten (het netwerk) en het gehele proces is georganiseerd.
- Er wordt op verschillende schaalniveaus aan de problematiek van verwarde personen gewerkt. Voor acute problematiek op een relatief hoger schaalniveau. Voor de reguliere zorg en opvang van personen met verward gedrag op een lager schaalniveau en daarbij is sprake van meer differentiatie, onduidelijkheid en diversiteit in afspraken en betrokken partijen.
- Alle regio's zijn op dit moment aan de slag om het triageproces te verbeteren. Er is steeds meer oog voor verwarde personen en ketenpartners in de regio weten elkaar steeds beter te vinden en werken gezamenlijk ideeën en oplossingsrichtingen uit.

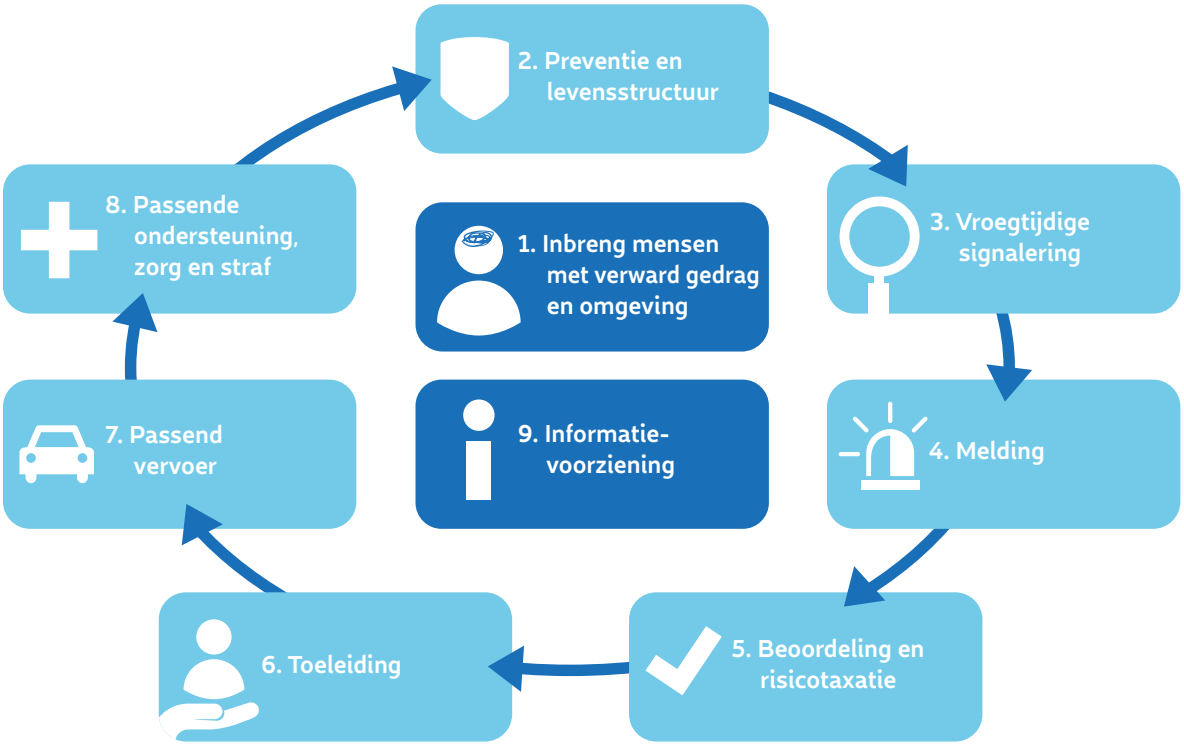
Ook in de aanvullende expertsessies is gebleken hoe divers de huidige praktijk is. Dat er overal wel samenwerkingsverbanden zijn, ook tussen de Veiligheidshuizen en de zorgprofessionals, maar dat het te vroeg is om van een landsdekkende sluitende aanpak te spreken.

3.2 De samenhangende bouwstenen voor een sluitende aanpak

Uit de inventarisaties en de verschillende gesprekken en bijeenkomsten blijkt dat het vraagstuk moeilijk goed te duiden is. Dat regio's hard werken, maar er nog geen eenduidig en gezamenlijk beeld bestaat van een 'sluitende aanpak' en wat dit vergt. Het Aanjaagteam werkt oplossings- en actiegericht en wil concrete handvatten bieden aan de praktijk. Daarom geeft het Aanjaagteam hieronder een eerste invulling van het begrip 'sluitende aanpak'. Een aanpak bestaande uit een aantal bouwstenen. Deze bouwstenen geven aan wat minimaal nodig is voor een sluitende aanpak, vanuit het perspectief van mensen met verward gedrag zelf én de samenleving. Waar nodig verdiept en toetst het Aanjaagteam dit in de volgende fase, met alle betrokkenen. Kern van de aanpak zijn onderstaande 9 bouwstenen:

De bouwstenen sluiten aan bij verschillende fases, die er (kunnen) zijn wanneer iemand verward gedrag vertoont. Bij de diverse bouwstenen is expertise nodig op het terrein van verwardheid. Dit omvat onder meer expertise op het gebied van geestelijke gezondheid, verslaving, licht verstandelijke beperking en psychogeriatrie. Het gaat dus om diverse disciplines.

De bouwstenen hangen onderling nauw samen en hebben effect op elkaar. Continuïteit is belangrijk. Als een straftraject is afgesloten, dient bijvoorbeeld het vervolg in een zorg- of maatschappelijk ondersteuningstraject geregeld te zijn. Als een zorgtraject is afgesloten, is overdracht naar de wijk en aandacht voor de benodigde ondersteuning in de levensstructuur nodig. (Arbeids)participatie is daarbij van wezenlijk belang. Als tijdelijke verwardheid over is, is het van belang eventuele signalen van afglijden tijdig te zien en structureel herstel te borgen.



Figuur 2: bouwstenen voor een sluitende aanpak op lokaal niveau

Er is niet één aanpak voor mensen met verward gedrag. Deze is gedifferentieerd. De invulling per bouwsteen kan verschillen voor de vier categorieën van mensen met verward gedrag. Bij bijvoorbeeld iemand die geen gevaar voor zichzelf of de omgeving is, staat het individuele belang centraal en gaat de aandacht uit naar eigen kracht en passende zorg. Bij iemand die dat wel is, weegt het maatschappelijk belang, speelt risico-taxatie nadrukkelijk een rol en kan er sprake zijn van meer 'dwang en drang'. Een aantal specifieke doelgroepen hebben mogelijk een specifieke aanpak nodig.

Beschrijving van de individuele bouwstenen
Voor elke bouwsteen zijn de huidige ervaren knelpunten, het gewenste perspectief en is een aantal 'minimumeisen' beschreven. Deze bouwstenen geven aan wat minimaal zou moeten gelden om de basis goed te regelen. Het is aan de lokaal samenwerkende partners, onder regie van de gemeenten, hoe ze dit organiseren. Er zijn per bouwsteen enkele voorbeelden uit een aantal regio's opgenomen. Dit zijn niet per definitie 'best practices', maar dienen ter illustratie en inspiratie. De wijze van invulling van de bouwstenen kan namelijk per regio verschillen, afhankelijk van de lokale context (populatiedichtheid, aanwezige spelers, organisatiegraad, historische ontwikkelingen, politieke context) en ook van de vraag wat in de regio financieel haalbaar is en wat acceptabele afstanden zijn voor bepaalde voorzieningen. Belangrijk is de notie dat geen enkele gemeente of regio bij nul begint. Er gebeuren al veel goede dingen in het land, veel partijen zijn bezig. Met deze bouwstenen kunnen gemeenten en hun partners toetsen of hun aanpak sluitend is.

Bouwsteen 1. Inbreng mensen met verward gedrag en hun directe omgeving

Knelpunten
Signalen van mensen met verward gedrag en directe omgeving zoals familie, worden nog onvoldoende gehoord. Ook is hun inbreng in de persoonlijke aanpak niet altijd structureel geborgd.

Perspectief
De inbreng van mensen met verward gedrag en hun directe omgeving (bijvoorbeeld familie) is in de aanpak geborgd en heeft een gelijkwaardige positie bij het bepalen van de persoonsgerichte aanpak (toeleiding naar zorg en ondersteuning, beoordeling, op- en afschalen van zorg en bepalen van de passende strafrechtelijke maatregelen waar relevant en mogelijk).

Minimale vereisten
- Bij de persoonsgerichte aanpak is er directe betrokkenheid en zo mogelijk eigen regie van personen met verward gedrag en hun directe omgeving. Zij staan centraal. De professional staat naast de personen met verward gedrag en de directe omgeving. Er wordt geluisterd naar signalen van de mensen en ook de familie. Deze laatste zijn van belang voor zowel de vroegsignalering als de weg naar herstel, daar waar mensen dat zelf lastig kunnen. Er is aandacht voor verschillende belevingen en bejegeningen, mede op grond van verschillen in etnische achtergronden.
- Bij het maken van beleid en de uitvoering ervan in gemeenten, wijkteams en zorginstellingen is er sprake van gestructureerde inbreng van cliënt- en familie-organisaties.
- Terugkoppeling aan de directe omgeving vindt plaats, mits de persoon met verward gedrag daar toestemming voor geeft.

Voorbeeld
- Cliënt- en familieorganisaties zijn op diverse wijze georganiseerd in het land en hun inbreng is op sommige plekken, zoals in de regio Midden-Holland, goed en structureel geborgd.

Bouwsteen 2. Preventie en levensstructuur

Knelpunten
In de aanpak ontbreekt het aan integraliteit, individueel maatwerk rekening houdend met iemands achtergrond, aandacht voor een goede levensstructuur en continuïteit. Professionals benaderen de problematiek vanuit een (eenzijdige) eigen invalshoek. Een te scherpe afbakening van de problemen past vaak niet bij de mensen met verward gedrag. Verder voelen mensen met verward gedrag zich gestigmatiseerd en stigmatiseren soms ook zichzelf. In de media en de politiek is vaak aandacht voor gevaarlijke incidenten. Daardoor ontstaat het beeld dat alle personen die verward zijn een gevaar zijn voor de samenleving. Dit is soms zeker het geval, maar in de meeste gevallen niet.

Perspectief
Essentieel voor het herstel en het voorkomen van afglijden is aandacht voor het op orde brengen van het gewone leven: sociale contacten, zinvol (vrijwilligers)werk of dagbesteding, een passende en betaalbare woning, financieel de zaken op orde, een goede structuur met zo min mogelijk stress. In de ondersteuning is sprake van een integrale,

persoonsgerichte aanpak, met aandacht voor de gehele levensstructuur, de directe omgeving en continuïteit van zorg en ondersteuning en (arbeids-) participatie. Daarmee is ook de samenleving als geheel gediend.

