GGD
Amsterdam

Eindverslag

Project Versterken Samenwerking Veiligheid en Zorg voor mensen met onbegrepen gedrag in Amsterdam

Auteurs
Projectleider: Hadeline Vorselaars-Rietbergen
Actieonderzoekers: Lotje Krouwel, Kim de Crom

Inhoud

Samenvatting **3**

1. Inleiding **5**
1.1 Aanleiding van het project 5
1.2 Opdracht en werkwijze 8
1.3 Voortschrijdende inzichten en factoren van invloed op de projectopdracht 9
1.4 Doel van het eindverslag 9
1.5 Leeswijzer 10

2. Inzicht in het vraagstuk – de knelpunten **12**
2.1 Spanningen tussen zorg en veiligheid: onbegrepen gedrag 12
2.2 De knelpunten binnen de Amsterdamse samenwerking 14
2.3 Resumé: gezamenlijke visie op de knelpunten 23

3. Inzicht in de oplossingsrichtingen **25**
3.1 Voorbeelden en categorisering van bestaande oplossingsrichtingen 25
3.2 Selecteren en vormgeven van de oplossingsrichtingen 26
3.3 Overige oplossingsrichtingen 28

4. Reflectie **31**

Bijlage 1: Geraadpleegde bronnen **34**

Bijlage 2: Overzicht gesprekken, bijeenkomsten en observaties **38**

Bijlage 3: Inzicht in het proces **41**

Bijlage 4: Cijfermatige inzicht in de geïnventariseerde knelpunten **47**

Bijlage 5: Verbetervoorstel meldrespons **52**

Bijlage 6: Verbetervoorstel Samen Leren **58**

Samenvatting

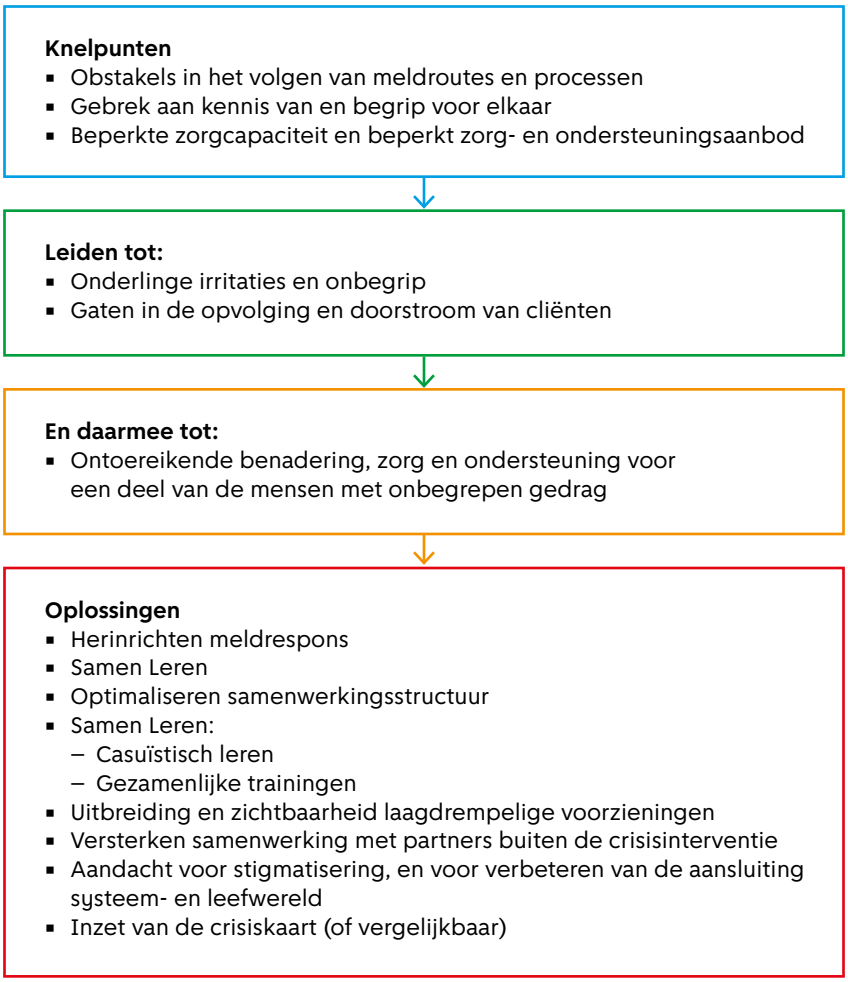
Amsterdam kent een groot aantal situaties waarbij medewerkers in het veiligheidsdomein en het zorgdomein[1] te maken krijgen met verward en onbegrepen gedrag.[2] Om de gezamenlijke respons in dergelijke situaties vorm te geven, zijn in een samenwerkingsverband tussen zorg en veiligheid de afgelopen jaren diverse doorontwikkelingen ingevoerd. Ondanks deze inspanningen blijven er situaties waarin medewerkers op straat een ingewikkelde afstemming tussen veiligheid- en zorgaspecten ervaren en waarbij wederzijdse verwachtingen niet altijd goed zijn afgestemd. Dit kan ertoe leiden dat personen met onbegrepen gedrag niet de zorg en ondersteuning krijgen die zij nodig hebben en weer terugkeren naar de situatie waaruit ze kwamen. Naast dat deze mensen niet geholpen zijn, kan dit resulteren in overlast of zelfs gevaar. Om de samenwerking tussen zorg en veiligheid te versterken en te komen tot een (aan)sluitende aanpak voor mensen met onbegrepen gedrag die een crisis ervaren in de openbare ruimte, zijn de samenwerkingspartners met subsidie van ZonMw een actieonderzoek gestart. In de periode juni 2022 tot en met maart 2023 hebben vertegenwoordigers uit het zorgdomein, het veiligheidsdomein en vertegenwoordigers van cliënten en naasten gezamenlijk knelpunten geformuleerd en mogelijke oplossingen bedacht.

Resultaten inventarisatie knelpunten en (deel)oplossingen – zie afbeelding 1

Veel genoemde knelpunten door professionals en cliëntvertegenwoordigers in dit project gaan over obstakels in het volgen van meldroutes en processen. Er is onder andere gesproken over lang wachten, over onduidelijkheid waar een melding te doen en over beperkingen rondom informatie-uitwisseling (met name in verband met privacywetgeving). Ook is uitgebreid gesproken over een gebrek aan kennis en begrip voor elkaar, zowel tussen professionals, als voor mensen met onbegrepen gedrag. Daarnaast werden door projectdeelnemers zorgen geuit over beperkte zorgcapaciteit, een beperkt zorg- en ondersteuningsaanbod, en over de zorgcontinuïteit. Deze knelpunten tezamen leiden tot irritaties en onbegrip, tot mogelijke gaten in de opvolging en doorstroom van cliënten, en daarmee tot een ontoereikende benadering, zorg en ondersteuning voor een deel van de mensen met onbegrepen gedrag.

De geïnventariseerde (deel)oplossingen richten zich op het verbeteren van de meldroutes en processen, op interprofessioneel leren met cliëntvertegenwoordigers en op meer aandacht voor de benadering en inspraak van mensen met onbegrepen gedrag. Ook buiten de scope van de crisisinterventie zijn oplossingen genoemd, waaronder het uitbreiden van integrale zorg en ondersteuning door het versterken van de samenwerking met andere partners zoals de huisartsen en het sociaal domein, en door de uitbreiding en zichtbaarheid van laagdrempelige inloopvoorzieningen.

Aan twee van de deeloplossingen is door alle projectdeelnemers prioriteit gegeven. De eerste verbetering betreft het herinrichten van de meldrespons. Dit verbetervoorstel heeft als doel dat de politie tijdens crisissituaties met mensen met onbegrepen gedrag één telefoonnummer belt voor (sociaal) medische en psychiatrische zorg en ondersteuning. Ook zal bij een melding met een vermoeden van acute zorgnood en geen sprake van acute psychiatrie of een somatische indicatie, een sociaal psychiatrisch verpleegkundige van Vangnet binnen 30 minuten ter plaatse zijn om de situatie te beoordelen. De andere oplossing is een programma voor interprofessioneel leren gericht op werkprocessen, het omgaan met onbegrepen gedrag en casuïstiek: Samen Leren van, met en over elkaar. Beide oplossingen zijn, met commitment van de bestuurders van het Bestuurlijk Overleg GGZ, uitgewerkt in een uitvoeringsplan dat wordt gebruikt voor het indienen van een vervolg subsidieaanvraag voor het ZonMw Actieprogramma *Grip op Onbegrip*.



Afbeelding 1. Geïnventariseerde knelpunten, oplossingen en de onderlinge samenhang.

1 Omwille van helderheid in terminologie wordt vanwege de aanduiding Veiligheid en Zorg gekozen voor de term zorgdomein. Deze term omvat hier ook het sociale domein.

2 De term verward en onbegrepen gedrag wordt gebruikt in de voortgangsbrieven van de minister van Justitie en Veiligheid en de minister voor Langdurige Zorg en Sport. In deze rapportage hebben we gekozen om de term onbegrepen gedrag te hanteren, zie ook paragraaf 1.1, tenzij we verwijzen naar een publicatie waarin de auteur(s) de term 'verward' gebruiken.

1. Inleiding

1.1 Aanleiding van het project

Achtergrond

In 2011 is de E33 code 'overlast door verwarde of overspannen personen' door de politie in het leven geroepen. Onder deze code registreert de politie meldingen over mensen die de grip op hun leven verliezen of dreigen te verliezen, waarbij het risico aanwezig is dat ze zichzelf of anderen schade berokkenen.[3] De meldingscode is een 'vergaarbak' voor alles wat door de politie wordt waargenomen als overlast en/of verward gedrag. Een melding over bijvoorbeeld iemand die overlast veroorzaakt als gevolg van psychiatrische problematiek of overmatig drank-of drugsgebruik kan onder deze code worden weggeschreven, maar ook een melding over een persoon die tijdelijk mentaal ontregeld is door oplopende spanningen, een melding over iemand met een verstandelijke beperking die zich onaangepast gedraagt, of een melding over een persoon met dementie die de weg kwijt is.[4]

Sinds de invoering van de E33 code is in verschillende (onderzoeks)rapportages[5] beschreven dat het aantal meldingen op de code de afgelopen tien jaar gestaag is toegenomen en dat ernstige (geweldadige) incidenten met personen met psychische aandoeningen in de publieke ruimte hebben geresulteerd in een gevoel van onveiligheid en vragen waar de verantwoordelijkheid voor deze personen ligt. Ondanks het ontbreken van eenduidige verklaringen over de toename van de meldingen, zijn er zorgen over de toename en over de signalen uit de maatschappij. Deze zorgen hebben op verschillende niveaus tot onderzoek en initiatieven geleid op het gebied van zorg en veiligheid. Zo is in 2015 door het Ministerie van VWS, het Ministerie van J&V en de VNG het 'Aanjaagteam Verwarde Personen' opgericht, wat later werd voorgezet in het 'Schakelteam Verwarde Personen'. Beide teams hebben gewerkt aan het verbeteren van de zorg en ondersteuning voor mensen met verward gedrag en aan het vormgeven van een sluitende aanpak op lokaal niveau.[6] Tussen 2016 en 2021 zijn het kennisnetwerk verwardgedrag.nl en het ZonMw actieprogramma 'Lokale initiatieven voor mensen met Verward gedrag' gestart. Het actieprogramma is inmiddels voortgezet in het lopende ZonMw actieprogramma 'Grip op Onbegrip'.

Sinds de invoering van de E33 code en het maatschappelijke debat hierover, is meer bewustzijn en aandacht gekomen voor de onwenselijkheid van de term 'verwarde personen'. 'Verwardheid' is geen objectieve eigenschap van mensen, maar een (stigmatiserend) oordeel over iemands gedrag en gedachten.[22] Er zijn pleidooien gehouden om te stoppen met de term of deze te vervangen door bijvoorbeeld 'mensen met een acute zorgnood'.[23] Een term die steeds vaker gebruikt wordt in plaats van 'verward gedrag' of 'verwarde personen' is 'onbegrepen gedrag', waardoor de focus is verlegd naar de interactie tussen een persoon en de omgeving, in plaats van de persoon zelf. Hoewel ook op deze term enige kritiek is, hebben we in overleg met cliëntvertegenwoordigers betrokken bij dit project besloten om, bij gebrek aan een beter passende term, in dit project de term 'mensen met onbegrepen gedrag' te hanteren.

Kanttekening
De maatschappelijke beeldvorming met betrekking tot de toename van de E33 meldingen en gevoelens over onveiligheid, behoeft nuance.[7] Onder andere de media heeft met krantenkoppen als 'verwarde man met gespannen kruisboog op station Schiphol'[8], 'Politie overmeestert verwarde man met hakbijl'[9] of 'Incidenten met verwarde personen nemen toe'[10], de indruk gewekt dat we te maken hebben met een toename van verwarde, gevaarlijke mensen met psychiatrische problematiek.
De toename van de E33-meldingen an sich zegt echter weinig over de aard en omvang van de personen achter de meldingen. Niet alleen omdat de code geen recht doet aan de grote verscheidenheid van oorzaken en uitingen van verward gedrag, of omdat bij 1 incident meerdere mensen betrokken kunnen zijn en 1 persoon kan zorgen voor meerdere incidenten.[11] Ook lijkt er sprake te zijn van een groeiende tendens binnen de samenleving om mensen die afwijken van de norm al snel aan te duiden als 'verward', 'gestoord' en 'psychiatrisch'[12]. Karlijn Roex betoogt in Trouw dat een gevaarlijke big-brother achtige-situatie is ontstaan, waarin burgers denken te helpen als ze afwijkend gedrag op tijd 'melden' om zo te voorkomen dat situaties uit de hand lopen, maar daarmee vrijwillig meewerken aan het disciplineren van mensen die afwijken. Kortom, de toename van de E33-meldingen geeft een signaal, maar de registraties vereisen specifieke duiding. Daar komt bij dat de politie ook onder andere codes meldingen registreert over mensen met verward of onbegrepen gedrag, bijvoorbeeld code E14 (poging tot zelfdoding) en E41 (overlast door zwervend persoon), én dat er een hoop kwetsbare, onbegrepen mensen zijn waar de politie niet mee in aanraking komt maar die wel hulp nodig hebben. Dit maakt dat de registraties van de E33-meldingen ongeschikt zijn als prestatie-indicator voor beleid voor kwetsbare mensen met onbegrepen of verward gedrag.[14]
Verdiepingsstudies hebben laten zien dat de aard van de incidenten die onder de E-33 code wordt geregistreerd zeer divers is en dat er verschillen tussen regio's zijn.[15] Een studie in Flevoland met data over E33-, E14- en E41- meldingen wees bijvoorbeeld uit dat 60% van de personen waar een politiemelding over was gedaan geregistreerd stond met een psychiatrische stoornis, 35% had een recente veroordeling, 34% was dakloos, 34% had een verslaving, bij 13% werd ingeschat dat problematiek met betrekking tot een lichtverstandelijke beperking speelde en bij naar schatting 5% van de mensen dementie.[16] In een recent onderzoek in Vught was de samenhang tussen E33 en psychiatrische problematiek 42%, lichtverstandelijke beperking 21%, verslaving 17% en ouderdom 8%.[17] Met deze data kunnen we in ieder geval stellen dat verwardheid niet per definitie hetzelfde is als het hebben van een psychiatrische aandoening. Ditzelfde geldt ook voor gevaarlijk gedrag. Slechts in een kleine minderheid van de meldingen over verward gedrag lijkt sprake te zijn van een risico voor anderen.[18] De meeste van deze mensen vormen geen gevaar[19], veelal gaat het om risico's voor de persoon zelf. Het percentage mensen met psychische of verslavingsproblemen dat slachtoffer wordt van geweld, lijkt bijvoorbeeld beduidend hoger te liggen dan het percentage dat gewelddaden begaat.[20]
De personen achter de politieregistraties lijken relatief vaak problemen te hebben op meerdere leefgebieden. Veel genoemde risicofactoren voor verward gedrag zijn armoede, schuldenproblematiek, werkloosheid, een tekort aan betaalbare woningen, een complexer wordende samenleving, zorgverschraling, beperkte participatiemogelijkheden voor kwetsbare groepen, afnemende tolerantie en stigmatisering.[21] Dit maakt dat passende hulp voor verwarde mensen, indien nodig, niet het exclusieve terrein is van de politie en GGz. Ook de gemeente, huisartsen, woningcoöperaties, het sociaal domein, informele zorginitiatieven, naasten en burgers in het algemeen spelen een belangrijke rol bij passende zorg en ondersteuning.