Minimale vereisten

- De gemeente voert de regie op het terrein van de preventie en benut daarvoor ook haar kennis van de openbare geestelijke gezondheidszorg.
- Gemeenten en ketenpartners hebben zicht op de personen met verward gedrag (op basis van informatie uit de hele keten).
- De gemeente heeft regie en brengt relevante partners bijeen om samen te zorgen voor en te investeren in een integrale, persoonsgerichte aanpak gebaseerd op een zo stabiel mogelijke levensstructuur.
- De leefwereld van de persoon met verward gedrag en zijn directe omgeving staan centraal:
  - Aansluiten bij de eigen kracht en specifieke achtergronden van de mensen.
  - (H)erkenning van het feit dat de directe omgeving een belangrijke factor is. Zij zien vaak als eerste dat het niet goed gaat of vangen hen op. Aan hun hulp zitten ook grenzen, soms financieel, soms mentaal of fysiek.
  - In de aanpak is ook aandacht voor de directe omgeving, de andere gezinsleden.
- Continuïteit in de aanpak. Als een zorg- of straftraject van een persoon is afgesloten is het van belang te zorgen voor een 'warme overdracht', bijvoorbeeld naar de wijk of naar passende ondersteuning of naar participatie. Zodat er iemand is die de persoon niet uit het oog verliest, de benodigde vervolg ondersteuning geboden wordt en de financieringsstructuur geen belemmering vormt door goed overleg tussen de verschillende financiers.
- Sommige mensen hebben hun leven lang zorg en ondersteuning nodig.

Voorbeelden

- Er zijn diverse initiatieven gericht op het herstel, zelfregie en participatie. Bijvoorbeeld eigen kracht conferenties en de crisiskaart.
- Met de zelfredzaamheidsmatrix kan op 11 domeinen de mate van zelfredzaamheid beoordeeld worden: financiën, dagbesteding, huisvesting, huiselijke relaties, geestelijke gezondheid, lichamelijke gezondheid, verslaving, activiteiten dagelijks leven, sociaal netwerk, maatschappelijke participatie en justitie.

Bouwsteen 3. Vroegtijdige signalering

Knelpunten

Er is onvoldoende alertheid. Zorgwekkende signalen worden niet (tijdig) opgemerkt en (h)erkend. Professionals komen te weinig aan de voorkant. De aanpak lijkt eerder gericht op het handelen in crisissituaties, dan op het voorkomen er van. Er zijn onvoldoende handelingsperspectieven voor mensen met verward gedrag, professionals en de samenleving als geheel om goed om te gaan met verwardheid. Er zijn bijvoorbeeld nog te weinig goede en bekende meldpunten waar mensen dag en nacht terecht kunnen met signalen en het ontbreekt aan 24/7 bereikbaarheid en beschikbaarheid van zorgprofessionals in de wijk. Daardoor komt tijdig signaleren, beoordelen (ook op maatschappelijke risico's), daarop acteren, terugkoppelen en overdragen, gebrekkig tot stand.

Perspectief

De groep personen met verward gedrag is divers van aard en kan op meerdere leefgebieden problemen ervaren. Dit betekent dat verschillende mensen verschillende signalen kunnen zien. Signalen van de persoon zelf, de omgeving (zoals familie en de buurt) en van professionals uit de brede omgeving samen, maken dat problemen vroegtijdig (h)erkend en direct opgepakt kunnen worden.

Minimale vereisten

- Een fijnmazig netwerk in de wijk. Adequaat toegerust met de benodigde expertise op het gebied van (herkennen signalen van toenemende) verwardheid. Elke wijk kan snel beschikken over een professional met expertise op het terrein van verwardheid, bijvoorbeeld in het wijkteam of in nauwe samenwerking met de Praktijkondersteuner Huisartsen of een Sociaal Psychiatrische Verpleegkundige.
- 24/7 bereikbaar voor het ontvangen van en acteren op signalen. Beschikbaar voor mensen met verward gedrag, hun directe omgeving en anderen uit de wijk of bijvoorbeeld de woningbouwcorporaties of de maatschappelijke opvangorganisaties.
- Signaleert, ontvangt en brengt signalen bij elkaar, voert risicoanalyses uit, handelt, schaalt – wanneer nodig – op om de benodigde ondersteuning of zorg te regelen. Daarbij is helder wie eigenaar is.
- Terugkoppeling naar de melder *dat* het signaal serieus genomen is, zonder dat het nodig is dat precies ingegaan wordt op *wat* er precies is gedaan.

Voorbeelden

- 'Vroegsignaleringsoverleggen', waarin signalen gecombineerd worden en hulpverleners vroegtijdig kunnen ingrijpen en de persoon kunnen begeleiden naar passende ondersteuning.
- Meldpunten '(woon)overlast en zorg' of 'vangnet en advies', voor niet-acute situaties. Georganiseerd door GGD of gemeente. Professionals en omgeving kunnen telefonisch een zorgvraag of overlast melden, tijdens (en soms buiten) kantoortijden. In sommige regio's (Noord-Holland-Noord) fungeert het meldpunt als centrale regiehouder die casuïstiek oppakt, nadat de crisisdienst heeft aangegeven dat er geen sprake is van acute GGZ-problematiek.
- Wijkteams (bv. Leeuwarden) zijn getraind in onderwerpen als huiselijk geweld, jeugd- en GGZ-problematiek, met aandacht voor signaleren en escaleren. Deze wijkteams hebben afspraken met tweedelijnszorg en een vast contactpersoon bij de GGZ, die zij kunnen bellen voor advies.
- Andere vormen van snel signaleren zijn 'apps' en een training over 'eerste hulp bij GGZ'.
- In een aantal gebieden werken wijk-GGD'er en wijkagent in teamverband. Afhankelijk van de betreffende persoon beoordelen ze samen welke benadering passend is.

Bouwsteen 4. Melding

Knelpunten

De meeste acute meldingen (overlast, gevaar voor zichzelf of anderen, strafbare feiten), die niet via het regulier zorgproces verlopen (via patiënt, naar huisarts, richting passende zorg) komen binnen bij de meldkamer. Hier is onvoldoende deskundigheid aanwezig op het terrein van verwardheid. Daardoor komt het te vaak voor dat de politie op een melding afgaat, terwijl er geen sprake is van strafbare feiten en het juist van belang is dat een zorgprofessional op de melding afgaat.

Perspectief

In de meldkamer is specifieke deskundigheid aanwezig rondom verwardheid, iemand die herkent dat er iets meer aan de hand kan zijn, waardoor tijdig de juiste professional ingeschakeld kan worden. Wanneer geacteerd moet worden door een zorgprofessional, gaat waar nodig de politie ter ondersteuning mee. Als er geen sprake is van een strafbaar feit, heeft de politie niet de leiding.

Minimale vereisten

- In de meldkamer is personeel aanwezig dat toegerust is met kennis van verwardheid (multidisciplinair).
- In de meldkamer is er een screeningshulpmiddel beschikbaar voor de centralisten, waarmee risico's voor de persoon en de omgeving goed ingeschat kunnen worden en bepaald kan worden welke actoren (zorgprofessional en/of politie) aan zet zijn voor de beoordeling van het vervolgtraject.
- Er zijn heldere afspraken met partners over vervoer, opvolging van zorg gerelateerde meldingen, 24/7 (crisis)opvang en 24/7 zorg in de wijk.

Voorbeeld

- Meerdere meldkamers gebruiken een screeningslijst om de 'evidente psychiatrie' groep te herkennen.

Bouwsteen 5. Beoordeling en risicotaxatie

Knelpunten

De triage is vaak eenzijdig gericht op zorg of straf of enkelvoudige psychische aandoeningen. Mensen worden te vaak ingedeeld als 'rakker' of 'stakker'. De beoordelingsfunctie lijkt een 'optelsom' van afzonderlijke financiers. Er is onvoldoende brede kennis beschikbaar om niet alleen snel, maar ook tot een passend oordeel te komen over de juiste ondersteuning, zorg of straf. Veiligheidshuizen spelen een rol, maar vaak alleen voor complexe gevallen en minder in acute situaties.

Perspectief

Eenduidige, multidisciplinaire snelle beoordeling en risicotaxatie van mensen die verward gedrag vertonen. Ongeacht de vindplaats (o.a. politie, huisarts of spoedeisende hulp). Dit is 24/7 beschikbaar en snel inzetbaar, bij voorkeur als generieke voorziening.

Minimale vereisten

- Eenduidige beoordeling en taxatie van risico's (voor de persoon en de omgeving) en aan de hand daarvan bepalen of een strafrechtelijke aanpak, zorg of een combinatie nodig is.
- Een 24/7 beschikbaarheidsvoorziening voor beoordeling en eerste interventie. Een verzoek om beoordeling kan op één centrale plaats in de regio aangevraagd worden.
- In het proces van beoordeling, risicotaxatie en indicatiestelling zitten zo min mogelijk schakels en overdrachtsmomenten.
- De beoordeling vindt plaats met een multidisciplinaire blik, dus aandacht voor verwardheid in brede zin, en ook voor somatiek.
- De beoordeling in een acute situatie gebeurt snel, binnen gezamenlijk afgesproken normen hiervoor in

de regio, met heldere afspraken over wat acuut is.
- De beoordeling gebeurt in een passende omgeving: een speciale opvangvoorziening of thuis bij de persoon. Als er geen sprake is van een strafbaar feit, gebeurt dit niet in een politiecel.
- Verbinding in de Veiligheidshuizen met zorgprofessionals.

Voorbeelden
- In de regio Noord-Holland-Noord is een meldpunt acute zorg 24-uur per dag bereikbaar als het gaat om personen met LVB-problematiek. Dit meldpunt wordt met name door de crisisdienst GGZ ingeschakeld.
- In de Achterhoek beoordelen medewerkers in zogenaamde 'crisisbeoordelingskamers' (GGZ-instelling), nadat de politie heeft gemeld dat een persoon met verward gedrag overlast heeft veroorzaakt. De medewerkers regelen, wanneer nodig, dat er snel psychiatrische hulp komt.
- In Den Haag is een 24/7 opvanglocatie voor verwarde personen door gemeente en diverse partners opgezet, gehuisvest bij de politie. Professionals t.b.v eerste opvang en verwijzing, zijn aanwezig.
- In andere regio's is een dergelijke locatie ingericht bij de GGZ-aanbieder, die ook belast is met de crisisdienst van de regio (bv. regio Zeeland) of bij een observatieruimte op een spoedplein (bv. Limburg-Noord en Limburg-Zuid), bij de huisartsenpost of de spoedeisende hulp.
- In meerdere regio's (Rotterdam, Amsterdam, Ede) vindt rechtstreekse opvang plaats bij een GGZ-instelling.
- In andere regio's is er actief beleid om personen zo veel mogelijk thuis te beoordelen.

Bouwsteen 6. Toeleiding

Knelpunten
Er is onvoldoende aansluiting bij de brede ondersteuningsbehoefte van deze kwetsbare doelgroep. Dat terwijl dit vanuit het belang van de persoon zelf en de directe omgeving én de samenleving juist wel nodig is. Verschillende categorieën vragen om maatwerk. Mensen die ook in aanraking zijn (geweest) met het strafrecht, hebben naast een passende straf ook passende zorg nodig, maar krijgen dat laatste niet altijd. Er bestaan ook te hoge bureaucratische of financiële drempels tot zorgvoorzieningen. Een deel van de groep personen met verward gedrag heeft geen vaste woon- of verblijfplaats en om deze reden niet altijd een zorgverzekering. Of heeft geen financiële mogelijkheden om de zorgpremie te betalen door bredere schuldenproblematiek of onvoldoende kennis van de bureaucratische vereisten. Onverzekerdenproblematiek leidt bij de aanbieder tot problemen, waardoor de onverzekerde persoon 'geweigerd' kan worden in niet-acute situaties, of kan er toe leiden dat zorg niet vergoed wordt. Wanneer de persoon wel een zorgverzekering heeft, kan het moeten betalen van het eigen risico (Zvw) of de eigen bijdrage (Wmo) een financiële belemmering zijn om (verdere) hulp te accepteren.

Perspectief
Toeleiding naar zorg, begeleiding of ondersteuning, naar participatie en zo mogelijk naar werk gebeurt vanuit een passende, persoonsgerichte aanpak, met ook oog voor de belangen van de samenleving. In geval van strafbare feiten is nadrukkelijk aandacht voor een goede combinatie van straf en/of zorgtraject: juiste afstemming tussen en uitwisseling van informatie uit het strafrechtelijk en zorgkader is essentieel.

Minimale vereisten
- Structurele betrokkenheid van zorgprofessionals bij Veiligheidshuizen en ZSM-tafels (Zorgvuldig, Snel en op Maat).
- Inzicht in zorg- en ondersteuningsvoorzieningen (sociale kaart) en de actuele beschikbaarheid op lokaal en regionaal niveau.
- Bureaucratische barrières om voor hulp in aanmerking te komen wegnemen, bijvoorbeeld door support van wijkteams bij het invullen van formulieren en doorlopen van procedures. Wanneer iemand met verward gedrag hiertoe zelf niet in staat is, benoemen van bewindvoerders en gemachtigden met hen.
- Zoveel mogelijk verlagen van (financiële) drempels voor het accepteren van zorg en ondersteuning door het creëren van handelingsruimte voor professionals in de gemeenten en in de toegang tot de zorgverzekeringswet.

Voorbeelden
- In enkele regio's zijn eenduidige afspraken gemaakt over het inzetten van professionals, die zorgdragen dat personen die geen zorg willen of inzien dat ze die nodig hebben passende hulp krijgen. Teams van de GGD (bv. het team vangnet en advies, Openbare Geestelijke Gezondheidszorg) of de GGZ (in de vorm van FACT teams).
- In regio's wordt door inzet van een wijk-GGD'er in samenwerking met cliënt, politie, gemeentelijke begeleiding en zorg gefaciliteerd. De GGD'er is een laagdrempelig contact voor de cliënt, waardoor zij met samenwerkingspartners de cliënt weet te bereiken.

Bouwsteen 7. Passend vervoer

Knelpunten
Er zijn diverse momenten waarop vervoer van een persoon met verward gedrag nodig kan zijn: 1) vervoer vanaf de locatie waar de problematiek is gesignaleerd naar de politie(cel), beoordelingslocatie of zorgaanbieder, 2) van de politie(cel) naar de beoordelingslocatie of zorgaanbieder en 3) van de politie(cel), beoordelingslocatie of zorgaanbieder naar huis. Er is een gebrek aan passende vervoer, waardoor de problematiek eerder vergroot dan verkleind wordt. Te vaak vindt vervoer door de politie plaats. Dit is ongeschikt voor personen met verward gedrag, die geen strafbaar feit hebben gepleegd: onnodig stigmatiserend, geen juridische basis en niet in het belang van de persoon.

Perspectief
Passend vervoer betekent altijd gedifferentieerd, vaak prikkelarm, passend bij de problematiek van de betreffende persoon.

Minimale vereisten
- Zo min mogelijk vervoersmomenten.
- Voor mensen met verward gedrag, die geen strafbare feiten hebben gepleegd, vindt geen vervoer door de politie plaats. Er is alternatief vervoer beschikbaar, zo prikkelarm en niet-stigmatiserend mogelijk.

Voorbeelden
- In de regio's zijn verschillende oplossingsrichtingen voor passend vervoer bv. een psycholance of zorgtaxi.
- In Amsterdam wordt voor de doelgroep 'evidente psychiatrie' gebruikgemaakt van de psycholance. Deze wordt direct door de meldkamer ingeschakeld, is snel ter plaatse en is passend vervoer naar de crisisdienst. Dit voorkomt ook dat de persoon zich tussen meerdere locaties moet verplaatsen.
- Er zijn regio's (bv. Limburg-Zuid), waarin een particuliere GGZ vervoersdienst personen naar en van de GGZ-aanbieder vervoeren.
- Er zijn regio's die actief beleid voeren om de patiënt zo veel als mogelijk thuis te beoordelen.

Bouwsteen 8. Passende ondersteuning, zorg en straf

Knelpunten
Het ontbreekt aan 24/7 bereikbaarheid en beschikbaarheid van zorgprofessionals. Er is gebrek aan passende opvang. Dit wordt versterkt doordat de spoedeisende hulp onvoldoende spoed is en de capaciteit ontoereikend is. Ook het gebrek aan goed en snel inzicht in beschikbare crisisbedden of passende woonvormen draagt niet bij. Voor professionals is het vaak onduidelijk wat het lokale of regionale aanbod is, wat de precieze (financiële) afspraken zijn en wat de landelijke regelgeving is. De verschillende categorieën van mensen met verward gedrag hebben verschillende vormen van ondersteuning, zorg en straf nodig.

Perspectief
Passend betekent aansluitend bij de persoonlijke situatie. Maatwerk voor de unieke persoon, die ondersteuning of zorg nodig heeft. Rekening houdend met de achtergrond van mensen, zoals etniciteit, maar ook met het belang en bescherming van de samenleving. Er is een kwalitatief goed, kwantitatief voldoende en flexibele infrastructuur van passende ondersteuning en zorg. Ambulante zorg en ondersteuning is goed geregeld om te waarborgen dat mensen in hun eigen omgeving een gezond, veilig en sociaal leven kunnen leiden. Intramurale zorg is goed geregeld, ook voor mensen op het snijvlak van zorg en straf.

Minimale vereisten
- Er is een gezamenlijk beeld van de benodigde passende zorg- en ondersteuningsinfrastructuur binnen de regio (op basis van informatie gemeenten, cliënt- en familieorganisaties, zorgverzekeraars, zorginstellingen, politie, etc.) en zorg en ondersteuning wordt geregeld/ingekocht zoveel mogelijk op basis van het regionale niveau.
- In het geval van acute problematiek, is er een gedeelde norm over wat acuut is en is de toegang tot crisisopvang goed geregeld. De crisisopvang heeft voldoende capaciteit om 24/7 beschikbaarheid en behandeling te kunnen garanderen. Daarbij is er verbinding tussen acute zorg en ambulante zorg teams, die de dwingende zorgvragen buiten kantooruren op zich kunnen nemen.
- De crisisopvang voor lichamelijke crises (de spoedeisende hulp), geestelijke crises (vaak GGZ), verslavingszorg en Verpleging & Verzorging liggen – waar mogelijk – dicht bij elkaar of zijn anderszins inhoudelijk aan elkaar verbonden.
- Wanneer er sprake is van een strafrechtelijke traject (al dan niet met detentie), wordt ook daar – wanneer nodig – een zorgtraject gestart.

- Er zijn meerdere soorten woonvormen beschikbaar waar begeleiding aan is gekoppeld. In de directe omgeving zijn voor de 'lichtere categorieën' laagdrempelige voorzieningen aanwezig om er even tijdelijk 'tussenuit' te kunnen en ook voor nachtopvang. Er zijn voldoende voorzieningen voor crisis, zorg in instellingen, vormen van beschermd of begeleid wonen en voldoende passende en betaalbare woningen voor zelfstandig wonen. Er is aandacht voor de in-, door- en uitstroom in deze hele keten. Voor de 'zwaardere categorieën' is er voldoende plek voor langdurige of levenslange vormen van begeleid en beschermd wonen ('prikkelarm', met of zonder zorg) en is er aandacht voor het beteugelen van gewelddadig gedrag in de reguliere zorg.
- Er is een op maat gemaakte aanpak voor de 'buitencategorie' van mensen die potentieel gevaarlijk zijn, die moeilijk plaatsbaar zijn en blijvende zorg en ondersteuning nodig hebben.

Voorbeelden

- Er zijn diverse laagdrempelige voorzieningen, die mensen helpen om een acute situatie te voorkomen. Bijvoorbeeld 'bed op recept' en 'telefoon op recept'.
- Er zijn laagdrempelige inloopfuncties als huiskamers voor mensen met verward gedrag waar ook ervaringsdeskundigen en professionals aanwezig zijn.

Bouwsteen 9. Informatievoorziening

Knelpunten

Professionals hebben te weinig handelingsruimte om optimaal in een keten te kunnen werken, bijvoorbeeld om informatie goed en zorgvuldig te delen. De informatieverzameling en -deling zit klem tussen wetten, regels en interpretaties, met negatieve effecten voor de besluitvorming vanuit het belang van de persoon in kwestie en de samenleving.

Perspectief

Bij al de bouwstenen speelt informatiedeling en -voorziening een belangrijke rol. Het beschikken over de juiste informatie op het juiste moment, is van belang voor het tijdig signaleren van problemen, het toeleiden van een persoon naar passende zorg of het vorderen van een passende straf. Ook terugkoppeling en warme overdracht (bijvoorbeeld van veiligheid naar zorg, van op- of afschalen van zorg) is hierin belangrijk.

Minimale vereisten

- De gebruikte informatie betreft informatie over de persoon met verward gedrag én informatie van die persoon en de directe omgeving.
- Er is een ketenoverschrijdend informatieprotocol, dat een handelingskader biedt voor alle betrokken professionals voor het delen van informatie (wat kan, mag, moet, door wie en hoe binnen de kaders van privacyregelingen en medisch beroepsgeheim). Zodat de persoon met verward gedrag de juiste zorg en ondersteuning krijgt. Elementen van een integraal informatieprotocol:
  - Persoon centraal. Informatievoorziening van én over de persoon met verward gedrag.
  - Bejegening. Helder uitleggen waarom informatie nodig is en legitimeren dat informatie gedeeld wordt.
  - Professionaliteit. Professionele houding ten aanzien van het vragen om en delen van informatie, wederzijds begrip en meewerkende houding. 'Nee is geen antwoord, wat is het alternatief?' De professional heeft oog voor de risico's van het bewaren van informatie in systemen en kent de wettelijke kaders en handelt daarbinnen.
  - Proportionaliteit. Het gaat om die informatie die nodig is om te kunnen handelen.
  - Terugkoppeling. Als informatie is gedeeld, volgt ook een terugkoppeling over wat er met de informatie gedaan is.
  - Continuïteit. Het eigenaarschap is belegd en het is helder wie de regie heeft rondom de persoon met verward gedrag. De eigenaar zorgt voor continuïteit: wie gaat er verder mee? Wie zorgt dat er na een tijdje weer een check plaatsvindt. Wie kan de persoon met verward gedrag zelf benaderen als hij daar behoefte aan heeft?