Lokale context

In Amsterdam komen de politie en zorgpartijen dagelijks in aanraking met mensen met onbegrepen gedrag. De politie bijvoorbeeld, registreert jaarlijks zo'n 7.500 à 9.500 meldingen, variërend van aard en urgentie, onder de code E33.[24] Om goede zorg te verlenen en de aantallen beheersbaar te houden, hebben lokale samenwerkingspartners op het gebied van zorg en veiligheid[25] de acute crisisketen ingericht om te zorgen dat mensen met acute problematiek zo snel mogelijk de juiste zorg krijgen. Er zijn de afgelopen jaren in de crisisketen verschillende initiatieven opgezet. Politie, ambulance, GGD en Spoedeisende Psychiatrie Amsterdam (SPA) nemen bijvoorbeeld deel aan een wekelijks crisisketenoverleg waarin ze casuïstiek en knelpunten in de samenwerking bespreken en zicht houden op aantallen en ontwikkelingen door middel van een periodieke monitor (de 'monitor acute crisisketen'). Een pilot met een 'psycholance' is overgegaan in de inzetbaarheid van een medium care ambulance met een verbeterde aanrijtijd en taakaccent psychiatrie (de MC-TAP). Daarnaast zijn processen en protocollen voor meldkamercentralisten van zowel de meldkamer van de ambulance als de politie in de afgelopen jaren herzien en opnieuw opgesteld. Binnen de crisisketen is ook een piketdienst[26] opgezet die functioneert als achterwacht om bepaalde situaties te tackelen. Dit heeft binnen de politie gezorgd voor betere coördinatie en beter begrip van personen met onbegrepen gedrag en van het functioneren van de zorg. Bij een deel van de meldingen over onbegrepen gedrag is geen sprake van acute psychiatrie, maar is wel zorg of ondersteuning nodig. Deze meldingen kunnen worden doorgegeven of overgedragen aan de meldpunten Zorg en Woonoverlast en het Advies- en Meldpunt OGGZ.

Dankzij de inspanningen en verbeterslagen op landelijk niveau maar met name ook binnen de Amsterdamse context, is meer bewustzijn ontstaan over de thematiek, is een duidelijker proces ingericht en zijn de verschillende partners nader tot elkaar gekomen binnen het samenwerkingsverband. Daarentegen is (nog) niet duidelijk of de cliënten en naasten een verbetering ervaren in de zorg en ondersteuning sinds de initiatieven zijn gestart[27], en is het aantal E33 meldingen de afgelopen jaren gestegen van 7500 meldingen in 2017 naar 9300 in 2022.[28] Ook zijn er zorgen over toenemende problematiek met kwetsbare, dakloze EU-burgers[29] en blijven situaties bestaan waarin medewerkers, met name op straat, onduidelijkheid over afspraken ervaren en wederzijdse verwachtingen niet goed op elkaar aansluiten. Politieagenten bijvoorbeeld, geven aan geregeld lang te moeten wachten tot een ambulance ter plaatse is en kunnen personen niet altijd (direct) overdragen aan de zorgpartijen. Ook signaleert de politie dat de regelmatige interactie met personen voor wie geen passend zorgaanbod lijkt te zijn, hen veel capaciteit vergt. Anderzijds ervaren zorgmedewerkers situaties waarin escalatie door politie voorkomen had kunnen worden, waarin de politie niet welwillend lijkt om ondersteuning te verlenen in situaties met een veiligheidsrisico of komen personen niet op de juiste plek terecht om de hulp te krijgen die ze nodig hebben. Cliëntvertegenwoordigers voegen hieraan toe dat interacties met hulpverleners die over onvoldoende capaciteiten beschikken om de doelgroep op de juiste manier te benaderen tot zeer onprettige en zelfs traumatische situaties leiden.

Het project

Het ZonMw actieprogramma 'Lokale initiatieven voor mensen met Verward Gedrag' is voortgezet in het actieprogramma 'Grip op Onbegrip'. Dit programma ondersteunt regionale, lerende netwerken waarin het zorg- en veiligheidsdomein samenwerken voor mensen met onbegrepen gedrag. In 2021 ontvingen de zes grootste steden vanuit het actieprogramma een uitnodiging voor een subsidieaanvraag om de samenwerking tussen politie en zorg te verbeteren, zodat mensen die tijdelijk de grip op hun leven kwijt zijn, sneller en op passende wijze hulpverlening ontvangen.

De samenwerkingspartners van de regio Amsterdam-Amstelland hebben een gezamenlijke subsidieaanvraag ingediend die in juni 2022 heeft geleid tot de start van het project **Versterken Samenwerking Veiligheid en Zorg voor mensen met onbegrepen gedrag.** Het initiële doel van dit project was te komen tot

verbeteringen voor knelpunten in de (aan)sluitende aanpak voor mensen met onbegrepen gedrag tijdens acute situaties op straat waarbij zowel zorg- als veiligheidspartners betrokken zijn.

1.2 Opdracht en werkwijze

In het project '*Versterken Samenwerking Veiligheid en Zorg voor mensen met onbegrepen gedrag*' (vanaf nu 'het project' genoemd) hebben professionals uit verschillende lagen van organisaties betrokken bij de crisisketen[30] en cliëntvertegenwoordigers knelpunten in de samenwerking op straat geïnventariseerd, verdiept en geprioriteerd voor de regio Amsterdam-Amstelland, om vervolgens gepaste oplossingsrichtingen te kiezen en deze verder vorm te geven. Voor deze opdracht is een aantal kaders meegegeven[31]:

- De knelpunten worden breed geïnventariseerd én er wordt ingezet op een concreet knelpunt dat alle partners op moment van indienen van de subsidieaanvraag herkennen: situaties op straat of bij de meldkamer waarbij politie in contact komt met personen met een voorliggende zorgvraag waar de politie te lang voor verantwoordelijk is en de personen in kwestie niet tijdig de juiste zorg en bejegening krijgen. (Dit betreft met name situaties waarbij geen acute psychiatrie speelt, maar andere zorgvragen zoals persoonlijksheidsproblematiek, middelenmisbruik of onderdaksvragen);
- De focus van het project ligt op situaties met een voorliggende zorgvraag met al dan niet een gevaarscomponent; waarbij het uitgangspunt is dat professionals hun werk goed en veilig kunnen doen
- Politie-inzet bij situaties met onbegrepen gedrag moet beperkt worden tot signalering, first-respons en het garanderen van veiligheid, óf politie krijgt ter plaatse meer tools om met de situatie om te gaan en de betreffende persoon zo snel mogelijk passende zorg en ondersteuning te bieden;
- Werkenderwijs leren krijgt in het project vorm door actieonderzoek en na het project een vaste plek in doorlopende overlegvormen;
- Oplossingen voor geïnventariseerde knelpunten worden gezocht binnen bestaande financiering;
- De oplossingsrichtingen worden bestuurlijk belegd, zodat de betrokken partners zich daadwerkelijk aan de oplossingen committeren en deze vervolgens verder in gang kunnen worden gezet;
- Het project kent een loopduur van 1 jaar.

Om aan de opdracht te voldoen is onder begeleiding van Hadeline Vorselaars-Rietbergen, projectleider, en Lotje Krouwel/Kim de Crom, actieonderzoekers, het project opgesplitst in verschillende fasen. De eerste fase vond plaats gedurende de zomermaanden, waarbij in kennismakingsgesprekken een eerste inventarisatie is gemaakt van de bestaande knelpunten in de Amsterdamse context maar ook meer algemeen van wat er bekend is binnen de literatuur en (inter)nationale praktijk. Vanaf september 2022, de tweede fase, zijn we aan de slag gegaan met gezamenlijke werksessies, gesprekken en observaties op de meldkamers van de verschillende ketenpartners, om zo de knelpunten verder te inventariseren, te verhelderen, te prioriteren en aan de slag te gaan met een eerste duiding van de oplossingsrichtingen. In fase drie hebben we in twee werksessies en aanvullende gesprekken gekeken

Fase 1: juni - september 2022
Knelpunten inventarisatie d.m.v. kennismakingsgesprekken en literatuur- en praktijkonderzoek.

Fase 2: september - oktober 2022
Uitbreiden, verhelderen en prioriteren knelpunten, eerste duiding oplossingen d.m.v. werksessies, observaties en gesprekken.

Fase 3: november - december 2022
Uitwerking oplossingen en randvoorwaarden d.m.v. werksessies en gesprekken.

Fase 4: januari - maart 2023
Uitwerken verbetervoorstellen, schrijven eindverslag en resultaten bestuurlijk beleggen.

naar de verdere uitwerking van de gekozen oplossingsrichtingen en een aantal van de randvoorwaarden die ten grondslag liggen aan de oplossingsrichtingen. Fase vier heeft plaatsgevonden in de eerste maanden van 2023. Hierin werden twee verbetervoorstellen en het eindverslag verder uitgewerkt in werkgroepjes, werksessies en aanvullende gesprekken. De verbetervoorstellen en een verkorte versie van een eindverslag zijn vervolgens 17 april 2023 bestuurlijk goedgekeurd, en gebruikt voor het opstellen van een gezamenlijk uitvoeringsprogramma. (Voor een uitgebreidere beschrijving van het projectproces, inclusief de bestuurlijke borging, verwijzen we u naar bijlage 3).

1.3 Voortschrijdende inzichten en factoren van invloed op de projectopdracht

Scope van het project bleek te nauw

De observaties, de bijeenkomsten en de gesprekken met de projectdeelnemers maakten duidelijk dat de 'crisis op straat', de oorspronkelijke scope van dit project, niet los kan worden gezien van het grotere geheel. Zo kwamen we tot de conclusie dat voor een aantal knelpunten en oplossingsrichtingen de locatie van de crisis er niet toe doet. Of dit nu op straat is of in iemands woning. Sterker nog, we besloten dat de gekozen oplossingsrichtingen voor beide scenario's passend moesten zijn, om de werkprocessen voor de professionals simpel en eenduidig te houden.

Tijdens de werksessies en het verwerken van de inzichten van bezoeken en gesprekken bleek het soms ook lastig om de focus op de acute crisisketen te houden. De samenleving is in de afgelopen decennia steeds ingewikkelder geworden en de kansen en mogelijkheden om te participeren zijn niet voor iedereen gelijk. Veel knelpunten ten aanzien van onbegrepen gedrag hebben betrekking op de schemergebieden, op preventie en ondersteuning, en op de opvang en opvolging na een crisis. Door flexibel en open te blijven en alle signalen zoveel mogelijk onder te brengen is in beeld gebracht dat een crisis niet los kan worden gezien van de voor- en achterkant en dat juist die schemergebieden ook belangrijke aandachtspunten zijn. Daarom hebben we ook knelpunten en oplossingsrichtingen met betrekking tot de voor- en achterkant van de crisisketen die tijdens het project aan bod zijn gekomen, ondergebracht in respectievelijk hoofdstuk 2 (knelpunten) en 3 (oplossingsrichtingen).

Financiering oplossingsrichtingen

Tijdens het project werd bekend dat vanuit de coalitieakkoordmiddelen extra middelen ter beschikking worden gesteld voor lokale en regionale initiatieven. In eerste instantie gaat het om tijdelijke financiering in de periode 2023 en 2026 door middel van een uitbreiding van het Actieprogramma Grip op Onbegrip van ZonMw. Na 2026 krijgt de financiering structureel vorm. In de uitwerking van de verbetervoorstellen is rekening gehouden met deze ontwikkeling.

1.4 Doel van het eindverslag

In zowel het actieprogramma 'Grip op Onbegrip' als in het project staan leren en onderzoeken centraal. Dit eindverslag heeft dan ook als doel inzicht te geven in de kennis die tijdens het project is opgedaan, in wat de betrokkenen tijdens het project hebben geleerd en in welke verandering is doorgemaakt. Het schrijven van het verslag was een leerproces op zich, dat dwong tot aanscherping van inzichten en tot reflectie. We hopen dat de gemaakte keuzes in het project, de leerpunten en de successen ter inspiratie kunnen dienen voor de aanpak van toekomstige knelpunten in Amsterdam en andere regio's.

1.5 Leeswijzer

In hoofdstuk twee van dit verslag kunt u alles lezen over de geïnventariseerde knelpunten voor mensen met onbegrepen gedrag in acute situaties op straat waarbij zowel zorg- als veiligheidspartners betrokken zijn. Hoofdstuk drie richt zich op de oplossingsrichtingen voor deze knelpunten. In dit hoofdstuk gaan we ook in op belangrijke inzichten die gedurende het proces aan bod zijn gekomen maar waar-

voor we binnen de afbakening van het project niet direct een plaatsje konden vinden. In het laatste deel, hoofdstuk vier, reflecteren we op (de uitkomsten van) het project.

Definities

Cliëntvertegenwoordigers
Aan dit project hebben ervaringsdeskundigen, mensen met ervaringskennis, naasten en belangenbehartigers deelgenomen. Omwille van de leesbaarheid gebruiken we de term 'cliëntvertegenwoordigers' als wij in het verslag naar deze groep projectdeelnemers verwijzen.

Mensen met onbegrepen gedrag
Wanneer we in het verslag de term 'mensen met onbegrepen gedrag' of 'de doelgroep' gebruiken, bedoelen wij hiermee mensen die (incidenteel, kortdurend of langdurig) grip op het leven (dreigen te) verliezen waardoor het risico aanwezig is dat zij zichzelf of anderen schade berokkenen. Deze term doet geen recht aan de grote verscheidenheid van waargenomen gedragingen en de achtergronden van het gedrag. Ook zegt het niets over de persoon in kwestie, maar alleen over de toestand waarin iemand op een bepaald moment verkeerd en/of hoe dit door omstanders wordt waargenomen.

Witte meldkamer
De meldkamer waar noodoproepen voor somatische problemen in behandeling worden genomen.

Blauwe meldkamer
De meldkamer waar noodoproepen voor de politie in behandeling worden genomen.

Afkortingen

MC-TAP
Medium care ambulance met taakaccent psychiatrie

SPA
Spoedeisende Psychiatrie Amsterdam

SPOR
Spoedeisende psychiatrie onderzoeksruimte

SPV
Sociaal-psychiatrisch verpleegkundige

3 Soudagar (2022)
4 Van de Wiel (2019)
5 Zie o.a. Koekkoek (2016); Kuppens et al. (2016); Poels (2019); Kuin, Kriek & Timmer (2020); de Boer et al. (2022)
6 Spies et al (2016)
7 Zie o.a. van de Wiel (2019); Appelo (2019)
8 Leidsch Dagblad (2023, 26 februari)
9 De Telegraaf (2018, 1 augustus)
10 Kalkman (2019)
11 Yesilgöz-Zegerius & Helder (2022)
12 Koekkoek 2016, p. 12-13
13 Oosterom, 2019
14 Abraham & Bosch (2021)
15 Zie ook bijlage 4 - Cijfermatig inzicht in de geïnventariseerde knelpunten
16 Poels (2019)
17 Abraham & Bosch (2021)
18 Planije & van Hoof (2016)
19 Zie o.a. Planije & van Hoof (2016); Janssen en Huisman (2017)
20 Trimbos-instituut (2021)
21 Planije & van Hoof (2016)
22 Van Hoof (2016)
23 Zie o.a. van Hoof (2016) en Janssen en Huisman (2017)
24 Zie ook bijlage 4 – Cijfermatig inzicht in de geïnventariseerde knelpunten
25 De samenwerkingspartners zijn de Politie Amsterdam-Amstelland, de Ambulance Amsterdam, de gezamenlijke Spoedeisende Psychiatrie (SPA) van GGZ-instellingen Arkin en InGeest, de GGD Amsterdam, Gemeente Amsterdam en Cliëntenbelang Amsterdam (CBA).
26 Binnen de politie, ambulance, SPA en GGD verdelen collega's met expertise en een breed netwerk op het gebied van de aanpak van personen met onbegrepen gedrag, diensten als achterwacht voor professionals op de werkvloer. Als professionals op de werkvloer vastlopen in een casus, kunnen zij escaleren naar de collega die de piketdienst heeft.
27 In 2023 wordt gestart met een project waarin wordt onderzocht hoe het cliëntperspectief kan worden verwerkt in de Monitor Acute Crisisketen Amsterdam.
28 Zie bijlage 4 – Cijfermatig inzicht in de geïnventariseerde knelpunten
29 Zie bijlage 4 – Cijfermatig inzicht in de geïnventariseerde knelpunten. In 2023 zal een lokaal plan van aanpak opstarten voor deze doelgroep gericht op het versterken van de ketenaanpak, preventieve maatregelen vanuit zorg, versterken van dienstverlening gericht op perspectief, extra inzet medische deskundigheid, en uitbreiding en spreiding van inloop en opvang.
30 Professionals in uitvoerende functies – de *basisgroep*; in coördinerende of beleidsmatige functies – de begeleidingsgroep; en in bestuurlijke functies – het *bestuurlijk overleg GGZ*
31 Zie ingediende subsidieaanvraag, eerste wederhoor en tweede wederhoor bij ZonMw, hoofdaanvrager Matty de Wit

2. Inzicht in het vraagstuk – de knelpunten

2.1 Spanningen tussen zorg en veiligheid: onbegrepen gedrag

Niet alleen in Nederland komen politieagenten op straat vaker in aanraking met onbegrepen gedrag en zorgvragen. Binnen de internationale literatuur wordt dit fenomeen onder de aandacht gebracht onder bijvoorbeeld de termen 'public health and law enforcement' en 'police and mental health (crises)'.[33] De afgelopen decennia is steeds meer aandacht gekomen voor kwetsbare groepen in de samenleving. Mede door de aandacht te verleggen naar preventie en omliggende factoren die van invloed kunnen zijn op wetsovertredingen, heeft de politie op veel plekken in de wereld meer sociale verantwoordelijkheden naar zich toegetrokken.[34] Daarmee komt zij ook actief in aanraking met organisaties die opereren binnen het zorgdomein.