Voorbeelden

- In het vroegsignaleringsoverleg in de regio's Noord-Holland-Noord, Zaanstreek-Waterland en Kennemerland kan informatie over een casus verrijkt worden vanuit diverse organisaties. Welke informatie in welke situatie gedeeld kan worden, is beschreven in een protocol voor informatie-uitwisseling.
- In de meeste Veiligheidshuizen wordt gewerkt met het systeem GCOS (geïntegreerd casesoverleg ondersteunend systeem). In Tilburg loopt een pilot om dit systeem breder in te zetten en verbinding te leggen met het sociale domein ten behoeve van triage. Daarnaast is er een koppeling tussen de ZSM-tafel en de Veiligheidshuizen via GCOS.

3.3 Aanbevelingen en maatregelen om de bouwstenen te implementeren

Er is nu momentum om de slag te maken van de papieren werkelijkheid, naar de werkelijkheid op de werkvloer en in de leefwereld van mensen met verward gedrag en hun omgeving. Nu is de tijd om substantiële verbeteringen te realiseren, samen door te pakken. De beweging naar een sluitende persoonsgerichte aanpak, met voldoende oog voor het belang van de samenleving, vergt een nadere verdieping met de praktijk. De basis kan meteen al gebruikt worden. Veel kan op lokaal niveau. Een aantal zaken vraagt landelijke aandacht. Hierna volgt een aantal, meer procesmatige, aanbevelingen om de inhoudelijke bouwstenen effectief en efficiënt in te kunnen zetten en een aantal randvoorwaarden daarvoor te regelen.

Aanbevelingen aan mensen met verward gedrag en hun directe omgeving

Een van de doelstellingen van het Aanjaagteam is het ontwikkelen van bouwstenen voor een passend ondersteuningsaanbod voor de mensen die verward gedrag vertonen en hun familie/sociaal netwerk. Dit betekent dat het Aanjaagteam ook zo vrij is hen een aantal aanbevelingen te doen. Aanbevelingen die hopelijk de mensen en hun familie ondersteunen om zo goed mogelijk met de eigen verwardheid of die van hun familie om te gaan. De aanbevelingen liggen in het verlengde van de inzet van cliënt- en familieorganisatie en zijn gericht op herstel, zelfregie en participatie.

- Zowel voor mensen zelf als hun directe omgeving, zoals de familie, kan het helpen om lotgenoten op te zoeken. Dat kan bijvoorbeeld bij cliënt- en familieorganisaties of in zelfhulpgroepen.
- Houdt signalen die vooraf gaan aan problemen goed in de gaten en deel deze met de omgeving.
- Maak gebruik van de crisiskaart. Aan de hand hiervan kunnen professionals tijdens een crisis zien wat op dat moment helpt, wat juist niet en met wie contact opgenomen kan worden.
- Ook eigen kracht conferenties kunnen helpen. Daar kan samen met familie, vrienden en anderen een plan gemaakt worden voor de toekomst.
- Participatie is belangrijk voor mensen met verward gedrag, maar ook voor hun omgeving. Dat kan zijn werk, maar ook vrijwilligerswerk of dagbesteding
- Een aantal mensen die zelf ervaring hebben met verwardheid heeft ervoor gekozen zich op te laten leiden tot ‘ervaringswerkers’. Daarmee kunnen ze de eigen ervaring inzetten om anderen te helpen.
- Voor familie en directe omgeving is het belangrijk ook oog te houden voor zichzelf. Het kan zwaar zijn om voor anderen te zorgen. Het is belangrijk om af en toe bij te tanken en de verantwoordelijkheid voor anderen even los te laten.
- Aarzel niet om hulp te vragen. In de directe omgeving of bij de gemeente of andere professionals.
- Soms reageren mensen vreemd op mensen met verward gedrag en dat kan afschrikken. Vaak snappen mensen het beter als iemand zijn verhaal vertelt. Dat is niet altijd makkelijk en daar kunnen andere bij helpen.

Aanbevelingen aan gemeenten en samenwerkende partners

Er liggen kansen voor met name de gemeenten en haar samenwerkende partners om in een zorgvuldig proces samen te werken aan een sluitende aanpak.

1. **Geef samen – vanuit gezamenlijke verantwoordelijkheid – vorm en inhoud aan alle genoemde bouwstenen voor een sluitende aanpak.**

a. Concretiseer de rol van de gemeenten als eigenaar/regisseur van een sluitende aanpak. Formuleer gezamenlijk, ook met mensen met verward gedrag en hun omgeving, een werkwijze waarin eigenaarschap duidelijk belegd is, gezamenlijke verantwoordelijkheid geduid is met de breed benodigde partners en maak heldere afspraken over wie regie voert.

b. Borg deze aanpak in bestuurlijke afspraken (besluit B&W en/of gemeenteraad) en regionale of landelijke convenanten met ketenpartners. Draag zorg voor de benodigde vertaling naar de werkpraktijk, door professionals te vragen wat zij nodig hebben. Benut de gedachte van de omgekeerde uitvoeringstoets: beleid volgend op de uitvoeringspraktijk in plaats van andersom.

c. Regel samen de organisatie en financiering van de bouwstenen met alle financiers, waaronder:
   - Acute zorg voor mensen met verwardheid: voldoende 24/7 beoordelingsvoorziening en voldoende 24/7 beschikbaarheid van zorg (vereiste klinische capaciteit per regio en spoedeisende hulp voor verwarden, voldoende regionale buffercapaciteit bij instellingen).
   - Niet acute ondersteuning en zorg: 24/7 presentie (aanwezig of beschikbaar) in de wijken. Met voldoende expertise op het terrein van verwardheid. Om te signaleren, te beoordelen en toe te leiden. Daarnaast is het van belang dat wijkteams en huisartsen een beroep kunnen doen op (curatieve) zorg voor consult of overleg.

d. Krijg samen meer zicht op de precieze omvang van de personen met verward gedrag, door elkaars gegevens in samenhang te analyseren. Maak daarbij waar zinvol een onderscheid naar de vier categorieën en bekijk of het benodigde ondersteunings- en zorgaanbod voldoende is. Op basis hiervan kan gericht ingezet worden op bijvoorbeeld maatschappelijke werk

vanuit de wijkteams of bijvoorbeeld een top x van de meest kwetsbare of overlastgevende personen in beeld gebracht worden en kan bezien worden of deze personen voldoende aandacht hebben of dat vakkundige bemoeizorg nodig is. Versterk het gezamenlijk lerend vermogen door samen te kijken naar casuïstiek: analyseer, kijk terug, waar ging het fout, wat leert het ons?

e. Maak per regio het herziene zorglandschap met en voor alle betrokkenen inzichtelijk, breng de benodigde (ambulante) zorg- en ondersteuningscapaciteit per regio in beeld en maak afspraken over het realiseren van de benodigde infrastructuur.
f. Ga samen, ketenbreed experimenteren en leren in de praktijk.
g. Faciliteer dat partners elkaar op lokaal niveau weten te vinden, elkaar frequent treffen, elkaars taal spreken, relevante informatie uitwisselen en zorgen voor goede overdracht.
h. Organiseer multidisciplinaire (bij)scholing in ketenverband, zodat professionals in het veranderende zorglandschap elkaar beter leren kennen en elkaars taal beter leren spreken. Betrek ervaringsdeskundigen hierbij.
i. Zet samen in de communicatie steeds de doelgroep centraal en zet in op 'normaliseren' (iedereen kan te maken krijgen met verwardheid). Ga de dialoog aan in wijken, met buurtbewoners en mensen met verward gedrag over het feit dat de diversiteit aan mensen in de wijk steeds groter is. Inzet is gericht op het accepteren hiervan en het toerusten van mensen om hiermee om te gaan. Ondersteun mantelzorgers in de wijken, door bijvoorbeeld laagdrempelige respijtvoorzieningen, het aanbieden van psycho-educatie, etc.

2. **Regisseer en stuur op de in- door- en uitstroom in de hele keten** (gemeenten, zorgaanbieders en woningcorporatie): van klinisch naar beschermd wonen met FACT, naar eigen (betaalbare en beschikbare) woning met begeleiding.

3. **Faciliteer laagdrempelige inloop- en time-outvoorzieningen in de wijken** (gemeenten, zorginstellingen en zorgverzekeraars gezamenlijk). Denk ook aan beschikbaarheid van OGGZ (Openbare Geestelijke gezondheidszorg)-expertise voor maatschappelijke opvang. Ondersteun de informele zorg, zoals de mantelzorgers (omzien naar elkaar).

4. **Pak de maatregelen op het terrein van de acute zorg zo veel mogelijk op in het traject van het SIRM rondom de Generieke Module Acute Psychiatrie.** Borg daarbij ook de maatregelen, breder dan alleen psychiatrie.

5. **Regel samen passend vervoer voor de verschillende vervoer situaties in de regio** (Ambulancezorg Nederland, Politie, zorgverzekeraars, VWS en GGZ NL).

6. **Organiseer expertise in de meldkamers op het terrein van verwardheid** (AZN, Politie, OGGZ en GGZ NL). Dit vergt uitbreiding met kennis, kunde en capaciteit.

7. **Bevorder samenwerking tussen gemeenten en (GGZ-)instellingen op het punt van het bevorderen van de arbeidsparticipatie.** Bijvoorbeeld door het inzetten van IPS (Individuele Plaatsing en Steun), een methode om mensen met (ernstig) psychische aandoeningen aan werk te helpen.

8. **Verlaag financiële drempels tot de zorg voor onverzekerden en de eigen bijdrage (gemeenten):**
   a. Gebruik mogelijkheden van het briefadres, zodat een zorgverzekering kan worden afgesloten. Gemeenten kunnen zelf beopalen hoe lang deze te gebruiken is en welke voorwaarden kunnen gelden. De Nederlandse Vereniging van Burgerzaken kan voor zorgvuldig gebruik van de mogelijkheden adviezen geven.
   b. Benut waar nodig de uitzonderingsbepaling dat iemand een verzekering kan krijgen door aan de verzekeraar aan te tonen dat iemand ingezetene, zoals dat ook kan door een onderzoek van de SVB. Benut de ruimte in de regelgeving optimaal.
   c. Geef de wijkteams een rol om aanvullende oplossingen te organiseren wanneer oude schuldeisers aankloppen en de financiële situatie verder verslechtert. Verbindt ambtenaren Burgerzaken met ambtenaren uit het sociale en huisvestingsdomein en de schuldsanering.
   d. Maak of verschuif budgetten, zodat het eigen risico of de eigen bedrage betaald kan worden uit de Bijzondere Bijstand of door betrokkene mee te laten doen aan de gemeentelijke collectieve verzekering.
   e. Besef dat regiobinding niet toegepast mag worden.
   f. De huidige samenwerkingsinitiatieven van zorgverzekeraars met allerlei ketenpartners om mensen met schulden te helpen kunnen hierbij ter inspiratie gebruikt worden.