Ondanks deze beweging blijven zowel een goede samenwerking tussen de partners in de crisisketen als een duidelijke maatschappelijke opdracht voor de politie op dit gebied niet vanzelfsprekend. Zo zijn er tussen het veiligheidsdomein en het zorgdomein grote verschillen in het doel wat zij dienen, de opleiding, de professionele cultuur en de status in de samenleving.[35] Met name tussen de primaire doelen die beide domeinen nastreven, enerzijds de veiligheid van de samenleving en anderzijds het welzijn van een individu, kan het nogal eens botsen. Dit heeft als gevolg dat professionals uit deze verschillende domeinen in de praktijk vaak andere uitgangspunten hanteren, andere wetgeving, regels en kwaliteitsstandaarden volgen (zie toelichting), en daarmee ook een andere taal spreken. Jeugd, huiselijk geweld, radicalisering, mensenhandel en personen met onbegrepen gedrag zijn voorbeelden van thema's waarbij de activiteiten van het veiligheidsdomein en het zorgdomein vaak met elkaar verweven zijn.

Op het gebied van onbegrepen gedrag wordt het verschil in benadering tussen het veiligheidsdomein en het zorgdomein zichtbaar in de interactie tussen een persoon met onbegrepen gedrag en de omgeving. De uiting van het onbegrepen gedrag kan door de omgeving worden benaderd als een vorm van overlast of onveiligheid waar de politie op zou moeten acteren, terwijl de oorzaken van het onbegrepen gedrag te maken kunnen hebben met het welzijn van het individu en er sprake is van een zorgvraag in plaats van een veiligheidsprobleem.

De algehele spanning tussen het veiligheidsdomein en het zorgdomein, meer specifiek op het gebied van onbegrepen gedrag, uit zich ook in concrete knelpunten die medewerkers ervaren in de samenwerking in de praktijk. Zo kwamen bijvoorbeeld uit een onderzoek gericht op de politieregio's Midden- en West-Brabant, Groningen, Rotterdam-Rijnmond en Utrecht de volgende knelpunten naar voren: te lange aanrijd- of wachttijd voor beoordeling van de crisisdienst door gebrek aan capaciteit en/of onduidelijkheid over wie van de crisisdiensten verantwoordelijk is voor optreden; onduidelijkheid over vervoer wanneer verschillende gemaakte afspraken door elkaar lopen; gebrek aan beschikbaarheid van crisisopvang en opname waardoor personen snel weer op straat staan; en enkele keren waarbij te weinig informatie-uitwisseling een probleem oplevert.[36] Over dit laatste rapporteerde het landelijke Aanjaagteam dat professionals te weinig handelingsruimte hebben om op het gebied van informatieverzameling en -deling optimaal in een keten te kunnen werken.[37]

Over het algemeen komen deze praktische knelpunten voort uit het feit dat de betrokken partijen klem zitten tussen wettelijke en/of formele taken, bevoegdheden en interpretaties daarvan[38], en nog weinig begrip hebben voor

elkaars mogelijkheden en onmogelijkheden. Zo heeft de politie vaak een ander gevoel van urgentie bij een melding dan de zorg. De zorg kan zich terughoudend opstellen, of zelfs nee zeggen, terwijl de politie te allen tijde beschikbaar moet zijn.[39] Dit kan leiden tot onduidelijkheid, verschil in opvattingen hoe te handelen en weinig vertrouwen in elkaars beslissingen.

Een voorbeeld hiervan zijn discussies over het wel of geen voorrang verlenen van zorg voor strafrecht.

Investico, een platform voor onderzoeksjournalistiek, deed in 2020 onderzoek onder politieagenten in Nederland over de omgang met mensen met onbegrepen gedrag. Hieruit

Wet- en regelgeving[40]

We kennen in Nederland een uitvoerige verzameling van wetten, algemene maatregelen van bestuur en ministeriële regels. Een deel van deze wet- en regelgeving richt zich op zorg en ondersteuning voor inwoners en op het waarborgen van de veiligheid. Steeds vaker komen er wetten bij die betrekking hebben op het veiligheidsdomein en/of op het zorgdomein.

Deze wetten beïnvloeden de gezamenlijk aanpak ten aanzien van personen met onbegrepen gedrag in de praktijk. Zonder de intentie van volledigheid benoemen we enkele belangrijke wetten:

>> Zorgverzekeringswet (Zvw 2006)
Semi-publiek zorgverzekeringsstelsel, zorgpremie, zorgplicht
Uitvoering: zorgverzekeraars

>> Wet publieke gezondheid (Wpg 2008)
Publieke gezondheidszorg, preventie, bestrijding infectieziektecrises
Uitvoering: gemeenten, GGD, Rijk

>> Wet langdurige zorg (Wlz, 2015)
24-uurszorg, intensieve zorg
Uitvoering: zorgkantoren

>> Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo 2015)
Zelfredzaamheid, langer thuis, beschermd worden, maatschappelijke opvang
Uitvoering: gemeenten
Instrumenten: voorzieningen

>> Wet forensische zorg (2019)
Aansluiting strafrecht en psychische zorg, voorkomen herhalingscriminaliteit
Uitvoering: Dienst Justitiële Inrichtingen, Openbaar Ministerie, zorgaanbieders

>> Wet verplichte GGz (Wvggz 2020)
Verplichte zorg en opname, cliënt expliciete rol
Uitvoerig: gemeenten, GGz, Openbaar Ministerie

>> Wet Zorg en Dwang (Wzd 2020)
Vrijheidsbeperkende maatregelen
Uitvoering: zorgorganisaties

Verdere toelichting onder andere op www.vng.nl/wettenzorgenveiligheid

kwam naar voren dat agenten zich regelmatig machteloos voelen in situaties met onbegrepen gedrag, dat 65% van de agenten zich onvoldoende toegerust voelt om goed op personen met onbegrepen gedrag te reageren en dat meer dan de helft van de agenten zich soms genoodzaakt voelt om geweld te gebruiken omdat er soms of vaak sprake is van agressief gedrag.[41] Dit soort situaties zijn zeer ingrijpend voor cliënten en politieagenten. Tegelijkertijd hebben agenten het gevoel dat ze hier in disproportionele wijze mee te maken krijgen terwijl dit volgens hen eigenlijk onder de verantwoordelijkheid van de GGZ valt.[42] Ook het hoge aantal gevallen waarin 'de zorg' niet in actie komt en personen die na een paar uur na een beoordeling weer op straat staan, zorgt voor onbegrip en frustraties.[43]

Kanttekening

Follow the Money heeft op 18 februari 2023 een artikel gepubliceerd dat stelt dat jonge mannen van kleur, mensen die drug of alcohol gebruiken en mensen die geestelijk verward zijn, het vaakst lijdend voorwerp zijn van politiegeweld. Bij de incidenten van geweldgebruik door de politie, is in slechts 19% van de gevallen geweld tegen de politie geregistreerd.[44]

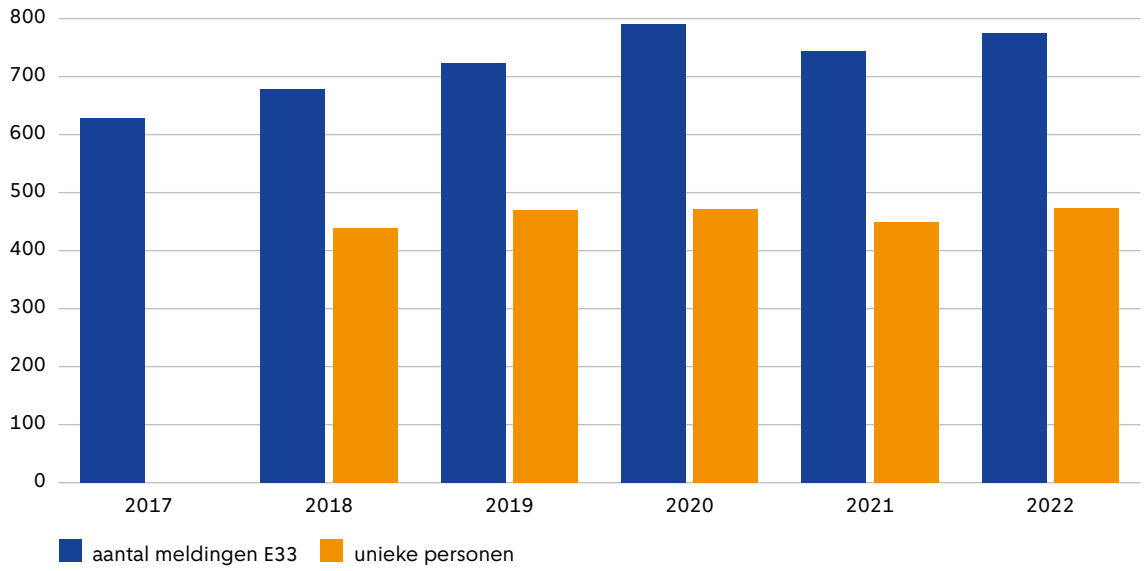
Samenwerking en begrip tussen veiligheid- en zorgprofessionals zijn cruciaal, maar zijn verder onder druk gekomen met de versplintering van de zorg, het opbouwen van financiële schotten (o.a. tussen bemoeizorg en gedwongen zorg[45]) en de invoering van de Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg (Wvggz) en de Wet Zorg en Dwang (Wzd).[46] Deze ontwikkelingen hebben ertoe hebben geleid dat cliënten worden uitgesplitst in categorieën waardoor zorgorganisaties eerder geneigd zijn naar elkaar te wijzen en het bij complexe problematiek soms eerst uit de hand moet lopen voordat zorg gegeven kan worden.[47]

2.2 De knelpunten binnen de Amsterdamse samenwerking

Achtergrond

De Amsterdamse context is in de essentie niet wezenlijk verschillend van die van andere steden in Nederland, maar onderscheidt zich door de schaal, hoge aantallen en aanzuigende werking van de hoofdstad.

In de crisisketen in Amsterdam bestaat een nauwe samenwerking tussen de politie, ambulance, spoedeisende psychiatrie en GGD-Vangnet. In situaties waarbij de politie in contact komt met iemand waarvan zij vermoeden dat



Figuur 1. Gemiddeld maandelijks aantal incidenten E33 bij de politie en het aantal unieke personen dat daar maandelijks bij betrokken is, 2017-2022.

Cijfermatig inzicht E33-meldingen[48]

Sinds 2017 is in Amsterdam het aantal E33 registraties toegenomen van 7500 naar 9300 in 2022, met een uitschieter van 9500 registraties in 2020 als mogelijk gevolg van de Corona lockdown. Het maandelijks aantal unieke, betrokken personen waar een melding over is gemaakt, is over deze periode redelijk stabiel gebleven. Gemiddeld genomen rijdt de MC-TAP maandelijks 200 keer uit in verband met een vermoeden van acute psychiatrie. Over de aanleidingen van de overige meldingen is geen data beschikbaar.

er acute psychiatrie speelt, kunnen zij een MC-TAP[49] (voorheen psycholance) vragen de patiënt te vervoeren naar de spoedeisende psychiatrie onderzoeksruimte (SPOR). De meldkamer ambulance doet een telefonische triage en overlegt indien nodig met de meldkamer van de GGZ of zij de cliënt kunnen brengen. In het geval er somatische problematiek speelt of de SPOR geen ruimte heeft voor een beoordeling, kan de cliënt ook naar een spoedeisende hulp van een ziekenhuis worden gebracht voor beoordeling. Deze beoordeling kan resulteren in een (gedwongen) opname, maar ook in bijvoorbeeld ambulante GGZ of verwijzing naar een huisarts of Vangnet. Eenmaal ter plaatse, kan de MC-TAP besluiten dat het niet passend is de cliënt te vervoeren voor een psychiatrische beoordeling en besluiten tot een somatisch consult bij een SEH of zelf eerste hulp verlenen en de cliënt niet vervoeren. Het laatste, het besluit om een cliënt niet te vervoeren, komt voor in ongeveer 20% van de situaties waarin de ambulance uitrijdt. Maandelijks gaat dit over 50-60 cliënten en dit aantal is redelijk stabiel over de jaren.[50] Indien er geen sprake is van acute psychiatrie of een somatische indicatie, maar wel een zorgvraag speelt, kunnen zowel politie, als ambulance, als SEH en spoedeisende psychiatrie, Vangnet van de GGD inschakelen voor raadpleging of om ter plaatse de cliënt te screenen en toe te leiden naar zorg. Iedere week komen de ketenpartners bij elkaar om casuïstiek te bespreken waarbij de keten niet goed lijkt te hebben gefunctioneerd. Uit deze casuïstiek worden structurele knelpunten gedestilleerd die in een bestuurlijk overleg worden geagendeerd. Daarnaast bestaat er een monitor van deze crisisketen, waarin de aantallen en stromen maandelijks in kaart worden gebracht. Deze afspraken gelden voor de regio Amsterdam-Amstelland, al zijn er voor de Amstellandgemeenten wel aspecten van de keten waarover aparte afspraken bestaan.

Naast deze verantwoordelijkheden in de crisisketen hebben de ketenpartners ook nog allerlei aangrenzende verantwoordelijkheden, zo werken GGZ en politie samen in de werkwijze verwarde verdachten (zie toelichting), hebben wijkagenten een belangrijke functie op het gebied van vroeg signalering en nazorg, is de MC-TAP ook betrokken bij gepland vervoer, schakelt de SPA ook veel met huisartsen en andere behandelaars en heeft de wijk GGD-er van Vangnet een belangrijke preventieve functie door aan de voorkant af te gaan op niet-acute meldingen, al dan niet samen met de wijkagent. Elke organisatie heeft dan ook een eigen rol en daarmee een eigen perspectief binnen dit proces, welke we op basis van de gesprekken en bijeenkomsten hieronder zullen toelichten om zo de knelpunten binnen het samenwerkingsverband te duiden.

Werkwijze verwarde verdachten - Amsterdam

De werkwijze verwarde verdachten verschaft bij personen die verdacht worden van een misdrijf middels een psychiatrisch consult inzicht in de aard en ernst van de situatie. Dit consult vindt plaats op het cellencomplex.

Wanneer sprake is van een overtreding, is de werkwijze verwarde verdachten niet van toepassing. In deze situatie moet de politie zelf bepalen of zorg ingezet moet worden. Daarbij kunnen Vangnet en de SPA ondersteunen.