Aanbevelingen aan de opdrachtgevers en de rijksoverheid
Veel zaken kunnen in de lokale praktijk opgepakt worden. Een aantal zaken vergt meer aanpassingen op systeemniveau, in randvoorwaarden om op lokaal niveau tot een sluitende aanpak te komen. Een eerste overzicht van maatregelen die niet hoeven te wachten op verdere verdieping en nu al opgepakt kunnen worden door de opdrachtgevers en de rijksoverheid, samen met landelijke partners.

1. **Omarm en stimuleer de bouwstenen voor een sluitende aanpak op lokaal niveaus als richtinggevend kader.** Laat deze, na de verdiepende fase vastleggen in een breed bestuursakkoord van alle betrokkenen, zoals de VNG en de rijksoverheid, OM, GGZ Nederland, zorgverzekeraars, politie, cliënt- en familieorganisaties en diverse brancheorganisaties van relevante beroepsgroepen.

2. **Neem regie voor overleg met zorgverzekeraars, NZA en gemeenten over organisatie, omvangbepaling en financiering van 24/7 acute zorg als beschikbaarheidsfunctie.**

3. **Verlaag drempels voor onverzekerden** (samen met zorgverzekeraars).
   a. Mogelijk kunnen 'bevoegden uit de praktijk' bepalen dat de betreffende onverzekerde direct in de collectieve verzekering van de gemeente opgenomen wordt, zodat de betreffende persoon de (acute) zorg krijgt die nodig is en de rekening gedeclareerd kan worden.
   b. Zet de wanbetalersregeling zodanig gericht in dat deze geen nieuwe barricade opwerpt om een zorgverzekering aan te gaan.
   c. Controleer actief, voor het beëindigen van detentie, of de ex-gedetineerde een zorgverzekering heeft, of help deze afsluiten. Neem belemmeringen hiervoor weg.
   d. Denk eventueel als sluitstuk na over een soort solidariteitsfonds, vergelijkbaar met het fonds voor illegalen.

4. **Ontwerp een opzet en reglementering van informatieverzameling (informatieprotocol).** Voor uitwisseling tussen betrokken partijen (GGZ/VG/PG, familie, naasten/omgeving, politie, justitie, Veiligheidshuis) kunnen bestaande protocollen benut worden, voor het formuleren van een gezamenlijk ketenoverstijgend protocol. Dit geeft handvatten voor domeinoverstijgend werken op een zorgvuldige manier. Benut regelruimte voor het wegnemen van de handelingsverlegenheid op het terrein van privacy en medisch beroepsgeheim en creëer daarmee een veilig kader, een veilige omgeving voor de professional.

5. **Ondersteun het passend vervoer in de regio's.** Basis voor het vervoer is de Tijdelijke wet Ambulancezorg. Creëer experimenteerruimte, stimuleer pilots en onderzoek naar financieringsmogelijkheden, voor nieuwe vormen van passend vervoer, zoals ook al in diverse regio's gebeurt (met bijvoorbeeld psycholances en ander alternatief vervoer).

6. **Rol de crisiskaart uit** (samen met cliënt- en familieorganisaties en ketenpartners). Maak deze breed toegankelijk en beschikbaar, creëer capaciteit in de wijkteams en benut ervaringsdeskundigen of familieleden om deze waar nodig met personen met verward gedrag zelf in te vullen.

7. **Versterk de maatschappelijke acceptatie en toerusting.** Draag ervoor zorg dat er meer bekendheid is met verward gedrag, bijvoorbeeld op scholen, werk en in de media. Zodat kwetsbare mensen in de wijken beter geaccepteerd worden en mensen beter toegerust zijn (bijvoorbeeld weten wat ze kunnen doen als ze signalen herkennen).

8. **Stimuleer en implementeer innovaties en technologische ontwikkelingen** (samen met het Nationaal ICT Instituut in de Zorg, NICTIZ). Dit kan bijdragen aan de kwaliteit en betaalbaarheid van zorg en ondersteuning.

9. **Stimuleer dat het curriculum van opleidingen en (bij)scholingen aangepast wordt**, passend bij het veranderende zorglandschap. Deze veranderingen hebben impact op de inhoud van het vak, op de samenwerkingspartners en de taakopvatting. Betrek bij opleidingen ervaringsdeskundigen.

10. **Blijf investeren in een passende aanpak voor bijzondere doelgroepen.**
    a. Er is een groep personen met (meestal ernstige) persoonlijkheidsproblematiek en zeer gevaarlijk gedrag. Deze groep is niet de grootste groep, maar geeft wel maatschappelijke onrust. Ze zijn moeilijk te plaatsen of te behandelen en lastig te handhaven in de huidige GGZ-instellingen. Het aantal beveiligde plekken is beperkt en de financieringssystematiek van deze groep is lastig, door de scheidslijnen tussen zorg en veiligheid.
    b. Voor bepaalde groepen is levenslang structurering nodig, door behandeling/zorg en sociale condities in één verband te plaatsen of

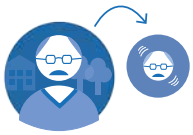
vanuit één verband te organiseren. Dit vraagt ook om verbinding en afstemming van locaties en geldstromen om voldoende passende voorzieningen te creëren.

c. De groep sterk gedragsgestoorde licht verstandelijk beperkten vergt meer aandacht, samenwerking en financieringsmogelijkheden. Deze mensen vallen nu vaak tussen wal en schip (IQ is net te hoog, (nog) geen strafrechtelijke titels, financiering ontbreekt, mensen gaan van kastje naar de muur). Het gaat hier ook om het samenspel tussen LVG-, GGZ- en verslavingszorg.
d. De continuïteit van zorg (na strafrechtelijk traject/behandeling, informatie delen met vervolgzorgtraject) vraagt bijzondere aandacht. Hiervoor is het programma continuïteit van zorg per 1 januari 2016 van start is gegaan. Belangrijk is dat er een specifieke infrastructuur/outillage is voor langdurige, gedwongen behandeling en verblijf met beveiliging, zodat het 'gat' tussen strafrecht en gezondheidszorg' aangepakt wordt.
e. Maak vaart met de Wet Verplichte GGZ, met als inzet dat deze zo min mogelijk wordt toegepast, alleen als er echt sprake is van gevaar voor de persoon of de samenleving.
f. Blijf inzetten op de programma-aanpak dreigingsmanagement potentieel gewelddadige eenlingen (programma bij de Nationale Politie, met medefinanciering van het ministerie van VWS). Deze personen kunnen gevaarlijk en ook verward zijn.
g. Vluchtelingen. Houd oog voor de ontwikkelingen van vluchtelingen die een risico op verward gedrag vertonen en neem – wanneer nodig – extra (preventieve) maatregelen.

Bovenstaande aanbevelingen kunnen nu al door mensen met verward gedrag, hun familie en door gemeenten, ketenpartners en Rijk worden opgepakt. Deels gaat het om aanbevelingen, waarbij partijen vanuit het perspectief van de persoon met verward gedrag en hun directe omgeving afspraken maken. Dit hoeft als zodanig niet direct geld te kosten. Een aantal aanbevelingen heeft naar verwachting wel financiële consequenties of vraagt om een herverdeling van bestaande middelen. Deze zijn in deze fase nog niet allemaal concreet te maken. In de volgende tussenrapportage van het Aanjaagteam van eind mei zal het Aanjaagteam, met behulp van de verschillende betrokken partijen, nader op de financiële aspecten ingaan en deze zo goed mogelijk onderbouwen voor vervolggesprekken.

Case #2
Geen plek

Dit is Hans
76 jaar

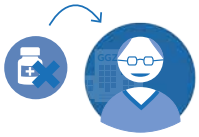


Hans heeft sinds 8 jaar Parkinson en lijdt ook aan suikerziekte.
Hans is de afgelopen jaren steeds opvliegender geworden
en gedraagt zich soms agressief.

Onder meer de buren hebben daar last van,
zij hebben de politie al eens gebeld. Ook Hans' vrouw Joke
heeft de afgelopen jaren al heel wat incidenten geblust.

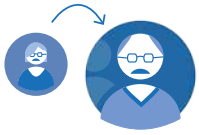
Totdat Hans op een nacht helemaal door het lint gaat. De politie haalt Hans op
– hij geeft zelf ook aan dat hij niet voor zichzelf in kan staan.

Vervolgens zoekt de politie naar een GGZ-instelling in de buurt,
om Hans te laten beoordelen. In de regio waar Hans woont hebben
politie en GGZ een convenant waarin daar afspraken over gemaakt zijn.
De GGZ-instellingen hebben geen van alle plek. Uiteindelijk vinden de agenten
toch een instelling die Hans schoorvoetend opneemt, op een tijdelijk bed.



Later ontdekt de neuroloog dat Hans waarschijnlijk slecht reageert op
een medicijn dat hij krijgt voor zijn Parkinson:
een bijwerking daarvan is een verhoogd risico op psychoses.

Als Hans gestopt is met het middel, gaat het lichamelijk slechter met hem,
maar geestelijk voelt hij zich beter.



Voor Joke ligt het gecompliceerder: zij is helaas het vertrouwen
in haar man verloren en hij blijft rare fratsen uithalen.

Een beschrijving van een persoon met verward gedrag (bron: Kafkabrigade)

4 Dieperliggende knelpunten en perspectieven voor een omslag

De in de vorige hoofdstukken aangehaalde knelpunten zijn vaak niet nieuw. De voorgestelde beweging en bouwstenen voor een sluitende aanpak, komen hier voor een belangrijk deel aan tegemoet. Naast knelpunten binnen de verschillende bouwstenen, heeft het Aanjaagteam geconstateerd dat voor een sluitende aanpak ook een aantal dieperliggende, fundamentele problemen aangepakt dienen te worden. Dit is niet eenvoudig. Het Aanjaagteam stelt een aantal bewegingen voor, die hieraan kunnen bijdragen.

4.1 Dieperliggende, fundamentele knelpunten

De systeemwereld is leidend in plaats van de leefwereld

"Alle instanties zijn zich heel erg bewust van waar de eigen verantwoordelijkheden ophouden".

Uitspraak van een moeder van iemand met verward gedrag

Deze opmerking typeert in één zin waar mensen met verward gedrag nog te vaak tegen aanlopen. De systeemwereld prevaleert boven de leefwereld van mensen. Leidend in de systeemwereld zijn wet- en regelgeving, protocollen, financieringsstromen, taakopvattingen van elke 'koker' en de verschillende regionale indelingen. Dit is nadrukkelijk niet verwijtbaar aan één organisatie of aan professionals op zich. Inzet is integrale handelingsruimte, hetgeen nog in ontwikkeling is. Binnen de organisaties wordt hard gewerkt, worden zaken geoptimaliseerd en zijn diverse, goede transities ingezet om er aan bij te dragen dat mensen langer gezond en veilig thuis kunnen wonen.