Politie

Onder medewerkers van de Politie Amsterdam-Amstelland leeft de ervaring dat het aantal meldingen van onbegrepen gedrag de afgelopen jaren is toegenomen en dat deze thematiek steeds bepalender is geworden in de dagelijkse werkzaamheden. Hierin lijken de terugtrekkende rol van de verzorgingsstaat, meer specifiek het afschalen van bepaalde zorg en bedden, veranderingen in de samenleving, maar ook een onzekere sociaal-economische situatie, een rol te spelen. Voor steeds meer mensen roept het dagelijks leven dermate veel spanningen op dat zij gedrag vertonen dat wordt bestempeld als afwijkend of overlastgevend. Dit vraagt van de politie om een kritische blik te werpen op haar eigen rol waar het gaat om mensen met onbegrepen gedrag, zowel tijdens crisissituaties als bij vroeg signalering en preventie. En dat in een tijd van aanzienlijke tekorten in capaciteit en uitstroom van ervaren krachten.

Sommige van de stappen die worden gezet om dit capaciteitsprobleem aan te pakken, zoals het verminderen van de inzet van wijkagenten en het verkorten van de opleiding waardoor politieagenten die instromen slecht zijn voorbereid op situaties met onbegrepen gedrag, hebben verdere negatieve gevolgen voor de thematiek. Zo draaien er relatief veel agenten mee in de noodhulp met weinig ervaring, wat wel van belang is bij deze doelgroep, en hebben wijkagenten minder tijd te besteden aan vroeg signalering en preventie. Anderzijds worden er ook stappen in de goede richting gezet, bijvoorbeeld door het aanstellen van regisseurs Zorg en Veiligheid die binnen de verschillende basisteams zorgdragen voor de verbinding met het zorgdomein en door een herziening van het werkproces binnen de blauwe meldkamer, waarin de rol en acties binnen acute crisisketen beter zijn uitgewerkt. De politie is bereid om samen te werken en stappen te zetten, maar is afhankelijk van het zorgdomein dat mensen tijdig in zorg moet nemen. Het streven is om de overdracht in een crisissituatie zo simpel, snel en overzichtelijk mogelijk te laten verlopen.

‘Zorg is primair niet voor de politie’

Specifieke knelpunten die de politie ervaart tijdens crisissituaties hebben te maken met hun eigen rol en het kunnen overdragen naar de zorg. Hierbij wordt herkend dat de jonge agenten in de Noodhulp door de verkorte opleiding weinig praktische handvatten hebben wanneer ze de straat op gaan. Een deel van hen zich tevens onvoldoende bewust dat omgaan met de doelgroep onderdeel is van het werk. Ook wordt herkend dat in de werkwijze van de politie meer aandacht moet zijn voor de-escalatie. Onder een deel van de medewerkers is frustratie ontstaan over de ervaringen met de doelgroep doordat deze vaak worden gekenmerkt door lang wachten op overdracht aan een zorgpartner, onoverzichtelijkheid in het werkproces dat gevolgd moet worden, moeizaamheden in het inschatten van situaties en het vinden van de juiste benadering, het gevoel van ‘dweilen met de kraan open’ door mensen die tussen wal en schip belanden en individuen die alsmaar opnieuw in beeld komen[51], en voor sommige agenten zelfs door traumatische ervaringen. Anderzijds wordt deze kritiek genuanceerd, door te stellen dat de aanwezigheid van de politie van nature niet als de-escalerend wordt ervaren omdat zij aanwezig zijn om de veiligheid te waarborgen.

De aansturing vanuit de meldkamer rust vaak op beperkte informatie van de situatie en processen, en ook de samenwerking met de witte meldkamer en eventueel het delen van informatie zouden nog beter kunnen. Toch springen voor politieagenten tijdens crisissituaties het vaak lange wachten op straat en bottlenecks rondom de overdracht aan de zorg het meest in het oog. Sinds het contact primair via de witte meldkamer verloopt is het proces in ieder geval duidelijker geworden voor agenten op straat en lijkt er minder sprake te zijn van ‘shoppen’ van allerlei mogelijkheden om iemand ergens onder te brengen, wat veelal tijdrovend en verwarrend werkte. Desondanks geeft de politie aan dat er situaties blijven bestaan waarin er geen plek is bij de SPA[52] of iemand daar niet voor in aanmerking komt en de Ambulance niet vervoert[53], kortom situaties waarin het proces spaak loopt en de politie met iemand achterblijft. Ook wanneer er

geprobeerd wordt om Vangnet in te schakelen krijgen ze niet altijd gelijk reactie en kunnen ze iemand dus niet gemakkelijk overdragen. Omdat vaak niet helder wordt toegelicht wat de reden hiervoor is, dragen dit soort situaties bij aan de verdere frustraties over en weerstand tegen het optrekken in situaties met onbegrepen gedrag.

Ook aan de voor- en achterkant van crisissituaties lopen politieagenten tegen knelpunten aan. Zo dragen het tekort aan bedden en zorgpersoneel, en de lange wachtlijsten voor cliënten die zorg en ondersteuning nodig hebben niet bij aan preventie en vroeg signalering. Enerzijds ontvingen we positieve signalen over de inzet op vroeg signalering en de samenwerking met Vangnet, anderzijds waren voor agenten ook bij Vangnet tekorten aan personeel merkbaar en zouden met name wijkagenten liever nog meer samen op willen trekken, ook op het gebied van informatie delen.

Een kanttekening daarbij is dat door het capaciteitsgebrek bij de politie, wijkagenten ook worden ingezet op andere taken zoals noodhulpdiensten en dat het überhaupt verschilt per basisteam hoeveel aandacht er is voor de meer zorg gerelateerde meldingen, waaronder onbegrepen gedrag. Daarnaast zou er nog beter samengewerkt kunnen worden tussen wijkagenten en zorg in het na traject om te kijken wat ze voor iemand en de omgeving kunnen betekenen, maar ook hier spelen de beperkingen rondom informatiedeling op.

Ambulance

Bij de Ambulance Amsterdam zijn de afgelopen jaren verschillende verbeterslagen doorgevoerd om te reageren op de toenemende druk op de crisisketen. Zo is de pilot met de 'psycholance' voortgezet in een tussenvorm: een medium care ambulance waarbij de medewerkers een extra opleiding acute psychiatrie hebben gevolgd, ook wel bekend als de MC-TAP. Daarnaast zijn de aanrijtijden van de ambulance in de afgelopen jaren verbeterd en is er geïnvesteerd in het trainen van medewerkers om zo meer begrip te creëren voor de doelgroep. Met betrekking tot de samenwerking in de crisisketen is in de afgelopen jaren een duidelijk stroomschema opgesteld voor de witte meldkamer, wordt het wekelijkse crisisketenoverleg als meer constructief ervaren dan voorheen en zijn er korte lijnen en een goede samenwerking met de SPA. Ondanks deze stappen wordt psychiatrische problematiek door een deel van de ambulancemedewerkers als lastig ervaren door de hoge aantallen en de druk op de vervoersbewegingen, door de (terugkerende) individuen die geen ambulancevervoer voor psychiatrische beoordelen nodig blijken te hebben[56], omdat de problematiek minder tastbaar is dan waar ze voor zijn opgeleid en omdat niet alle medewerkers het zien als onderdeel van hun 'core business'.

Voor de Ambulance is het belangrijk dat er alleen aanspraak op hen wordt gedaan als het een acute crisis betreft (circa 200 keer per maand) of als het gaat om gepland vervoer (ook circa 200 keer per maand). Het huidige crisisketen proces is in de basis goed ingericht, maar er ontstaan knelpunten in de navolging van dit proces en de gemaakte afspraken, het uitwisselen van informatie en het onderlinge begrip naar elkaar. Zo komt het wel eens voor dat de afspraken over wie een ambulance aanvraagt niet door iedereen goed worden nagevolgd en zorgen de afwijkingen tussen de stroomschema's van de witte en de blauwe meldkamer voor ruis in het proces. Ook zijn er verschillen in urgentie en prioritering ten opzichte van de ketenpartners, zo gaan cliënten met somatische problematiek bij de Ambulance altijd voor en kan het daardoor zijn dat politieagenten wat langer moeten wachten.

De schemergebieden en onduidelijkheden die politieagenten op straat ervaren sijpelen ook verder door, waardoor vanuit de witte meldkamer vaak voor de zekerheid een MC-TAP wordt gestuurd wat drukt op de capaciteit van de Ambulance. Als een ambulance vervolgens niet gaat vervoeren omdat er geen sprake is van acute psychiatrie of een somatische indicatie ontstaan er discussies met agenten omdat zij niet weten waar zij iemand dan naartoe kunnen brengen. De versnippering van de zorg maakt het hierbij lastig voor de witte meldkamer om zicht te krijgen op de alternatieven en daarnaast geven ze aan dat alternatieven zoals Vangnet niet goed zijn ingericht op acute situaties in verband met langere aanrijdtijden, wat

het voor de witte meldkamer moeilijk maakt om een goede overdracht in gang te zetten. Verder zijn ook de gebreken in het voorkomen van crisissituaties bij de Ambulance duidelijk voelbaar. Zo zijn de frustraties over 'draaideurcliënten en zorgmijders'[57], waaronder chronisch verslaafden en (EU) daklozen, vaak genoemde onderwerpen. De interacties met deze doelgroepen resulteren in vermoeidheid en frustraties, en lijken daardoor ook bij te dragen aan een grotere weerstand tegen andere personen die door medewerkers niet als hun belangrijkste doelgroep worden gezien.

Spoedeisende Psychiatrie

De Spoedeisende Psychiatrie in Amsterdam wordt gezamenlijk gerund door GGZ-instellingen Arkin en InGeest en bevindt zich op een centrale, maar kleine, locatie in de stad met vier beoordelingsruimtes. In principe wordt door de professionals binnen de spoedeisende psychiatrie en de ketenpartners met tevredenheid gekeken naar hoe het proces binnen de acute crisisketen op dit moment is ingericht.

Net als de samenwerkingspartners in de acute crisisketen zijn ook medewerkers van de SPA zich sterk bewust van de gevolgen van de veranderingen in de samenleving en de effecten op kwetsbare personen, bezuinigingen in de zorg, versnippering, ambulantisering, lange wachttijden en capaciteitstekorten, en dit is duidelijk voelbaar in de crisisketen. Zo is bijvoorbeeld het tekort aan uitslaapbedden voor cliënten die een roes moeten uitslapen van directe invloed op de capaciteit van de SPA. Naast deze druk die wordt ervaren, hebben de knelpunten die vanuit de SPA worden ervaren meer te maken met wederzijds begrip, uitwisselen van informatie, communicatie en het moeten erkennen en uitvoeren van de verantwoordelijkheden van elke ketenpartner.

De algehele beperkte capaciteit is duidelijk voelbaar in de druk op de keten, maar ook het beperkte aantal beoordelingsruimtes, zoals werd benoemd door enkele ketenpartners, wordt herkend onder medewerkers van de SPA. Hier wordt aan toegevoegd dat iedereen die niet bij de SPOR terecht kan naar de Spoedeisende Hulp moet, wat ook daar weer voor extra druk zorgt. Met betrekking tot het doorverwijzen van personen die niet in aanmerking komen voor een beoordeling op de SPA merken medewerkers op dat de samenwerking met Vangnet als goed wordt ervaren, maar dat ook zij niet altijd wat te bieden hebben, met name wanneer het gaat om ongedocumenteerden of mensen van buiten de regio. Ook is benoemd dat de communicatie met de politie hierover soms beter kan, en dat de politie gebaat zouden zijn bij een betere uitleg over waarom iemand daar op dat moment niet terecht kan. Over de gehele linie zou de communicatie tussen de ketenpartners beter kunnen, er werd daarbij ook kritisch gekeken naar de eigen meldkamer om bijvoorbeeld verbeterslagen te maken in het wederzijds begrip naar elkaar, het navolgen van de bestaande afspraken en het uitvoeren van een goede triage om te voorkomen dat mensen onnodig naar de SPA komen[58]. Daarbij signaleert de SPA dat de prioritering bij de meldkamers van de ambulance en de politie door forse werkdruk en beperkte capaciteit lijkt te liggen bij de eigen kerntaak en dat voor situaties die daarbuiten vallen eerder naar een andere partij wordt gekeken in plaats van samen naar een oplossing te zoeken.

Ondanks dat er bij de politie en ambulance nog gewerkt kan worden aan een betere inschatting van situaties, een goede en de-escalerende benadering van de doelgroep en een goede samenwerking op het gebied van triage en overdracht, werd ook erkend dat medewerkers van de politie en ambulance op dit gebied vaak te maken krijgen met excessen in de publieke ruimte en dat het begrijpelijk is dat het voor hen lastig reageren is op deze doelgroep.

De knelpunten die voortkomen uit de schemergebieden op straat lijken vanuit medewerkers van de SPA met name directe raakvlakken te hebben met de verantwoordelijkheden van andere ketenpartners. Wel delen ook medewerkers van de SPA de zorgen over terugkerende individuen, waaronder chronisch verslaafden, die vaak zorg weigeren maar alsmaar weer opnieuw in beeld komen.

Vangnet Zorg en Overlast

Voor de GGD Amsterdam, meer specifiek de afdeling Vangnet Zorg en Overlast van waaruit SVP'ers afgaan op meldingen van o.a. het eigen meldpunt OGGZ en de meldpunten Zorg & Woonoverlast van de stadsdelen, hebben de afgelopen jaren in het teken gestaan van de verkleining van hun rol in de acute crisisketen. Waar zij voorheen in direct contact stonden met de politie en fungeerden als een spil in het web, zijn de rollen van de Ambulance en de SPA in het huidige proces prominenter geworden en is de rol van Vangnet in de afgelopen jaren meer naar de achtergrond verschoven.[59] Bij Vangnet leeft het gevoel dat wanneer zij gebeld worden er vaak sprake is van een 'last resort' en dat ze een grote bijdrage zouden kunnen leveren als er eerder een beroep wordt gedaan op de ondersteuning die zij kunnen leveren aan cliënten. Dit maakt het werk minder uitdagend, maar bovenal zijn er ook zorgen dat personen over wie een melding wordt gemaakt te makkelijk als 'psychiatrisch' worden bestempeld en niet de juiste hulp en ondersteuning krijgen. Ook is het naar buiten toe soms lastig communiceren over wat de rol van Vangnet precies is, omdat deze constant verschuift waar de reguliere zorg verandert.

Concreet met betrekking tot de crisisketen richten de knelpunten zich met name op de juiste benadering van de doelgroep door hulpverleners op straat en het zo snel mogelijk en op de juiste plek onderbrengen van personen in crisis. Medewerkers van de GGD ervaren bijvoorbeeld onder politieagenten een zekere vermoeidheid met betrekking tot deze problematiek wat gepaard gaat met een terugtrekkende en afhoudende rol. Omdat de SVP'ers Vangnet inhoudelijk sterker zijn opgeleid om op deze doelgroep te reageren dan politieagenten gaat voor hen de voorkeur uit naar het herinrichten van het proces zodat zij sneller betrokken zijn bij meldingen en daarmee de politie en ambulance kunnen ontlasten. De wens voor deze oplossing komt met name voort uit zorgen over mensen waarbij het niet gaat om acute psychiatrie. In gesprekken met zowel Vangnet als de politie kwam naar voren dat clienten die niet door de SPA of SEH opgevangen willen of kunnen worden, niet altijd worden doorverwezen naar Vangnet of er wordt op straat ervaren dat er onvoldoende tijd is om op medewerkers van Vangnet te wachten. Hierdoor kunnen cliënten op de verkeerde plek belanden, of loopt het proces spaak waardoor de politie en ambulance met een persoon op straat blijven zitten. Dit signaal kwam gedurende het project geregeld naar voren maar gegevens om deze signalen verder te duiden en onderbouwen, ontbreken vooralsnog. Tot slot zijn ook meer algemene knelpunten rondom het uitwisselen van informatie als gevolg van de privacy wetgeving en de onoverzichtelijkheid van het huidige proces benoemd.