De samenwerking of verbindingen tussen de kokers, ten behoeve van de mensen met verward gedrag en hun omgeving, blijft echter een probleem. Afbakeningen, definities, allerlei systeemprikkels, maken dat niet de persoon en de omgeving centraal staan, maar de systeemwereld. Daardoor zijn er te weinig door alle partijen gedeelde handelingsperspectieven, wordt teveel gewerkt met 'deeloplossingen', worden mogelijkheden onvoldoende benut en is de leefwereld van personen met verward gedrag en hun omgeving nog onvoldoende substantieel verbeterd.

Professionals redeneren nog te vaak vanuit het systeem, durven nog onvoldoende handelingsruimte te nemen of worden onvoldoende ondersteund om te improviseren, te werken vanuit de bedoeling. Hoewel de inzet van de decentralisaties is geweest meer integrale handelingsruimte te creëren, gebeurt dit nog onvoldoende. Professionals zijn gespecialiseerd op één terrein en dat is logischerwijs de focus van hun ondersteuning of zorg. Dit leidt er vaak toe dat niet de mens als geheel, in samenhang met zijn sociale context, centraal staat, maar juist de beperking of ziekte. De professional staat niet 'naast' de mensen met verward gedrag en handelt vanuit een deelperspectief. De professional heeft nog te weinig handvatten, stimulans of improvisatieruimte om dit in goed samenspel met personen met verward gedrag en de directe omgeving en andere partners te doen. Daarbij speelt ook dat professionals elkaars 'taal' niet goed spreken en elk een eigen cultuur hebben.

"De expertise van de psychiatrie zit niet in de haarvaten van de wijkteams. Er is een apart circuit voor FACT, erg gericht op stoornis. Denken heel erg vanuit psychiatrische kant. Ze zijn er niet bij als het langzaam escaleert of familie of buren alarm slaan, als gordijnen dicht blijven."

Een professional

Eigenaarschap en (bestuurlijke) verantwoordelijkheid zijn onduidelijk

Te vaak is onduidelijk wie regie neemt voor een sluitende aanpak voor personen met verward gedrag. Er is geen duidelijke (bestuurlijke) verantwoordelijke voor het aansluiten van organisaties op elkaar, om structurele oplossingen te vinden vanuit het integrale perspectief en daar continuïteit in aan te brengen. Er ontbreekt een regisseur, die rondom een persoon met verward gedrag het initiatief neemt om de relevante partners structureel bij elkaar te brengen om te komen

tot een passende, persoonsgerichte ondersteuning. Iemand die verantwoordelijkheid neemt en tijdig kan escaleren.

Onduidelijk is wie op gemeenteniveau regie neemt. De wethouders sociaal domein of de burgemeester. Regie ontbreekt regelmatig of is niet helder, onder andere door het wegvallen of verkleinen van de GGD in verschillende gemeenten. Hierdoor is soms ook de verantwoordelijkheid voor de OGGZ (Openbare Geestelijke Gezondheidszorg) onvoldoende belegd, terwijl deze van groot belang is.

Er is sprake van een systeembreuk tussen ondersteuning, zorg en veiligheid
De verbinding en afstemming tussen ondersteuning, zorg en veiligheid is onvoldoende. Wanneer een persoon in aanraking komt met politie wordt in het triageproces al vroeg een keuze gemaakt of de betrokkene in het strafrecht of in de zorg thuishoort. De samenwerking tussen de verschillende organisaties, het combineren van straf, zorg en ondersteuning in de vorm van maatwerk, loopt niet goed. De uitvoering van een in het strafrecht opgelegde sanctie kan een zorgtraject onderbreken, wat in sommige gevallen nadelig is voor de betreffende persoon. In andere gevallen kan het soms juist helpen om de sanctie als gedwongen kader te hebben voor de benodigde zorg. Er ontbreekt gedeelde kennis en toepassing van het instrumentarium voor het in goede volgorde toepassen van drang en dwang en zorg en ondersteuning. Er is veel geregeld, maar onvoldoende met elkaar gedeeld, waardoor onvoldoende afgewogen wordt (inclusief taxatie van risico's) wat op welk moment de meest geëigende inzet is.

De taken op het gebied van zorg en veiligheid zijn op verschillende niveaus georganiseerd (10 politieregio's, 25 veiligheidsregio's, 43 centrumgemeenten). Afstemming vindt nog onvoldoende plaats. Rollen en verantwoordelijkheden zijn niet helder en escalatielijnen ontbreken.

Er is sprake van verkokering in wet- en regelgeving en financieringssystematiek
Zorgaanbieders kennen meerdere financiers en financieringsstromen (forensische zorg, Zvw, Wmo, Wlz) en verschillende kaders (forensisch, civiel en vrijwillig). Deze zijn niet goed op elkaar afgestemd. Elk 'schot' is een drempel voor personen met verward gedrag en professionals en dit belemmert continuïteit in de zorg.

Vanwege de vaak complexe problematiek van mensen met verward gedrag zijn meerdere professionals betrokken, maar regie en gevoel van eigenaarschap ontbreken.

Een vloeiende schakeling tussen eigen kracht, enige mate van ondersteuning of de noodzaak tot intensievere vormen van (structurele) hulp is niet overal helder geregeld of gefinancierd. Er is sprake van een knip in financiering tussen begeleiding en behandeling. Hetzelfde geldt voor de overdracht van acuut naar niet-acuut en van veiligheid naar zorg. Het lijkt erop dat een persoon met verward gedrag het beste af is, op het moment dat het flink escaleert. Het moet slecht met de persoon gaan, wil hij de juiste zorg en ondersteuning krijgen. Dat geldt ook voor de aansluiting tussen een (GGZ-)zorgtraject en de sector van Werk&Inkomen. De doelen herstel of re-integratie en participatie worden gescheiden van elkaar nagestreefd en ook via verschillende financieringsstromen gevoed.

Het nieuwe zorglandschap is complexer geworden
De recente hervormingen in het sociale domein hebben geleid tot een nieuw, veranderd zorglandschap. Dit biedt kansen op lokaal niveau voor ontschotting, maatwerk en hulp dichtbij huis, bijvoorbeeld door inzet van wijkteams. Het is echter ook een stuk complexer geworden en de nieuwe situatie vraagt om meer afstemming met allerlei partners, op allerlei niveaus, met allen hun eigen 'systeemwerkelijkheid'.

"Je moet van goede huize komen om je staande te houden in het gemeentelijke domein."

Een ervaringsdeskundige

Het tempo van beleidswijzigingen is hoog en de uitvoeringspraktijk kan het nauwelijks bijbenen. Transformatie kost tijd. De basisstructuur staat, maar de samenwerking tussen gemeenten en zorgaanbieders staat nog in de kinderschoenen. De nieuwe rol moet nog goed ingevuld worden door professionals, bijvoorbeeld door voldoende kennis en bekendheid met informatieprotocollen. Door de multidisciplinaire samenstelling van wijkteams wordt meer gewerkt, vanuit een integraal perspectief. Optimale aansluiting van de keten hierop dient nog verder te ontwikkelen. Inwoners hebben steeds meer te maken met één hulpverlener (één gezin, één plan, één hulpverlener). Voor zorgaanbieders is het soms ingewikkelder. In plaats van regionale zorgkantoren en meerdere zorgverzekeraars hebben zij nu ook nog met meerdere gemeenten te maken. Automatismen tussen gemeenten en zorgaanbieders, om hier mee om te gaan, zijn er nog niet of onvoldoende. Ook professionals moeten door de veranderingen wennen aan het nieuwe zorglandschap en moeten leren om elkaar (opnieuw) te vinden. Dat heeft tijd nodig heeft, vergt een investering (elkaars

taal en cultuur leren kennen) en mogelijk op sommige onderdelen meer standaardisatie van werkwijzen.

Overall regie op zorg- en ondersteuningsinfrastructuur ontbreekt
De hervorming van de langdurige zorg en de afbouw van klinische bedden sluit aan bij de wens om mensen dichter bij hun eigen omgeving te laten behandelen. VWS monitort de afbouw van de bedden en de opbouw van ambulante zorg. Er is echter geen centrale regie of eigenaarschap op deze af- en opbouw, waardoor niet gestuurd wordt. Er is geen heldere verantwoordelijke voor de regie op de gehele benodigde zorg- en ondersteuningsinfrastructuur. Sommige zorgverzekeraars werken met meerjarenafspraken rondom af- en opbouw, anderen niet. Deze wordt gefragmenteerd ingekocht of georganiseerd. Sommige functies, zoals beoordeling in een crisissituatie, zijn niet (voldoende) als 24/7 beschikbaarheidsvoorziening aanwezig, bijvoorbeeld vanwege financiële redenen. Het ontbreekt aan regie en sturing op de in- door- en uitstroom in de hele keten: van klinisch naar bescherm wonen met FACT, naar eigen woning met begeleiding. Groot knelpunt bij de doorstroom uit voorzieningen is het gebrek aan betaalbare woningen.

"Mijn ervaring is dat ze het ontzettend druk hebben en dat er veel gevallen zijn, die al lang een bed in de psychiatrie hadden moeten hebben."

Een moeder van een verslaagde zoon

Er is onvoldoende aandacht voor dagbesteding voor verwarde personen met grote afstand tot de arbeidsmarkt. Met als gevolg eenzaamheid en gebrek aan structuur voor mensen die juist baat hebben bij sociale contacten, een gevoel van zinvol te zijn en goede structuur.

Risico- en regelreflex
De politieke en media-aandacht voor het vraagstuk versterken de urgentie van het oplossen van problemen. De aandacht is echter vaak ingegeven door deelproblemen, die een integrale blik doen vernauwen. Ook werkt dit stigmatisering in de hand, omdat de aandacht uitgaat naar problemen en overlast. Dan voert de risico-regelreflex de boventoon. Doordat structureel wordt uitgegaan van het voorkomen van fouten, in plaats van pragmatisch of innovatief werken aan goede oplossingen, holt het systeem uit. Dit leidt tot angst en verkramping bij professionals om te handelen. Juist zij moeten zich veilig voelen om het goede te kunnen doen.

Te veel nadruk op 'de achterkant'

"In de groep werk je samen aan herstel, waarbij onnodig lijden kan worden voorkomen. Er is ruimte voor het verhaal. Mensen kunnen over zichzelf praten. Er is herkenning en erkenning. Mensen voelen zich geen minkukel meer waarbij er een proces op gang komt."

Een ervaringsdeskundige over zelfhulpgroepen

De aandacht gaat veel uit naar 'de achterkant': het verruimen van mogelijkheden van gedwongen zorg, het regelen van crisisbedden, acute opvanglocaties, etc. De problemen ontstaan echter aan de voorkant. Door te weinig aandacht voor de hele levenssituatie, het algehele welzijn en een goede levensstructuur, te weinig outreachende aanpakken, het niet direct oppakken van signalen van personen en hun directe omgeving, belemmeringen in de vrijwillige toegang tot voorzieningen, afname van laagdrempelige voorzieningen als huiskamers, sociale en maatschappelijk werkers en inloopfuncties, ontbreken van passende woningen en mogelijkheden voor werk of zinvolle dagbesteding en onvoldoende deskundigheid in de wijk. Meer aandacht naar de voorkant dient zowel het belang van de samenleving als dat van het individu.

"Verwardheid is altijd een climax. Het komt ergens vandaan. Je moet zorgen dat je dit voorkomt. Daarbij is de manier van benaderen heel erg belangrijk."

Een ervaringsdeskundige

Complexiteit van en acceptatie door de maatschappij

"De samenleving is harder, rechtser, individueler en draait meer om geld en werk. Dat is niet gunstig voor ggz patiënten. Psychiatrisch patiënten, zoals ik, kunnen gewoon niet zo meedraaien op de arbeidsmarkt als we zouden willen, hebben minder geld en hebben vaak ook een kleiner netwerk. Door mijn gedrag ben ik vrienden kwijtgeraakt."

Een ervaringsdeskundige

De maatschappij wordt steeds sneller en ingewikkelder. Ook is het de vraag of de samenleving voldoende gastvrij en/of toegerust is. Mensen met verward gedrag ervaren vaak stigmatisering. Ze hebben niet alleen te maken met hun eigen verwardheid, maar ook met de wijze waarop de omgeving reageert (de zogenaamde '2e ziekte'). Dit belemmert hen in het meedoen in de maatschappij. Mensen vinden moeilijker een baan, trekken zich terug, vereenzamen en dit kan leiden tot terugval.

"Bij verwarde personen is het rolverlies heel erg. Je stelt niets meer voor."

Een ervaringsdeskundige

Er zijn taboes of dogma's, zoals bijvoorbeeld blijkt uit het ongemak van het accepteren dat sommige mensen levenslang hulp nodig hebben of zonder goede begeleiding een gevaar zijn voor de samenleving. Er is een groep mensen die 'nergens lijkt te passen'. Te goed om in een zorginstelling opgenomen te worden, te ziek om thuis te blijven of behandeld te worden met informele zorg. Qua ziekte uitbehandeld, dus niet passend in een zorginstelling, onvoldoende stabiel om het alleen te redden. Voor deze mensen is er geen passend antwoord, ze passen niet binnen de werkelijkheid van de 'systeemwereld'. Dus laten we ze 'los', wachtend op een (nieuwe) acute situatie.

Tot slot is er een taboe op het accepteren dat er altijd mensen zullen zijn met verward gedrag, zoals er ook altijd mensen met somatische klachten zijn. Niet alles is te voorkomen.

4.2 Een gedeeld perspectief: werken vanuit de bedoeling

Voor structurele oplossingen is een gedeeld perspectief nodig en een krachtige beweging van mensen en organisaties, die samen werken aan een sluitende aanpak, aansluitend bij de uitgangspunten van de transformatie in het sociale domein. Wat is de gezamenlijke bedoeling? Wat kunnen en willen we, als we samen kijken naar een persoon met verward gedrag en de samenleving? Wat is er nodig en wat kan iedereen daaraan bijdragen? Dit perspectief kent vier hoofdelementen:

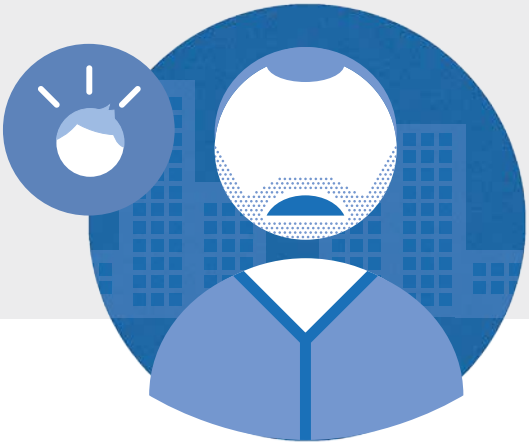
1. *Een integrale, persoonsgerichte aanpak*. Belangrijke basisvoorwaarde voor herstel en het voorkomen van terugval of afglijden is een integrale persoonsgerichte aanpak met oog voor het belang van de samenleving. Een aanpak gericht op sociale contacten, zinvol werk of dagbesteding, passende woning, financieel de zaken op orde en gezondheid.

2. *Van systeemwereld naar leefwereld*. De leefwereld van de persoon met verward gedrag én de samenleving centraal. Dat betekent oprecht geïnteresseerd luisteren naar zowel de persoon als de signalen uit de samenleving, persoonlijk maatwerk, aansluiten bij de persoonlijke situatie, de omgeving en eigen kracht. De keteninstanties werken niet alleen vanuit hun eigen individuele organisatiedoelstellingen (de 'systeemwereld'), maar sluiten aan bij de levensfases, ontwikkelingen en mogelijkheden van de unieke persoon en bij de vragen en zorgen van de omgeving (de samenleving). Ze proberen samen tot oplossingen te komen, maken gebruik van ieders talenten en leggen vloeiende verbindingen.

3. *Heldere regie en eigenaarschap*. Helderheid over wie regie en eigenaarschap neemt in de integrale aanpak voor personen met een hulp- of ondersteuningsbehoefte en/of een straftraject. De ketenpartners werken samen, nemen gezamenlijk verantwoordelijkheid en waar nodig is helder wie de knoop doorhakt. 'Nee' is geen antwoord. Samen doorpakken en mensen met verward gedrag en de samenleving perspectief bieden, waarbij de professional meer handelingsruimte krijgt.

4. *Preventie en vroegtijdige signalering centraal zetten*. Hulp en ondersteuning vroegtijdig en dichtbij. Met als inzet persoonlijk leed en verschuiven naar 'zwaardere categorieën' (en bijvoorbeeld aanraking met het strafrecht) voorkomen en risico's voor de samenleving verminderen.

Case #3
Wonen in een garagebox

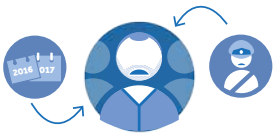


Dit is Hassan
21 jaar

Hassan komt als hij 18 jaar is naar Nederland. Zijn moeder zet hem in Marokko op het vliegtuig. Omdat Hassan een Nederlandse vader heeft, kan hij een paspoort krijgen, dat iemand in Marokko voor hem regelt.

Eenmaal in Nederland heeft Hassan geen huis.
Hij woont soms bij bekende families, soms in de daklozenopvang, maar de meeste tijd slaapt hij in een garagebox.

Hassan veroorzaakt soms opstootjes, waardoor hij een verbod krijgt bij een van de opvangplekken.



Hassan is analfabeet en Nederlands spreekt hij niet.
Pas als Hassan twee jaar in Nederland is, komt hij voor het eerst officieel in aanraking met 'de instanties': Hassan wordt opgepakt door de politie omdat hij betrokken is bei een winkeldiefstal.

De agenten die Hassan treffen, merken dat hij misschien ondersteuning nodig heeft. Via de politie komt Hassan in contact met DWI, een straatteam, MEE.

Uit een IQ-test blijkt dat Hassan een IQ van 63 heeft.

Via de instanties krijgt hij een postadres, een zwerfuitkering, en uiteindelijk een plek in een huis voor begeleid wonen, gefinancierd door de gemeente.

Een beschrijving van een persoon met verward gedrag (bron: Kafkabrigade)

5 De volgende fases van het Aanjaagteam

Deze tussenrapportage van het Aanjaagteam is te lezen als een afronding van de eerste, oriënterende fase. Een fase waarin veel geluisterd, opgehaald en onderzocht in intensieve samenwerking met vele partners. Een fase waarin knelpunten zijn gesignaleerd, oplossingsrichtingen zijn geduid en aanbevelingen zijn gedaan voor maatregelen die nu al opgepakt kunnen worden. De volgende fase van het Aanjaagteam staat in het teken van verdiepen en samen doen.

5.1 De verdiepingsfase: verdiepen én samen doen

De volgende fase (medio februari t/m mei 2016) staat in het teken van verdiepen én samen doen op twee niveaus: handvatten voor de praktijk en de meer fundamentele vraagstukken. Centraal staat het ondersteunen van de praktijk, het werken als katalysator. Het Aanjaagteam blijft aansluiten bij haar hoofddoelstellingen: het vinden van oplossingen, die werken voor de mensen zelf, rekening houdend met het maatschappelijk belang van het voorkomen of terugdringen van maatschappelijke overlast. Focus in de volgende fase ligt op het verder concreet vergroten van het handelingsperspectief van professionals en mensen met verward gedrag en de verantwoordelijkheid van gemeenten als regisseur van de keten. Daar waar zij aanlopen tegen (fundamentele) problemen of ontbrekende randvoorwaarden om de aanbevelingen te implementeren, zal het Aanjaagteam deze stevig adresseren, blijven aanjagen en ervoor waken dat er niet alleen deeloplossingen komen.

Het verdiepende en actiegerichte gesprek

Het Aanjaagteam wil in de volgende fase verdiepende en actiegerichte gesprekken aangaan. Doel van deze gesprekken is de uitkomsten van de oriëntatiefase te verrijken en de beweging (werken vanuit de bedoeling) te versterken. Het Aanjaagteam gaat daarvoor intensiever de regio in, de gemeentelijke samenwerkingsverbanden opzoeken. Er zijn al tal van bijeenkomsten in het land waarin gemeenten over dit onderwerp praten en waarbij ook de ketenpartners zijn uitgenodigd. Het Aanjaagteam sluit daar graag bij aan en zal, daar waar hiaten liggen, stimuleren dat alsnog bijeenkomsten georganiseerd worden of deze zelf organiseren. Daarnaast betrekt het Aanjaagteam ook de besturen van de verschillende ketenpartners, bij voorkeur gezamenlijk en zoveel als mogelijk aansluitend bij bestaande overleggen. Ook het bureauoverleg zal weer een aantal keer bijeen gebracht worden. Dit overleg is geïnitieerd door het Aanjaagteam en hierin zitten vele partners. Vanzelfsprekend is er blijvende aandacht voor de professionals zelf.

Ondersteunen en meeleren van lopende pilots en proeftuinen

Er gebeurt veel in Nederland. Gemeenten, regio's en ketenpartners willen graag van elkaar leren om te kijken hoe zij hun eigen praktijk en samenwerking kunnen

verbeteren. Vaak worden vragen gesteld als: wat werkt nu echt, waarom, wat zijn kritische succesfactoren, wanneer zijn we volledig en sluitend? Uitgaande van de sluitende aanpak, de geformuleerde bouwstenen en de vier onderscheiden categorieën, gaat het Aanjaagteam meeleren en -denken met een aantal lopende projecten en aanpakken. Ze zal niet zozeer zelf initiëren, vanwege de beperkte looptijd van het Aanjaagteam en met oog op een goede borging. Enkele voorbeelden van pilots waarin het Aanjaagteam wil meeleren of meedoen:

- De 'pilot verbeterde ketensamenwerking rondom verwarde personen' als onderdeel van het verbetertraject naar aanleiding van de Commissie Hoekstra.
- Aanpakken rondom integrale passende informatievoorziening in concrete casus (Kafka en ervaringsdeskundigen).
- Experimenteren met de organisatie en financiering van passend vervoer in nauwe samenwerking met GGZ-Nederland en de partners van Ambulancezorg Nederland.
- Enkele regionale of gemeentelijke aanpakken.