Net als andere ketenpartners zien ook de medewerkers van Vangnet knelpunten op het gebied van het tekort aan bedden, zowel voor de korte als lange termijn, en het afschalen van de zorg. Ook de versnippering van het zorgaanbod maakt het moeilijk voor medewerkers van Vangnet, laat staan voor medewerkers van partnerorganisaties, om het overzicht te houden en ook is dit in hoge mate afhankelijk van het goed onderhouden van netwerken. Waar Vangnet voorheen een sterke rol had aan de preventieve kant, raken ze het overzicht op dit preventieve toezicht nu gemakkelijker kwijt omdat de politie via de witte meldkamer verzoekt om vervoer door de Ambulance en geen contact opneemt met Vangnet. Ook ervaren ze aan de voorkant soms moeite om de politie mee te krijgen op huisbezoeken waar kans is op onveilige situaties. Andersom, dus wanneer de politie de GGD mee vraagt, lijkt dit wel goed te werken.

Het cliëntperspectief

Naast de input die is opgehaald bij ketenpartners, hebben we ook zo veel mogelijk het contact opgezocht met cliëntvertegenwoordigers. In alle gesprekken die we met hen hebben gevoerd, was een hartenkreet voor een meer **mensgerichte benadering** van personen met onbegrepen gedrag. De vertegenwoordigers vinden dat de focus op E33 meldingen zorgt dat te veel verschillende problematiek op één hoop wordt gegooid. Spreken over 'de' groep mensen met onbegrepen gedrag doet geen recht aan de grote verscheidenheid van oorzaken en gedrag. Ook vinden zij dat te veel gedacht wordt in termen van overlast en veiligheid, terwijl mensen die grip op het leven (dreigen te) verliezen juist kwetsbaar zijn en

een acute zorg- of ondersteuningsnood hebben. De meesten van hen zijn niet gevaarlijk, maar krijgen zelf met extra (veiligheids)risico's te maken vanwege hun kwetsbaarheid. Daarom pleiten de cliëntvertegenwoordigers voor (cultuur- en taalsensitieve[60]) aandacht voor de *individuele mens* die is ontregeld en (het voorkomen van) de problematiek die daaraan ten grondslag ligt.

De cliëntvertegenwoordigers herkennen het beeld van de maatschappij die verandert en de afbrokkeling van zorg en sociale vangnetten. Echter voegen zij hieraan toe dat de gevolgen van sociaaleconomisch beleid, de nadruk op zelfredzaamheid, financiële zekerheid, het tekort aan woningen en weinig maatschappelijke tolerantie voor 'anders zijn' of afwijkend gedrag, ook een grote rol spelen. De wereld is in toenemende mate complex en stressvol voor veel mensen. Dit kan – zoals eerder beschreven – leiden tot overlastgevend of onbegrepen gedrag. Hierbij is niet altijd sprake van psychiatrie maar kunnen we ook spreken van 'levensproblematiek'.

'Na jarenlang maandelijks een crisis te ervaren, is het sinds ik een aantal jaar een eigen woning heb nog maar 2 keer misgegaan. En dat was in het eerste jaar dat ik op mezelf ging wonen.'

'Jonge statushouders krijgen een jongerencontract voor hun woning. Dit betekent dat zij na 5 jaar verplicht moeten verhuizen en mogelijk na 5 jaar weer, als zij nog geen 28 jaar zijn.Deze verandering, het ontbreken van kennis en overzicht van alle regels en regelingen, alle (dreigende en onbegrijpelijke) brieven, en de frequente wisselingen van begeleiders geven veel stress en onrust, wat zich bij sommigen uit in onbegrepen gedrag. Er wordt van mensen zelfredzaamheid verwacht, terwijl zij dit (nog) niet zijn.'

De roep voor een meer mensgerichte benadering, komt onder meer voort uit de stigmatisering die de doelgroep ervaart en de manier waarop zij worden benaderd. Zo hebben we met de cliëntvertegenwoordigers regelmatig gesproken over de stigmatiserende en schofferende houding van sommige hulpverleners, met name de politie, die vervolgens resulteert in verdere en onnodige escalatie. Meerdere cliëntvertegenwoordigers en naasten geven aan angst te hebben voor de gevolgen van het handelen van de politie en zorgen te hebben over het afschalen van de opleiding van politieagenten waardoor geen tot weinig aandacht wordt gegeven aan een adequate benadering van de doelgroep. Daar komt bij dat alleen de aanwezigheid van de politie, door het uniform en de hoeveelheid agenten, vaak al een trigger op zich is voor de kwetsbare doelgroep. Verschillende cliënt-vertegenwoordigers geven daarom aan dat, wanneer de veiligheid niet in het geding is en er geen sprake is van een strafbaar feit, de politie niet de juiste partij is om mensen met onbegrepen gedrag te benaderen. Met uitzondering van de wijkagent, die al bekend is in de wijk en soms ook met de persoon waarover een melding is gemaakt, vaak zelf hulpverleners of mensen binnen het eigen netwerk kan inschakelen en doorgaans meer kennis en begrip heeft hoe mensen met onbegrepen gedrag te benaderen.

'Ik maak me zorgen over het gebruik van tasers door politie. Onderzoek wijst uit dat dit gevaarlijk kan zijn voor mensen met psychische problematiek.'

Veel cliëntvertegenwoordigers spraken over het gebrek aan continuïteit, geduld en duidelijke communicatie onder hulpverleners, zowel bij politie als zorgprofessionals. Ook wordt naar hun idee vaak gewerkt vanuit vooroordelen en aannames, mede op basis van opgebouwde dossiers. Ze ervaren dat er te veel *over* cliënten in plaats van *met* hen wordt gesproken. Belangrijke vragen als 'wat is er gebeurd', 'wat heb je nodig' of 'wie kan ik voor je bellen om je bij te staan' worden onvoldoende gesteld. Cliënten en naasten voelen zich soms

als een nummer behandeld en niet gehoord. Dit geldt niet alleen voor momenten in crisis, maar ook in de aanloop naar een crisis. Daarbij lijkt ondersteuning zoeken en krijgen via de GGZ, huisarts, sociaal domein en Vangnet voordat een situatie escaleert lastig. Meerderen van de naasten die we hebben gesproken, blijken ook niet te weten waar ze voor hulp terecht kunnen met een hulpvraag voor iemand anders. Een enkeling geeft daarbij aan de drempel om naar het Meldpunt Zorg en Overlast en het meldpunt OGGZ van Vangnet te bellen te hoog te vinden, omdat het als een 'kliklijn' wordt ervaren. De cliëntvertegenwoordigers stelden: het lijkt wel alsof je eerst in crisis moet komen, om hulp te krijgen. Ze hebben dan ook serieuze zorgen over de inrichting van de hulp en ondersteuning bij niet-acute problematiek. (N.B. hulp hoeft niet per definitie GGZ-zorg te zijn. Het kan bijvoorbeeld ook gaan om hulp bij schulden of huisvesting).

Het niet gehoord voelen bij een hulpvraag[61] staat het vertrouwen van naasten en cliënten in de weg, wekt de indruk dat er met verschillende maten wordt gemeten en leidt tot vragen over wiens veiligheid wel en niet wordt gewaarborgd. Ondanks dat het idee leeft dat door een wat bredere bewustwording de afgelopen jaren ook verbeterslagen zijn gemaakt, zijn met name een persoon niet betrekken bij wat er gaat gebeuren en het lang alleen wachten daarnaast specifieke knelpunten die worden ervaren. Dit soort contactmomenten en het verloop van een situatie zijn bepalend in een crisis. Er valt op het gebied van je gehoord voelen, taalgebruik, creëren van rust, het benaderen zonder vooroordelen en het vinden van een meer persoonlijke benadering van een cliënt met onbegrepen gedrag volgens de cliëntvertegenwoordigers dan ook nog veel te verbeteren.

'Ik heb sinds 1998 meerdere crises meegemaakt en een hoop behandelaren en diagnoses gehad. In al die jaren is onvoldoende naar mij geluisterd. Ik heb een hoop medicatie gebruikt, wat me jaren heeft geduurd om af te bouwen. In dit proces is de machtspositie ingewikkeld, want als cliënt doe je veel om je behandelaar te laten zien dat je niet gek bent. Ook al voelt het niet goed, toch werk je mee. Pas sinds vorig jaar heb ik het gevoel gehoord te worden. Deze behandelaar is de eerste die mij voor volledig aan ziet. Na jaren word ik nu eindelijk behandeld voor mijn trauma's.'

'Ik heb een jonge statushouder (vrijwillig) begeleid. Hij moest eerst verplicht Nederlands leren voordat hij in aanmerking kon komen voor (gesubsidieerd) werk of sport. Maar Nederlands leren was voor hem te moeilijk, waardoor hij klem kwam te zitten tussen systemen. Hij had geen werk, geen sport, vereenzaamde, raakte geïsoleerd en begon uiteindelijk agressief gedrag te vertonen. Ondanks mijn volhardende inspanningen kreeg hij geen professionele hulp. Omwonenden werd geadviseerd om bij incidenten de politie te bellen, wat de jongen de indruk gaf dat de iedereen tegen hem was. Uiteindelijk is deze jongen geradicaliseerd en dakloos geworden. Hij wordt inmiddels als dader neergezet, maar ik zie alleen een slachtoffer van het ingewikkelde systeem.'

Net als bij de samenwerkingspartners, was ook bij de cliëntvertegenwoordigers het gebrek aan zorgcapaciteit onderwerp van gesprek. Daarbij werd de continuïteit van zorg als grootste knelpunt genoemd. In het bijzonder wanneer er een vertrouwensband met de behandelaar is opgebouwd. Cliënten krijgen in de loop van de tijd vaak te maken met meerdere behandelaars en organisaties. Of met zorg die afgeschaald wordt, zoals op dit moment het geval bij aanvullende individuele ondersteuning voor thuiswonende mensen met dementie. Bij iedere nieuwe behandelaar moeten cliënten weer hun verhaal vertellen, volgt een andere behandeling of een aanpassing in medicatie. Deze veranderingen worden als stressvol ervaren, beïnvloeden de relatie tussen cliënt en behandelaar en mogelijk ook de welwillendheid om mee te werken aan een behandeling.

Het belang van continuïteit werd ook benoemd bij laagdrempelige inloopvoorzieningen. We hebben regelmatig met cliëntvertegenwoordigers gesproken over het belang van 'plekken waar je kan zijn'. Voorzieningen die veiligheid en geborgenheid bieden die je niet ervaart als je alleen bent en je het moeilijk hebt. De cliëntvertegenwoordigers geven aan dat dergelijke voorzieningen helpen bij het voorkomen van mentale ontregeling/crisis. Amsterdam kent een hoop van dit soort plekken, maar ze zijn helaas niet voor iedereen even makkelijk te vinden (ook niet voor hulpverleners), de openingstijden lijken nog onvoldoende aan te sluiten bij de behoeften en vanwege de financieringsmodellen is continuïteit een aandachtspunt.

Ook de gaten in de opvolging en doorstroom van cliënten, genoemd tijdens de werksessies, werden door cliëntvertegenwoordigers herkend. We hebben gesproken over onvoldoende aansluiting tussen politie en zorg tijdens een moment van crisis, inclusief de juiste overdracht van informatie en de privacywetgeving. En over verbetering van de triage om een persoon zo snel mogelijk op de juiste plek te brengen. Meerdere cliëntvertegenwoordigers geven eveneens aan dat hen na afloop van een crisis onvoldoende tot geen nazorg geboden werd. Een enkeling voelde zich aan het lot overgelaten.

'Ik wens mensen met onbegrepen gedrag een warm en stabiel vangnet. Met behandelaren, vrienden, familie en buren'

'Het raakt me dat mensen zich niet begrepen voelen en niet begrepen worden. Ik wens dat er begrip en acceptatie komt voor wat we niet weten, zodat men daar niet meer van schrikt. En dat dit begrip wordt omgezet in verwondering.'

In bijlage 5 is een weergave opgenomen van het cliëntperspectief als samenvatting van de bijeenkomst op 30 januari 2023.

Conclusie

Wanneer we deze perspectieven bij elkaar brengen komt helder naar voren dat de verschillende ketenpartners ieder gebonden zijn aan de eigen bevoegdheden en taken, andere doelstellingen hebben en daarnaast ook andere vormen van urgentie en prioritering ervaren. Alle partners in de keten moeten reageren op veranderingen in de samenleving en het Nederlandse zorgsysteem. De gebrekkige capaciteit, zowel met betrekking tot bedden als personeel in zowel zorg en veiligheid, maakt dit er voor niemand makkelijker op en dit knelpunt wordt dan ook in de breedte onderkend.

Zowel de verschraling en versnippering van de zorg door landelijke wet- en regelgeving en de financieringsmaatregelen, de verschuivingen in verantwoordelijkheden en de toenemende aantallen waar hulpverleners mee te maken hebben, maken het werkveld complex en onoverzichtelijk, waardoor de meldroutes en processen lastig te volgen zijn. Daarnaast hanteert iedere organisatie zijn eigen doelstellingen en prioritering van taken en verantwoordelijkheden, wat bijvoorbeeld tot gevolg kan hebben dat de ene partij lang moet wachten op de ander. Dit tezamen met de vaak vluchtige interacties waarin het contact plaatsvindt maakt het niet makkelijker om kennis van en begrip voor elkaar op te bouwen, waardoor er

verdere onduidelijkheden en meningsverschillen ontstaan over verantwoordelijkheden. Door de complexiteit en schaal van het werkveld en de onduidelijkheden over wie wat doet en kan, zijn er signalen dat er gaten ontstaan in de opvolging en doorstroom van cliënten waardoor er mensen zijn die nergens of niet op de juiste plek worden ondergebracht. Extra knelpunt vormt het stigma dat er bestaat richting de doelgroep; dit is van invloed op de manier waarop zij niet worden begrepen en waarop zij benaderd worden in hun interacties met hulpverleners, en ook op de manier waarop de verschillende ketenpartners zich onderling tot elkaar verhouden.

2.3 Resumé: gezamenlijke visie op de knelpunten

Op basis van de literatuurstudie, de individuele en groepsgesprekken en de werksessies met professionals en cliëntvertegenwoordigers uitgewerkt in paragraaf 2.1 en 2.2, komen we *samenvattend* tot de volgende selectie van knelpunten:

1. Obstakels in het volgen van meldroutes en processen;
   zoals de grootte en complexiteit van het werkveld, het verschil in urgentie, onduidelijkheid waar een melding te doen, het lange wachten en beperkingen rondom informatie-uitwisseling.
2. Gebrek aan kennis van en begrip voor elkaar;
   Bijvoorbeeld onduidelijkheden en meningsverschillen over tot waar de eigen verantwoordelijkheid strekt en wat de ander kan/moet betekenen, discussies over voorrang van zorg of strafrecht, en onvoldoende begrip voor mensen met onbegrepen gedrag en inzicht in hoe deze mensen te benaderen.
3. Beperkte zorgcapaciteit en een beperkt zorg- en ondersteuningsaanbod;
   Door een tekort aan personeel, tekort aan bedden en een ondersteuningsaanbod dat ontoereikend is en/of onvoldoende continuïteit heeft.