Onderzoeksagenda met de partners
Uit het onderzoek van de UvA is gebleken dat er veel onderzoek is, maar veelal op deelaspecten of in specifieke regio's. Het is belangrijk om met onderzoekers en met de partners te gaan kijken welk onderzoek, waar, vanuit de persoonsgerichte, integrale aanpak wenselijk is. Met daarin aandacht voor de relatie tussen de domeinen gezondheid, samenleving en veiligheid en de wensen van mensen met verward gedrag en hun familie. Op basis hiervan zal het Aanjaagteam zoveel mogelijk aansluiten bij lopende onderzoeksagenda's, zoals vanuit de verschillende ministeries en onderzoeksinstellingen of aanvullend voorstellen doen voor nader onderzoek.

Inbreng in aanpalende trajecten en borgen voortgang relevante randvoorwaarden
Er lopen rondom het vraagstuk van mensen met verward gedrag op diverse deel- of aanpalende terreinen diverse trajecten. Te denken valt aan het verbeterprogramma van het OM, het traject Continuïteit van Zorg, Agenda voor de Zorg, de Transitiecommissie Sociaal Domein, trajecten als Veilig Thuis, Maatschappelijke Opvang en diverse convenanten. Het Aanjaagteam zal haar inzichten actief met deze trajecten delen.

Het Aanjaagteam heeft in hoofdstuk 4 aanbevelingen gedaan en systeemoverstijgende problemen en mogelijke oplossingen geadresseerd. Daar waar in de verdiepende fase blijkt dat bepaalde randvoorwaarden voor het implementeren van de aanbevelingen ontbreken, zal het Aanjaagteam ook deze stevig adresseren op de juiste plaatsen.

Verder sluit het Aanjaagteam ook in deze fase zoveel mogelijk aan bij lopende trajecten en onderwerpen van verschillende partners en opdrachtgevers, die het vraagstuk personen met verward gedrag raken of daarmee overlappen. Inzet is daarbij het delen van kennis en ervaringen, elkaar versterken en voorkomen dat zaken dubbel gedaan worden.

Benutten van maatschappelijke kosten- en batenanalyses
De huidige aanpak van het vraagstuk van verward gedrag kenmerkt zich door een grote variëteit aan financieringsbronnen. Maatregelen kosten vaak de ene organisatie geld, terwijl de andere er baat bij heeft. Vanuit maatschappelijk oogpunt kunnen maatregelen én effectief én efficiënt zijn, als met een bredere blik hiernaar gekeken worden. Op deelterreinen, zoals de Maatschappelijke Opvang, zijn al diverse analyses gemaakt. Het verbreden en breder toegankelijk maken van deze en waar nodig nieuwe analyses, helpt het domeinoverstijgend denken en werken en kan mogelijk bijdragen aan nieuwe kostendelingen. Deze analyses kunnen ook behulpzaam zijn bij de verdere uitwerking van de financiële consequenties van de eerder geduide aanbevelingen.

Afronden inventarisaties
Een aantal andere inventarisaties loopt nog of gaat nog starten:
- Inventariseren belemmeringen en perverse prikkels in het samenspel van de verschillende wetten en regels.
- Inzicht verkrijgen wat er al op het gebied van opleiding en scholing speelt: in hoeverre zijn aanpassingen nodig of waar kan de opgedane kennis een goede plek krijgen, zoals ook in de al gestarte of nog te starten trajecten van de VNG.
- Internationale dimensie van het probleem: hoe is het in ons omringende landen geregeld? Via de permanente vertegenwoordiging in Brussel is bij een 7-tal landen een korte enquête uitgezet om een indruk te krijgen hoe deze landen omgaan met mensen die verward gedrag vertonen.
- Mogelijkheden om nieuwe technologieën te benutten, zoals apps voor de professionals om veilig op afstand te communiceren of voor mensen met verward gedrag zelf.

Communicatie
In de verdiepende fase wordt de dialoog – persoonlijke communicatie - met gemeenten geïntensiveerd vanwege hun regisserende rol. Er wordt zoveel

mogelijk gebruik gemaakt van bestaande middelen, netwerken en media van opdrachtgevers, gemeenten en ketenpartners om ook de overige doelgroepen te bereiken. Daarnaast houdt het Aanjaagteam contact met alle betrokkenen uit de eerste fase en zal via meer generieke communicatie (interviews in landelijke media, de website) andere mensen bereiken. Via het emailadres Aanjaagteam@vng.nl blijft het Aanjaagteam voor elke Nederlander openstaan voor reacties en snelle en directe één-op-één communicatie.

Om gemeenten en ketenpartners bewust te maken van de noodzaak van een sluitende aanpak, gaat het Aanjaagteam in eerste instantie aan de hand van voorbeelden en casuïstiek (storytelling) laten zien dat de huidige aanpak nog ontoereikend is. In de communicatie ligt de nadruk op krachten en kansen, door gebruikt te maken van interessante praktijkvoorbeelden van 'voorlopers' ter inspiratie voor de anderen.

Met het uitbrengen van deze tussenrapportage wordt de website www.Aanjaagteam.nl gelanceerd, onder de vlag van de VNG. Hier kunnen gemeenten, ketenpartners en personen met verward gedrag en hun directe omgeving informatie over dit onderwerp vinden. De website wordt verrijkt met interessante voorbeelden en informatie en is bedoeld om partijen in beweging te krijgen, zodat zij gezamenlijk zorgen voor een sluitende aanpak.

5.2 Vooruitblik op de volgende fases

3e fase: implementatie van de bouwstenen

Eind mei wordt op basis van wederom een tussenrapportage, gestart met de derde fase van implementatie daar waar dat nog nodig is (± juni tot en met augustus 2016). Er wordt een actuele, gerichte én integrale 'stand van het land' opgehaald bij de gemeenten en haar ketenpartners op de geformuleerde bouwstenen. Hoe gaat het, wat is nog nodig en welke randvoorwaarden moeten nog vervuld worden en in de laatste fase?

Laatste fase: afronding en borging

De uitkomsten van het tweede onderzoek naar de stand van het land, geven inzicht in wat nog nodig is om structureel een sluitende aanpak te borgen. Deze zaken kunnen in de laatste fase bekrachtigd worden bijvoorbeeld in een breed bestuursakkoord van alle betrokkenen, zoals de VNG en de rijksoverheid, OM, GGZ Nederland, zorgverzekeraars, politie, cliënt- en familieorganisaties (zoals LPGGz) en de reclassering. Dan zal mogelijk ook duidelijk worden of voor het vasthouden van de beweging, blijvend nieuwe interdisciplinaire structuren nodig zijn, die voortkomen uit en stevig ingebed zijn in continue organisaties.

De inzet van het Aanjaagteam is dat steeds meer gewerkt wordt vanuit 'de bedoeling' en er zoveel mogelijk sprake is van sluitende aanpakken in Nederland, vanuit het perspectief van mensen met verward gedrag zelf én vanuit de maatschappij.

Het Aanjaagteam Verwarde Personen

Mevrouw Mr. Drs. J.W.E. Spies (voorzitter),
burgemeester Alphen aan den Rijn.

De heer P.J. Aalbersberg,
politiechef Eenheid Amsterdam, Nationale Politie.
en
De heer H. Van Dijk,
voorzitter landelijk politieplatform verwarde personen, Nationale Politie.

De heer drs. E.C.J.E. Czyzewski,
voorzitter Raad van Bestuur GGZ-instelling Antes.

De heer L. van Leersum,
vertegenwoordiger cliënt- en familieperspectief.

Mevrouw drs. A.J.M.H. Mateijsen,
senior manager Inkoop Noord-West Nederland Zilveren Kruis.

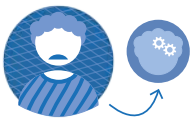
Mevrouw Mr. H.G.M. Rutgers,
plaatsvervangend Hoofdofficier van Justitie parket Midden Nederland, Openbaar Ministerie.

Mevrouw drs. H.T.M. Scholten,
wethouder Jeugd, Welzijn en Zorg in Eindhoven.

Case #4
Door het lint

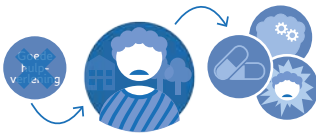
Dit is Kees
26 jaar

Kees begint op zijn 13e met drugs. Op zijn 14e woont hij een jaar in een internaat, omdat hij moeilijk te handhaven is thuis.



Vanaf zijn 18e heeft Kees regelmatig psychoses: hij is erfelijk belast en de psychoses worden waarschijnlijk getriggerd door drugs.

Hij gaat een aantal jaar kliniek in en kliniek uit: vrijwillig en steeds van korte duur. Als Kees gebruikt of agressief wordt, wordt hij vanwege gebrek aan motivatie weggestuurd.



Buiten de kliniek neemt zijn drugsgebruik vervolgens weer toe, dan ontstaan psychoses en agressieve buien. Er is buiten de klinieken voor Kees geen adequate hulpverlening.

Hij woont bij zijn vader, die een bipolaire stoornis en een alcoholverslaving heeft. Kees komt een aantal keer in aanraking met de politie, één keer slaat hij een agent.

Naar aanleiding daarvan verblijft Kees een jaar in een forensische psychiatrische kliniek. Een tijdelijke maatregel, waardoor hij de kliniek verlaat zonder afgeronde behandeling en passend vervolgtraject.

Begin 2015 heeft Kees weer een ernstige psychose. Hij wordt weggestuurd bij de instelling waar hij dan verblijft, omdat hij volgens de instelling een gevaar is voor het personeel. Vlak daarna takelt Kees zijn vader zo ernstig toe, dat zijn vader naar het ziekenhuis moet.

Kees wordt veroordeeld voor de mishandeling, maar de aanklacht is niet volledig en wordt niet ingediend. Mede daardoor krijgt Kees geen TBS, terwijl de beoordelende psychiater dat wel wenselijk vindt. Kees krijgt uiteindelijk een plek op een forensisch psychiatrische afdeling van een GGZ-instelling. Dat gaat goed.

Kees wordt september 2016 ontslagen. Zijn moeder maakt zich grote zorgen: als er geen adequaat vervolgtraject komt voor Kees, blijft het risico dat het nog een keer misgaat bestaan.

Een beschrijving van een persoon met verward gedrag (bron: Kafkabrigade)

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

januari 2016