Deze knelpunten leiden tot:

4. Gaten in de opvolging en doorstroom van cliënten.
5. Irritaties en onbegrip tussen de samenwerkingspartners.

En daarmee tot een

6. Ontoereikende benadering, zorg en ondersteuning voor een deel van de mensen met onbegrepen gedrag.

33 Zie o.a. van Dijk et al. (2019), Lamb et al. 2002 en Punch (2019)
34 Punch (2019), p. 8-12 en p. 23-24.
35 Punch (2019), p. 13-16.
36 Abraham & Nauta (2014), p. 41-45.
37 Aanjaagteam verwarde personen (2016), p. 20
38 Abraham & Nauta (2014), p. 45 en Aanjaagteam verwarde personen (2016), p. 20.
39 Abraham & Nauta (2014), p. 70-71.
40 Synhave & Jansen (2021)
41 Koopman & Spijkerman (2020a)
42 Koopman & Spijkerman (2020a)
43 Koopman & Spijkerman (2020b)
44 de Koning (2023)
45 Koopman & Spijkerman (2020b)
46 In opdracht van de verantwoordelijke ministers is een evaluatie uitgevoerd naar de Wvggz en de Wzd. Hieruit bleek een grote urgentie om de uitvoerbaarheid van de wetten te verbeteren, maar ook het belang om de beoogde verbeteringen eerst op te halen en te toetsen bij de professionals en ervaringsdeskundigen die met deze wetgeving te maken hebben.
47 Koopman & Spijkerman (2020b)
48 Zie bijlage 4 – Cijfermatig inzicht in de geïnventariseerde knelpunten.
49 Een Medium Care-ambulance met Taakaccent Psychiatrie.
50 Zie bijlage 4 – cijfermatig inzicht in de geïnventariseerde knelpunten.
51 Van de unieke personen die in 2018 bij de politie in beeld kwamen met een E33-melding, kwam 67% 1 keer in beeld, 17% twee keer, 10% drie keer en 5% minimaal vijf keer, zie bijlage 4.
52 In 2022 vonden 68 psychiatrische beoordelingen plaats bij OLVG Oost en West en ongeveer 47 beoordelingen bij VUmc omdat de SPA vol was. Dat wil niet per definitie zeggen dat de politie hier langer heeft moeten wachten, want de ambulance komt even snel, maar rijdt naar een andere bestemming. Zie ook bijlage 4 – Cijfermatig inzicht in de geïnventariseerde knelpunten.
53 In 20% van de gevallen waarin de ambulance uitrijdt in verband met een vermoeden van acute psychiatrie, nemen zij de cliënt niet mee. Zie ook bijlage 4 – Cijfermatig inzicht in de geïnventariseerde knelpunten.
54 Helaas is er geen data voorhanden over de aanrijtijden van Vangnet, wel wordt het signaal door Vangnet herkend.
55 Maandelijks rijdt de MC-TAP gemiddeld 200 keer uit voor een melding met vermoeden acute psychiatrie, zie bijlage 4.
56 In circa 20% van de gevallen waarin de MC-TAP uitrijdt, nemen zij de cliënt niet mee, zie bijlage 4.
57 Zie ook bijlage 4 – Cijfermatig inzicht in de geïnventariseerde knelpunten.
58 We beschikken niet over data om te onderbouwen of / hoe vaak mensen onnodig naar de SPOR gaan voor een psychiatrische beoordeling. We weten dat in 2017-2019 16-19% van de mensen die bij de SPOR 'zonder beleid' of met 'overig beleid' is ontslagen. Deze cliënten ontvingen geen psychiatrische zorg in Amsterdam, maar zijn onder andere overgedragen aan de huisarts of aan de eigen regio. Dit ontslag wil niet zeggen dat de acute psychiatrische beoordelingen niet nodig waren om de noodzaak tot een behandeling uit te sluiten. Zie ook bijlage 4 – cijfermatig inzicht in de geïnventariseerde knelpunten.
59 Zie bijlage 4 'Het aantal E33-meldingen neemt toe, maar het aantal meldingen en de opvolging van meldingen over verward gedrag bij het Advies en Meldpunt OGGZ is afgenomen'.
60 Niet alleen geven de cliëntvertegenwoordigers aan dat verkeerd gebruik van taal bijdraagt aan stigmatisering. Ook praktisch gezien is een deel van de doelgroep de Nederlandse taal niet machtig en bestaan bijvoorbeeld in sommige culturen de woorden psychose en depressie niet of worden ze niet erkend.
61 Aandachtspunt: niet iedere cliënt is zelf in staat om een duidelijke hulpvraag te formuleren. Achter een simpele, korte vraag kan een grotere ondersteuningsnood schuilen die niet iedere cliënt goed onder woorden kan brengen. De ervaring van enkele cliëntvertegenwoordigers is dat, om bijvoorbeeld ondersteuning van de buurtteams te krijgen, dit wel van cliënten wordt verwacht.

3. Inzicht in de oplossingsrichtingen

3.1 Voorbeelden en categorisering van bestaande oplossingsrichtingen

Om inspiratie op te doen over oplossingsrichtingen hebben we eerst gekeken naar de bestaande literatuur over dit werkveld en naar oplossingen en pilots uit de binnen- en buitenlandse praktijk die naar vergelijkbare problematiek zijn te herleiden. We hebben ervoor gekozen om de focus te leggen op oplossingen die met name gericht zijn op het verbeteren van de bestaande samenwerking en werkprocessen, in plaats van een meer rigoureuze verandering of herinrichting daarvan. Hieronder volgt een kort overzicht van oplossingsrichtingen die we hebben gebruikt ter inspiratie voor het invullen van een deel van werksessie twee, waar we een eerste stap hebben gezet richting het selecteren en vormgeven van gezamenlijk gedragen oplossingen.

Respons- en meldroutemodellen

We zijn begonnen met het onderzoeken van voorbeelden van responsmodellen. Deze voorbeelden varieerden van het verplaatsen of verschuiven van verantwoordelijkheden, zoals de inzet van *mental health workers* in plaats van politieagenten in bijvoorbeeld San Francisco en Denver om zo met name geweld in situaties met personen met onbegrepen gedrag te voorkomen[62], of voorbeelden waarin zorg en veiligheid gezamenlijk optrekken in de vorm van een co-responder model.[63] Voorbeelden hiervan zijn mobiele crisis of noodgevallen teams[64] en street triage[65] in onder andere de Verenigde Staten, Canada, Australië, het Verenigd Koninkrijk en Zweden. Ook in Nederland zijn een aantal pilots met co-responder modellen te vinden, zoals Streettriage in Twente[66], de Quick Responder in Eindhoven[67] en een Rapid Responder in Friesland.[68]
Naast de (co-) respons-modellen, ligt bij andere oplossingsrichtingen de aandacht op aanpassingen in meldpunten, meldkamerprocessen en meldroutes. Dit kan bijvoorbeeld beginnen bij grondige data-analyses om te evalueren in hoeverre de inzet van hulpdiensten aansluit op de hulpvraag.[69] Andere voorbeelden zijn het opzetten van nieuwe meldpunten voor burgers of professionele partners.[70] Ook zijn er pilots gedraaid met triage door sociaalpsychiatrisch verpleegkundigen op de meldkamers van politie en ambulance, bijvoorbeeld in de regio Rijnmond/Zuid-Hollandse Eilanden.[71]

Trainen – binnen professies en interprofessioneel

Ook op het gebied gespecialiseerde responses, bijvoorbeeld door training, kunnen we leren van verschillende voorbeelden en ontwikkelingen uit de literatuur en praktijk. Deze voorbeelden richten zich veelal op politieagenten. Zo is er het CIT model, afkomstig uit Memphis in de Verenigde Staten[72], waarbij politieagenten speciale training ontvangen op het gebied van kennis, houding en vaardigheden om adequaat te kunnen reageren op situaties met onbegrepen gedrag, en om samenwerkingsverbanden te kunnen bewerkstelligen met de zorg om zo veel mogelijk mensen in behandeling in plaats van in de gevangenis te krijgen.[73] In Australië bestaat een vergelijkbaar model, het Mental Health Intervention Team, hierbij wordt een onderscheid gemaakt tussen een basistraining voor iedereen en politieagenten die zich verder willen specialiseren.[74] Ook in Nederland wordt gewerkt met speciale trainingen voor politieagenten. Zo heeft Bauke Koekkoek recent een nieuw handboek ontwikkeld voor het basiscurriculum van de politie om agenten voor te bereiden op situaties met onbegrepen gedrag en de samenwerking met de zorg te verhelderen.[75] Daarnaast zijn er ook een aantal recente voorbeelden uit Nederland waar politie en zorg gezamenlijk trainen, zoals in Friesland en

Noord-Holland. Deze trainingen leunen vaak op concrete ervaringen uit de praktijk, om zo meer inzicht te krijgen in elkaars werk en de dilemma's en keuzes die daarbij komen kijken, maar daarmee ook aan een gezamenlijke visie bouwen.[76] Hoewel niet specifiek gericht op onbegrepen gedrag, kent het zorgdomein aanvullend een hoop voorbeelden van interprofessioneel opleiden. Zowel in de initiële opleidingen, als in de vervolgopleidingen en in de beroepspraktijk. Een veelgeprezen voorbeeld zijn de TeAMZ-trainingen, ontwikkeld in Amsterdam UMC om de communicatie en samenwerking binnen interprofessionele teams te verbeteren.[77]

Crisiskaart en inzet ervaringsdeskundigen

Als laatste zijn we nog verschillende oplossingsrichtingen tegengekomen die zich meer richten op de doelgroep, in plaats van de hulpverleners. Zo heb je in Nederland het Crisisplan, de Crisiskaart en de Hulpkaart. Mensen die vrezen in crisis te raken kunnen het plan en/of de kaarten gezamenlijk met professionals en naasten opstellen om hulpverleners en omstanders te informeren over wat kan helpen in een crisissituatie.[78] Uit onderzoek blijkt dat de kaart vooral een positieve werking heeft voor de doelgroep en naasten omdat het bijdraagt aan het zelfinzicht, autonomie en eigen regie, gevoel van zekerheid en daarmee vermindering van stress, en omdat de omgeving beter betrokken raakt bij de problematiek en gewenste bejegeningswijze. Ondanks het verwachtte effect moet nog blijken wat precies de toegevoegde waarde is voor omstanders en hulpverleners, omdat dit erg afhankelijk is van of de kaart gevonden wordt.[79]

Andere voorbeelden van oplossingsrichtingen die zich richten op de doelgroep zijn onder andere de inzet van ervaringsdeskundigen en ervaringswerkers, bijvoorbeeld bij trainingen van professionals, in de vorm van peer-support in projecten, of bij organisaties.

3.2 Selecteren en vormgeven van de oplossingsrichtingen

Oriëntatie

De verschillende voorbeelden van oplossingsrichtingen hebben we in korte overzichten aan de deelnemers van de tweede werksessie gepresenteerd. Deelnemers konden deze vervolgens aanvullen met eigen ideeën. Daarna zijn we op dezelfde wijze als met de knelpunten aan de slag gegaan met het prioriteren van de soorten oplossingsrichtingen. Hierbij waren de deelnemers van de basisgroep en de deelnemers van de begeleidingsgroep (zie paragraaf 1.2) van elkaar gescheiden. Door ziekte en roosterdruk waren de partijen niet gelijkmatig verdeeld over de groepen, waardoor er enkele kanttekeningen te plaatsen zijn bij het interpreteren van de uitkomsten.

Werksessie 2 – prioriteiten

Professionals uitvoerende functies
- Trainen en met elkaar meekijken
- Optimaliseren en overzichtelijk maken bestaande processen
- Gezamenlijk evalueren en debriefen

Begeleidingsgroep
- Trainen en met elkaar meekijken
- Herinrichten meldrespons
- Inrichten co-responder model

Clientperspectief
- Trainen professionals
- Gezamenlijk evalueren
- Laagdrempelige voorzieningen en ontmoetingsruimtes

Het meest opvallend in deze oefening was dat oplossingsrichtingen die te maken hebben met trainen en bij elkaar meekijken vooral in de basisgroep de hoogste waardering ontvingen. Hieronder verstaan we zowel interventies die zijn gericht op het meer leren over elkaar en elkaars werkwijze, als over het op de juiste wijze benaderen van de doelgroep. Ook in de begeleidingsgroep was dit de oplossingsrichting waar de meeste voorkeur aan werd

gegeven, maar hier stond deze oplossingsrichting meer op gelijke hoogte met twee andere oplossingsrichtingen, namelijk het herinrichten van de meldrespons en het inrichten van een co-responder model. De basisgroep gaf juist meer de voorkeur aan het optimaliseren en overzichtelijk maken van de bestaande processen, in plaats van het herinrichten van de werkwijze, en had als derde oplossingsrichting ook nog voorkeur gegeven aan het gezamenlijk evalueren en debriefen. Ook vanuit het cliëntperspectief werd benadrukt dat er nog veel winst te behalen valt op het gebied van trainen van hulpverleners en gezamenlijk evalueren. Daarnaast werd het belang van laagdrempelige voorzieningen en ontmoetingsruimtes genoemd, om zo bij te dragen aan het voorkomen van crises.

Verdieping

Uit verdiepende gesprekken en bijeenkomsten kwam naar voren dat de professionals deels tevreden zijn met hoe het huidige proces is ingericht en dat oplossingsrichtingen zich zouden moeten richten op het versimpelen en overzichtelijk maken van bestaande processen en de belangrijkste werkafspraken, onder meer over de wijze waarop binnen de grenzen van de privacywetgeving informatie wordt uitgewisseld. Ook leeft, mede vanwege signalen dat meldingen niet altijd op de juiste plek terechtkomen, onder een deel van de deelnemende professionals de wens om de meldrespons zo in te richten dat meldingen over personen die dreigen tussen 'wal en schip' te belanden, door Vangnet worden beoordeeld. Zowel van cliëntvertegenwoordigers als de professionals is gebleken dat er een behoefte is om beter begrip op te bouwen van de doelgroep en betere vaardigheden te ontwikkelen om personen in crisis op de juiste manier te benaderen. Cliëntvertegenwoordigers trekken dit nog iets breder en benadrukken dat er, naast een verbeterde inzet van de crisiskaart en training van professionals voor een betere benadering van de doelgroep, een manier gevonden moet worden om bewustzijn te creëren over stigma en vooroordelen en deze zo tegen te gaan. Bovenal willen professionals elkaar graag beter begrijpen en leren over elkaars verantwoordelijkheden en (on)mogelijkheden om zo beter de verwachtingen naar elkaar uit te kunnen spreken.

Gezamenlijke visie oplossingsrichtingen

Hoewel de accenten en prioriteiten van de oplossingsrichtingen niet helemaal overeenkomen, toont de inbreng van de verschillende samenwerkingspartners en de cliëntvertegenwoordigers een duidelijke rode draad. Rekening houdend met oplossingen die zoveel mogelijk binnen de eigen controle sfeer liggen, passen binnen de Amsterdamse context, aansluiten op wat er al is, zich richten op crisisinterventies én de inrichting van de huidige crisisketen intact laat, komen we binnen dit project tot de volgende, geprioriteerde deeloplossingen:

1. Een voorstel voor een herinrichting van de meldrespons, met onder andere 1 telefoonnummer voor de politie op straat om zorg- en ondersteuning in te schakelen. Meldingen op dit nummer komen binnen bij de witte meldkamer, en worden doorgezet naar de ambulance bij vermoeden van een somatische indicatie (een ALS) of van acute psychiatrie (een MC-TAP). Overige meldingen worden getrieerd door de SPA, en bij vermoeden van acute psychiatrie of in behandeling bij de GGZ door hen opgevolgd. In alle andere gevallen wordt een SPV van Vangnet benaderd die binnen 30 minuten ter plaatse zal zijn.
2. Een voorstel tot Samen Leren: een programma om te leren van, met en over elkaar. Het programma zal zich richten op kennis over en begrip van elkaars werkprocessen en werkomstandigheden, omgaan met onbegrepen gedrag, en leren van casuïstiek.
3. Een aanscherping van de samenwerkingsstructuur, inclusief samenwerkingsovereenkomst, eenduidige proces en werkafspraken.

Met deze oplossingen richten we ons op de volgende geïnventariseerde knelpunten (zie ook hoofdstuk 2):

- Obstakels in het volgen van meldroutes en processen,
- Gebrek van kennis en begrip voor elkaar,
- Gaten in de opvolging en doorstroom van cliënten, en
- Irritaties en onbegrip tussen de samenwerkingspartners

De oplossingsrichting voor de herinrichting van de meldrespons en Samen Leren zijn gezamenlijk uitgewerkt tijdens werksessies en gesprekken. Dit was een proces van steeds twee stappen vooruit en dan weer een stap achteruit. Van luisteren, discussiëren, schrijven, toetsen, herschrijven en weer toetsen, om uiteindelijk te komen tot twee concrete voorstellen waar alle partijen zich achter scharen. De uitwerkingen van deze verbetervoorstellen zijn opgenomen in bijlage 5 en 6, en vormen de basis voor een uitvoeringsprogramma dat samen als subsidieaanvraag wordt ingediend bij ZonMw – programma Grip op Onbegrip.

3.3 Overige oplossingsrichtingen

In het project zijn naast de herinrichting van de meldrespons, een programma Samen Leren en een aangescherpte samenwerkingsstructuur, door met name cliëntvertegenwoordigers deeloplossingen benoemd die niet nader zijn verdiept met alle projectdeelnemers omdat ze buiten scope van de crisisinterventie vallen, maar die wel potentiële meerwaarde kunnen hebben.

Dit zijn:

Inzet van de crisis- en hulpkaart

Cliëntvertegenwoordigers zien meerwaarde gezien in de inzet van een crisis- of hulpkaart. Over het algemeen zijn cliëntvertegenwoordigers enthousiast over de crisiskaart, omdat deze kan bijdragen aan meer regie en autonomie voor de cliënt en sneller passende hulp. Helaas blijkt de crisiskaart moeilijk voet aan de grond te krijgen in Amsterdam, ondanks grote inspanningen van onder meer Cliëntenbelang Amsterdam. Slechts een klein deel van mensen met onbegrepen gedrag beschikt over een dergelijke kaart. Ook is de kaart onvoldoende breed bekend bij politie, handhaving en hulpverleners en is de ondersteuning voor cliënten voor het invullen van een dergelijke kaart op dit moment suboptimaal (hier wordt op moment van schrijven aan gewerkt). Cliëntvertegenwoordigers zouden graag zien dat de ondersteuning, toepassing en bekendheid van 1 uniforme oplossing verbeterd. Dit kan de crisis- of hulpkaart zijn. Maar bijvoorbeeld ook het invullen van het medische ID in een smartphone zodat snel belangrijke informatie inzichtelijk is via de ICE functionaliteit.

Het Lichthuis
Het Lichthuis is een van de inspirerende voorbeelden van laagdrempelige voorzieningen waar cliëntvertegenwoordigers naar verwijzen. Op vier verschillende plaatsen in de stad kunnen mensen hier op vrijdag,- zaterdag- en zondagavond terecht van 17 tot 23 uur. Onder meer om samen te eten in een huiselijke sfeer.

Mensen die crisisgevoelig zijn, kunnen in het Lichthuis kalmeren en tot rust komen. Ook een gesprek met een van de twee geestelijk begeleiders die altijd aanwezig zijn, valt onder de mogelijkheden. De mensen die de locaties bezoeken zijn vaak sociaal wat minder vaardig of angstig, en hebben nauwelijks of geen sociaal netwerk. Of de mensen willen het netwerk dat ze hebben niet steeds 'lastigvallen'. Buurthuizen zijn voor deze doelgroep vaak minder geschikt.

Aandacht voor (zelfsturende en) laagdrempelige voorzieningen

Voorzieningen waar kwetsbare mensen heen kunnen gaan voor bezigheden, contact met lotgenoten, om 'gewoon niet alleen te zijn', kunnen helpen om een crisis of een terugval na een crisis te voorkomen. Zij spelen ook een belangrijke rol bij community building, waardoor banden tussen buurtbewoners verstevigen en mensen met een kwetsbaarheid meer onderdeel worden van de buurt.

Amsterdam heeft veel laagdrempelige voorzieningen met een groot aanbod aan activiteiten. Toch sluit het aanbod niet helemaal goed aan op de behoefte van de doelgroep. Dit heeft te maken met de beschikbaarheid en openingstijden, de spreiding over de stad en de continuïteit van voorzieningen als gevolg van financieringsmodellen, zoals recent de aangekondigde sluiting van dagbesteding kwekerij Osdorp voor veel onrust zorgde bij cliënten en hun naasten. Ook de zicht- en

vindbaarheid van de voorzieningen behoeft verbetering, voor zowel cliënten als hulpverleners. Naast het (online) inzichtelijk maken van het beschikbare aanbod en financiële ruimte voor zelforganisatie initiatieven, vinden cliëntvertegenwoordigers het van belang dat zij tijdens aanbestedingen een rol spelen bij zowel het opstellen van gunningscriteria als de toetsing van voorstellen om te borgen dat het aanbod (beter) aansluit bij de behoeften van de cliënten.

Versterken van de samenwerking met partners buiten de crisisinterventie
De focus van dit project lag bij het versterken van de samenwerking tussen veiligheid en zorg in crisissituaties. De primair betrokken partners zijn daarin de politie, ambulance, de SPA en de Vangnet. Bij het voorkomen en herhalen van crisis, nazorg na een crisis en passende hulp- en ondersteuning in geval van niet-acute problematiek, zijn meer partners betrokken. Tijdens het project is door projectdeelnemers, met name de cliëntvertegenwoordigers, meermaals het belang van het versterken van de samenwerking met partners buiten de crisisinterventie benoemd. Denk hierbij aan woningcoöperaties, huisartsen, de GGZ (anders dan de SPA), en in het bijzonder het sociaal domein (zoals de buurtteams en andere activiteiten en ondersteuning in de buurten, inclusief informele zorg- en ondersteuningsinitiatieven). Het betrekken van deze partijen bij relevante thematiek tijdens casuïstisch leren en bij projecten van de kenniswerkplaats onbegrepen gedrag, zouden eerste stappen kunnen zijn om hier verder invulling aan te geven.

Aandacht voor het stigma en voor het verbeteren van de aansluiting tussen de systeemwereld en de leefwereld

In relatie tot de samenwerkingspartners
De cliëntvertegenwoordigers hebben in de gesprekken en bijeenkomsten een oproep gedaan voor een meer mensgerichte benadering van mensen met onbegrepen gedrag. De doelgroep heeft veel te maken met stigmatisering en ervaart een kloof tussen hun leefwereld en de systeemwereld van de professionals. Tijdens de gesprekken die we hebben gevoerd werden veel praktische tips gegeven, bijvoorbeeld over de communicatie ('leg uit waarom je iets doet'), over het belang om *met* de cliënten in plaats van *over* de cliënten te spreken en over de onrust die het kan geven als bijvoorbeeld je telefoon wordt afgepakt. Verschillende ervaringsdeskundigen zijn bereid om hun ervaringen en praktische handvatten te delen met professionals tijdens workshops/in trainingen, in de hoop de bejegening richting mensen met onbegrepen gedrag te verbeteren en vooroordelen te doorbreken (zie ook verbetervoorstel Samen Leren, bijlage 6).

Tijdens de gesprekken kwam veelvuldig de meerwaarde van professionele ervaringsdeskundigen die mensen in crisis kunnen bijstaan aan bod, bijvoorbeeld bij de SPA of Vangnet. In het bijzonder voor situaties waarin mensen (alleen) moeten wachten, maar ook tijdens bijvoorbeeld een multidisciplinair overleg. De cliëntvertegenwoordigers geven niet alleen aan dat ervaringsdeskundigen vaak als meer gelijkwaardig worden ervaren en dat het makkelijker is om met hen een vertrouwensband op te bouwen. Door samen te werken met andere professionals kunnen zij ook bijdragen aan het verkleinen van de kloof tussen systeem- en leefwereld. In de samenwerkingsovereenkomst dient de rol/ taakafbakening van ervaringsdeskundigen in de samenwerkingsstructuur binnen de crisisketen worden uitgewerkt.

In relatie tot de media
Stigmatisering speelt niet alleen in de crisiszorg een rol, het is een wezenlijk onderdeel van het dagelijks leven van een hoop mensen die onbegrepen gedrag vertonen of hebben vertoond. De media dragen hier negatief aan bij in haar woordvoering en het beeldmateriaal dat wordt gebruikt. De foto's van de landelijke campagne voor het meldpunt zorgwekkend gedrag worden bijvoorbeeld als erg stigmatiserend ervaren. Dit terwijl de media juist positief zou kunnen bijdragen om meer begrip en bewustzijn te vragen voor de verschillende doelgroepen. Het ontwikkelen van richtlijnen 'hoe het publiceren over onbegrepen gedrag' (net zoals er richtlijnen zijn over suïcide), zouden hieraan bij kunnen dragen. Want taal en beeld doen ertoe.

In relatie tot de maatschappij
Iedereen kan, in de rol van burger, een bijdrage leveren om te helpen voorkomen dat mensen in een kwetsbare situatie de grip op het leven verliezen. De manier waarop we kijken naar afwijkend gedrag, onze wijze van communiceren en een helpende hand bieden (op straat) als iemand hulp nodig heeft, kan het verschil maken. Er zijn vele succesvolle projecten, zoals Dementie Vriendelijk en Mental Health First Aid, die bijdragen aan inzicht en kennis bij het algemene publiek over de vele vormen van onbegrepen gedrag en hoe je als burger iemand tijdelijk kan ondersteunen. Dergelijke projecten bieden veel kansen en mogelijkheden en dragen tegelijkertijd bij aan destigmatisering van de doelgroep, mits er veel bekendheid aan wordt gegeven en er voldoende continuïteit is in het aanbod.

62 Michaels (2022a), en Michaels (2022b)
63 Kesic & Thomas (2019) maken onderscheid tussen gespecialiseerde politie responses, co-responder modellen en overige categorieën. Zij doen dit vanuit het perspectief van de politie om met dergelijke incidenten om te gaan, in plaats van een samenwerkingsverband als uitgangspunt.
64 Zie o.a. Scott (2000) en Bouveng et al. (2017)
65 Zie o.a. Dyer et al. (2015), Reveruzzi & Pilling (2016), Kesic & Thomas (2019), en de Jong et al. (2022)
66 Zie ZonMw (2021a) en RTV Oost (2021)
67 Zie ZonMw (2018)
68 Zie ZonMw (2021b)
69 Zie bijvoorbeeld RTI International (2020) en The University of Chicago (z.d.)
70 Zie bijvoorbeeld ZonMw (2019) en ZonMw (2020)
71 Zie Wierdsma et al. (2018)
72 Kesic en Thomas (2019), p. 8-9
73 Zie bijvoorbeeld Compton et al. (2014a) en Compton et al. (2014b)
74 Herrington & Pope (2014)
75 Politieacademie (2022)
76 Zie bijvoorbeeld GGZ Friesland (2019) en Issuu (z.d.)
77 Federatie Medisch Specialisten (2022)
78 Zie Hulpkaart (z.d.) en Crisiskaart (z.d.)
79 Zie van der Staaij et al. (2020) en Roest-Boers & Belgraver (2018)
80 Hierbij zou gebruik gemaakt kunnen worden van bestaande websites zoals www.digitale-sociale-kaart.nl, www.amsterdam.jekuntmeer.nl

4. Reflectie

In de laatste fase van het project was, naast het schrijven van het eindverslag, het faciliteren van een werkbezoek van onder meer de minister Yeşilgöz-Zegerius van Justitie en Veiligheid en minister Helder voor Langdurige Zorg en Sport en het organiseren van een slotbijeenkomst, extra aandacht nodig voor consensus over de verbetervoorstellen en het uitwerken hiervan. Dit laatste heeft meer tijd gevraagd dan vooraf ingeschat en vond gelijktijdig plaats met de projectevaluatie op de projectaanpak en de -resultaten.

Tijdens het project hebben projectdeelnemers op meerdere momenten feedback gegeven. Een gestructureerde en formele face-to-face projectevaluatie heeft echter helaas omwille van de verlegging van prioriteiten geen doorgang kunnen krijgen. In plaats daarvan hebben we gekozen voor een digitale enquête. Deze enquête is door slechts 8 projectdeelnemers ingevuld. Minimaal 7 respondenten waren cliëntvertegenwoordigers, van 1 respondent weten we de achtergrond niet.

De bescheiden reacties op de enquête maken dat dit hoofdstuk zich beperkt tot een reflectie vanuit het perspectief van de projectleider en de actieonderzoekers. Waar mogelijk aangevuld met gegevens uit de enquête en ad hoc gegeven feedback door projectdeelnemers, waar de projectleider en actieonderzoekers zelf (met enige slag om de arm) duiding aan hebben gegeven.

Het resultaat

Het eindverslag en het uitvoeringsprogramma voor het verbeteren van de meldrespons en Samen Leren, vormen het eindresultaat van het project. Over deze twee verbetervoorstellen is consensus, zowel onder de samenwerkingspartners als de cliëntvertegenwoordigers.
De resultaten van de enquête bevestigen dit. Zeven respondenten hebben aangegeven het project zinvol te vinden (1 persoon heeft de vraag niet beantwoord) en alle respondenten geven aan zowel achter de keuze als achter de uitwerking van de twee verbetervoorstellen te staan. Wij concluderen daarmee dat het doel van het project is behaald. Wel signaleren wij meerdere verbeterpunten voor het proces naar dit eindresultaat toe. In onderstaande alinea's vatten wij de voor ons meest opvallendste leerpunten samen.

Het proces

Kenmerkend voor het project was de grote betrokkenheid van alle projectdeelnemers. Dit uitte zich in proactief meedenken, de wil om samen te werken, laagdrempelige benaderbaarheid en soms ook in pittige gesprekken door verschillende, nu en dan botsende perspectieven en miscommunicatie.

Een deel van de professionals kende elkaar al goed, onder andere vanuit het crisisketenoverleg. De projectleider en de (eerste) actieonderzoeker waren daarentegen nieuw met betrekking tot het onderwerp en ook de samenwerkingspartners. Deze frisse, onafhankelijke blik heeft voordelen. Maar had ook als nadeel dat door onbekendheid met onuitgesproken belangen, nuances en historie een enkele keer onbedoeld op tenen werd getrapt. Hoewel we inschatten dat het geen invloed heeft gehad op het eindresultaat van het project, denken we nu terugkijkend dat het goed was geweest als we bij de start van het project een stakeholders analyse hadden uitgevoerd. Dat zou ons, samen met meer tussentijdse evaluaties, geholpen hebben bij de voorbereiding van de werksessies. Want ondanks dat de wil om samen te werken bij de professionals evident was, merkten we een enkele keer een vooringenomen houding op waar we mogelijk beter op hadden kunnen acteren.

Het belang van een stakeholderanalyse staat ook nadrukkelijk beschreven in het wederhoor voor de subsidieaanvraag van dit project. Deze informatie kwam, samen met andere belangrijke informatie, relatief laat in het project voorhanden. We vermoedden dat het project soepeler was verlopen als er bij start van het

project meer tijd was besteed aan het neerzetten van de projectstructuur en het uitspreken van verwachtingen en belangen. Anderzijds denken wij dat juist de flexibele wijze waarop we, binnen de projectkaders, hebben kunnen inspelen op actualiteiten, kansen en mogelijkheden om de projectaanpak te verbeteren, positief hebben bijgedragen aan het resultaat dat er nu ligt.

Het bovenhalen en uitdiepen van de knelpunten om tot gepaste oplossingen te komen, bleek een complex vraagstuk door de verschillende belangen en prioriteiten van de organisaties, en de mate van subjectiviteit. Dit laatste hebben we gepoogd op te lossen door ook kwantitatieve gegevens te analyseren om zo een beter beeld te krijgen van de dynamiek en doorstroom, maar dit bleek in de praktijk lastig te realiseren vanwege gebrek aan gekoppelde data. In de basis lijkt er sprake te zijn van een gedeelde waarheid, maar in het uitdiepen van de details valt nog winst te behalen. Ook het creëren van een 'al lerende' omgeving in het project bleek in de praktijk minder makkelijk uitvoerbaar. Zo was er de wens om oplossingsrichtingen uit te werken in kleinschalige pilots die we konden evalueren, om zo de oplossingen concreter vorm te geven. Maar omdat het project 6 maanden later van start is gegaan dan gepland, de einddatum niet evenredig mee schoof én we in de planning ook sterk afhankelijk waren van de dienstroosters van de betrokken partnerorganisaties was hier onvoldoende ruimte voor.

De dienstroosters en de drukke agenda's van de professionals stelden ons ook op andere vlakken met tijd en wijlen voor een uitdaging. Omdat het niet altijd mogelijk was om alle partijen tegelijk aan tafel te krijgen, moesten we aparte overleggen inplannen om mensen bij te praten en om inbreng op te halen. Een deel van het project gebeurde daardoor 'achter de schermen', waardoor de verschillende projectdeelnemers niet evenredig zicht hadden op de status van het project en de laatste nieuwe inzichten. Vanaf eind december hebben we daarom besloten om tweewekelijkse nieuwsbrieven te versturen met daarin een korte beschrijving van de voortgang, eventuele belangrijke documentatie/verzoeken en een voortuitblik. Hoewel we niet weten of de nieuwsbrieven door iedereen even goed gelezen zijn, hebben we meerdere positieve reacties ontvangen op dit initiatief en leek het daarmee goed zijn doel te dienen.

Mede door de grote betrokkenheid van alle projectdeelnemers, kijken we positief terug op de samenwerking met alle partijen binnen het project. We hebben veel open gesprekken gevoerd met professionals en cliëntenvertegenwoordigers die indruk op ons hebben gemaakt en die tot andere inzichten hebben geleid. Een deel van de knelpunten en oplossingsrichtingen die door de cliëntvertegenwoordigers zijn genoemd, vallen buiten de scope van dit project. Maar we hebben toch geprobeerd deze punten zo goed mogelijk te verwoorden in het eindverslag, zodat ze hopelijk op een andere manier vervolg kunnen krijgen.

Terugkijkend beoordelen wij de samenwerking met de cliëntvertegenwoordigers als één van de sterke punten van het project. De samenwerking bracht echter gaandeweg ook een aantal dilemma's met zich mee. Bijvoorbeeld hoe we konden wegen of we cliëntvertegenwoordigers in (on)voldoende mate betrokken bij het project, of hoe we tijdens werksessies niet te veel verzanden in discussies over interne werkprocessen bij organisaties en de aandacht konden houden bij het analyseren of verbeteren van de praktijk. Omdat een deel van de werksessies vrij 'technisch' waren, hebben we gaandeweg het project besloten om niet alleen enkele cliëntvertegenwoordigers uit te nodigen bij de werksessies met de professionals, maar om ook aparte bijeenkomsten en overleggen met cliëntvertegenwoordigers te plannen. Dit bood ons de gelegenheid om in een veilige, besloten setting het cliëntperspectief breed te verdiepen. We denken dat we er goed aan gedaan hebben om deze aparte bijeenkomsten en overleggen met de cliëntvertegenwoordigers te organiseren. We krijgen van hen ook terug dat zij zich gehoord voelden tijdens de bijeenkomsten en dat zij hun inbreng duidelijk herkennen in de eindresultaten van het project (met uitzondering van 1 respondent die terecht aangeeft dat cliëntvertegenwoordigers inhoudelijk weinig invloed hebben uitgeoefend op het verbetervoorstel over de

meldrespons). Aanvullend hadden wij zelf in het project meer aandacht willen besteden aan het faciliteren van het gesprek met de professionals, vanuit het cliëntperspectief. Dit is dan ook het agendaonderwerp van de afsluitende bijeenkomst van het project op 9 mei, wat tevens het startschot is voor de initiatieven die dit project opvolgen.

Tot slot was de gelijkwaardige en evenredige beloning van de cliëntvertegenwoordigers een veelbesproken dilemma. Hoewel in de projectbegroting onderscheid was gemaakt tussen professionele ervaringsdeskundigen en vrijwillige deelnemers met ervaringskennis/belangenbehartigers (een veel gebruikte werkwijze bij Cliëntenbelang Amsterdam), was deze verdeling meerdere malen onderwerp van gesprek met de cliëntvertegenwoordigers. Cliëntenbelang heeft deze signalen opgepakt en neemt haar beleid hierover onder de loep. Ook zal bij de totstandkoming van het uitvoeringsprogramma van de vervolgprojecten 'Verbeteren meldrespons' en 'Samen Leren' hier expliciet aandacht voor zijn.

Bijlage 1: Geraadpleegde bronnen

Aanjaagteam verwarde personen (2016). *Samen doorpakken. Op weg naar een meer persoonsgerichte aanpak voor en met mensen met verward gedrag*. Den Haag: Aanjaagteam verwarde personen. Beschikbaar van: https://www.tweedekamer.nl/kamerstukken/brieven_regering/detail?id=2016Z03745&did=2016D07633

Abraham, M. & Bosch, T. (2021). *E33 – meer dan een label. Onderzoek naar personen achter de politieregistratie E33 'overlast door persoon met verward gedrag' in 's Hertogenbosch, Vught en regio Oost-Brabant.* DSP-Groep in opdracht van de Programmaraad Zorg en Veiligheid. Beschikbaar van: https://www.dsp-groep.nl/projecten/e33-meer-dan-een-label/

Abraham, M. & Nauta, O. (2014). *Politie en 'verwarde personen': onderzoek naar optreden van de politie in relatie tot personen met verward gedrag.* Amsterdam: DSP-Groep in opdracht van WODC, Ministerie van Veiligheid en Justitie.

Appelo, J. (2019). 'De opkomst van de verwarde man' in *GGZtotaal*. Beschikbaar van: https://www.ggztotaal.nl/nw-29166-7-3721762/nieuws/de_opkomst_van_de_verwarde_man.html

de Boer, H., Ferwerda, H., Kuppens, J. & van Leiden, I. (2022). *Fatale politie-incidenten: patronen bij fatale incidenten binnen de context van politieoptreden.* Arnhem: Bureau Beke.

Bouveng, O., Bengtsson, F. en Carlborg, A. (2017). 'First-year follow-up of the Psychiatric Emergency Response Team (PAM) in Stockholm County, Sweden: A descriptive study' in *International Journal of Mental Health*, vol. 46(2).

Compton, M., Bakeman, R., Broussard, B., Hankerson-Dyson, D., Husbands, L., Krishan, S., Stewart-Hutto, T., D'Orio, B., Olivia, J., Thompson, N. en Watson, A. (2014a). 'The Police-Based Crisis Intervention Team (CIT) Model: I. Effects on Officer's Knowledge, Attitudes, and Skills' in *Psychiatric Services*, vol. 65(4).

Compton, M., Bakeman, R., Broussard, B., Hankerson-Dyson, D., Husbands, L., Krishan, S., Stewart-Hutto, T., D'Orio, B., Olivia, J., Thompson, N. en Watson, A. (2014b). 'The Police-Based Crisis Intervention Team (CIT) Model: I!. Effects on Level of Force and Resolution, Referral, and Arrest' in *Psychiatric Services*, vol. 65(4).

Crisiskaart (z.d.). *Regie houden tijdens crisis.* Beschikbaar van: https://www.crisiskaart.nl

van Dijk, A.J., Herrington, V., Crofts, N., Breunig, R., Burris, S., Sullivan, H., Middleton, J., Sherman, S. & Thomson, N. (2019). 'Law enforcement and public health: recognition and enhancement of joined-up solutions' in *the Lancet* vol. 393, pp. 287-294.

Dyer, W., Steer, M. en Biddle, P. (2015). 'Mental Health Street Triage' in *Policing* vol. 9(4), pp. 377-387.

Federatie Medisch Specialisten (2022). 'Interprofessioneel opleiden: Wat kunnen we van elkaar leren?'. *De Medisch Specialist.* Beschikbaar van: https://demedischspecialist.nl/nieuwsoverzicht/nieuws/interprofessioneel-opleiden-wat-kunnen-we-van-elkaar-leren

van Gestel, B., van Straalen, E.K., Verhoeven, M.A. & Kouwenberg R.F.D (2013). 'Overlast, lokaal beleid en arbeidsmigranten uit Midden- en Oost-Europa. Resultaten uit een kwalitatief onderzoek.' *Wetenschappelijk Onderzoek- en Documentatiecentrum – Ministerie van Veiligheid en Justitie.* Beschikbaar van: https://repository.wodc.nl/handle/20.500.12832/129

Goutier, N. (2020). 'Deze voormalig 'verwarde man' leert de politie een lesje' in *OneWorld.* Beschikbaar van: https://www.oneworld.nl/lezen/discriminatie/sociaal-onrecht/deze-voormalig-verwarde-man-leert-de-politie-een-lesje/

GGZ Friesland (2019). *Politie en HIC: samenwerking door TAP-training.* GGZ Friesland. Beschikbaar van: https://kennisbank.ggzfriesland.nl/politie-en-hic-samenwerking-door-tap-training

Herrington, V. en Pope, R. (2014). 'The impact of police training in mental health: an example from Australia' in *International Journal of Research and Policy,* vol. 24(5).

Hielkema, D. (2022, 17 oktober). 'Dakloze EU-burgers vast in Amsterdam: 'Het leven op straat is hier beter'' in *Parool.* Beschikbaar van: https://www.parool.nl/amsterdam/dakloze-eu-burgers-vast-in-amsterdam-het-leven-op-straat-is-hier-beter~bab01bcd/

Hulpkaart (z.d.). *De hulpkaart helpt*. Beschikbaar van: https://www.hulpkaart.nl

Van Hoof, F. (2016). 'Waarom we moeten stoppen met de term "verwarde personen"'. *Trimbos Instituut*. Beschikbaar van: https://www.trimbos.nl/actueel/blogs/waarom-we-moeten-stoppen-met-de-term-verwarde-personen/

Issuu (z.d.). 'Politie en ggz samen in de schoolbanken om personen met verward gedrag beter te helpen.' *De Nederlandse GGZ.* Beschikbaar van: https://issuu.com/ggznederland/docs/denederlandseggz_e-magazine-kennisbundel/s/13557765

Janssen, R. en Huisman, C. (2017, 21 januari). 'Laten we de term verwarde personen schrappen' in *de Volkskrant.* Beschikbaar van: https://www.volkskrant.nl/wetenschap/laten-we-de-term-verwarde-personen-schrappen~b6390c20/

de Jong, I., van der Ham, L. en Waltz, M. (2022). 'Responding to persons in mental health crisis: A cross-country comparative study of professionals' perspectives on psychiatric ambulance and street triage models' in *Journal of Community Safety and Well-Being*, vol. 7(suppl. 1).

Kalkman, N. (2019, 11 mei). Incidenten met verwarde personen nemen toe in *De Telegraaf*. Beschikbaar van: https://www.telegraaf.nl/nieuws/3570981/incidenten-met-verwarde-personen-nemen-toe

Kesic, D. & Thomas, S. (2019). *Police Management of Mental Health Crises in the Community*.

Consultation of the Law Enforcement and Mental Health Special Interest Group at the October 2018 GLEPHA Conference, Toronto, Canada.

Kisely, S., Campbell, L.A., Peddle, S., Hare, S., Pyche, M., Spicer, D. en Moore, B. (2010). 'A Controller Before-and-After Evaluation of a Mobile Crisis Partnership Between Mental Health and Police Services in Nova Scotia' in *Canadian Journal of Psychiatry* vol. 55(10), pp. 662-668.

Koekkoek, B. (2016). *Verward in Nederland: Hoe we omgaan met mensen met psychische stoornissen.* Houten: LannooCampus

Koekkoek, B. (2022). *Omgaan met onbegrepen gedrag: Handboek voor het basisteam en het basis politieonderwijs.* Den Haag: Sdu bv.

De Koning, B. (2023). 'Interne documenten politie: mannen van kleur het vaakst slachtoffer van politiegeweld' in *Follow the Money.* Beschikbaar van: https://www.ftm.nl/artikelen/inventarisatie-politiegeweld-verwarde-mensen-en-allochtonen

Koopman, E. en Spijkerman, C. (2020a). 'Agenten voelen zich gedwongen tot geweld tegen mensen in psychische nood' in *Platform Investico*. Beschikbaar van: https://www.platform-investico.nl/artikel/agenten-voelen-zich-gedwongen-tot-geweld-tegen-mensen-in-psychische-nood/

Koopman, E. en Spijkerman, C. (2020b). 'Niet gek genoeg' (geannoteerd verhaal)' in *Platform Investico.* Beschikbaar van: https://www.platform-investico.nl/artikel/niet-gek-genoeg-geannoteerd-verhaal/

Kuin, M., Kriek, F. en Timmer, J.S. (2020). 'Met gepast geweld: Politiegeweld in Nederland in 2016.' In *Politiewetenschap* vol. 118.

Kuppens, J., van Wijk, A., van Ham, T., Jager, D. (2016). *Stijging meldingen verwarde personen in de regio Rotterdam: Een onderzoek naar onderbouwde verklaringen en wenselijke oplossingen.* Arnhem: Bureau Beke in opdracht van Veiligheidsalliantie Regio Rotterdam.

Lamb, R., Weinberger, L. en DeCuir, W. (2002). 'The Police and Mental Health' in *Psychiatric Services*, vol. 53(10).

Leidsch Dagblad (2023, 26 februari). 'Verwarde man met gespannen kruisboog op station Schiphol' in *Leidsch dagblad*. Beschikbaar van: https://www.leidschdagblad.nl/cnt/dmf20230226_51485040?utm_source=google&utm_medium=organic

Michaels, Samantha. (2022a) 'The Alternative to Police That is Proven to Reduce Violence: Why don't more people trust it?' in *Mother Jones.* Beschikbaar van: https://www.motherjones.com/crime-justice/2022/06/mental-health-san-francisco-street-crisis-response-team-cahoots-police-violence/

Michaels, Samantha. (2022b). 'Denver Deployed Mental Health Workers Instead of Police – and Some Crimes Went Down' in *Mother Jones.* Beschikbaar va:n https://www.motherjones.com/crime-justice/2022/06/denver-deployed-mental-health-workers-instead-of-police-and-some-crimes-went-down/

Oosterom, R. (2019, 28 september). Verward? Dat is bangmakerij van normalen in *Trouw.* Beschikbaar van: https://www.trouw.nl/zorg/verward-dat-is-de-bangmakerij-van-normalen~b1bca957/

Planije, M. en van Hoof, F. (2016). Factsheet 'Verwarde personen of mensen met een acute zorgnood?'. *Trimbos Instituut.* Beschikbaar van: https://www.trimbos.nl/aanbod/webwinkel/af1491-verwarde-personen-of-mensen-met-acute-zorgnood/

Poels, M. (2019). *Verward in Flevoland: De personen achter de politiemeldingen.* Amsterdam: Care2Research.

Politieacademie (2022). *Handboek Omgaan met onbegrepen gedrag voor politie.* Politieacademie. Beschikbaar van: https://www.politieacademie.nl/actueel/Paginas/Handboek-Omgaan-met-onbegrepen-gedrag-voor-politie.aspx

Punch, M (2019). *Law Enforcement and Public Health: An Overview*. Uitgegeven via EZbook.nl

Reveruzzi, B. en Pilling, S. (2016). 'Street Triage: Report on the evaluation of nine pilot schemes in England'. *London School of Economics* in opdracht van NHS England.

Rodgers, M., Sian, T., Dalton, J., Harden, M. en Eastwood, A. (2019). 'Police-related triage interventions for mental health-related incidents: a rapid evidence synthesis'. *Health Services and Delivery Research*, vol. 7(20).

Roest-Boers, N. en Belgraver, V. (2018). 'Reflecties op 'de waarde van de Crisiskaart: een maatschappelijke effectenanalyse'' van *Sinzer* en *project Uitrol Crisiskaart*. Beschikbaar van: https://www.crisiskaart.nl/wp-content/uploads/2018/03/Reflecties-Waarde-van-de-Crisiskaart-een-maatschappelijke-effectenanalyse_vDEF-2.pdf

RTI International (2020). 'Rethinking the Role of Law Enforcement in Responses to 911 Calls: An evidence-based effort to redirect community resources' *RTI International.* Meer informatie beschikbaar van: https://www.rti.org/impact/redirecting-community-resources-in-response-to-calls-for-service

RTV Oost (2021). *Pilot met nieuw hulpteam voor verwarde personen goed verlopen: Streettriage Twente krijgt vervolg.* Beschikbaar van: https://www.motherjones.com/crime-justice/2022/06/mental-health-san-francisco-street-crisis-response-team-cahoots-police-violence/

Soudagar, R. (2022). 'Waarom sturen we de politie af op 'verwarde' personen?' in *Oneworld*.

Beschikbaar van: https://www.oneworld.nl/lezen/discriminatie/sociaal-onrecht/waarom-sturen-we-de-politie-af-op-verwarde-personen/

Scott, R.L. (2000). 'Evaluation of a Mobile Crisis Program: Effectiveness, Efficiency, and Consumer Satisfaction' in *Psychiatric Services*, vol. 51(9).

Spies, J.W.E., Aalbersberg, P.J., Czyzeweski, E.C.J.E., van Dijk, H., Frings, L.C.M., van Leersum, L.,

Mateijsen, A.J.M.H., Rutgers, H.G.M., Steenbergen, B. (2016). *Doorpakken! Eindrapportage aanjaagteam Verwarde Personen*. Beschikbaar van: https://vng.nl/files/vng/publicaties/2016/20160930-eindrapportage-aanjaag-team-verwarde-personen-sep2016_0.pdf

van der Staaij, J., Augustijn, T., Hagoort, K. en Seidell, R. (2020). 'Het effect van de Hulpkaart' in opdracht van *ZonMW, Hulpkaart* en *UMC Utrecht.* Beschikbaar van: https://www.hulpkaart.nl/wp-content/uploads/2020/09/Onderzoeksrapport-Het-effect-van-de-Hulpkaart.pdf

Synhaeve, M. en Jansen, A. (2021). *Vangnet voor Victor.* Den Haag: Vereniging van Nederlandse Gemeenten.

De Telegraaf (2018, 1 augustus). 'Politie overmeestert verwarde man met hakbijl'. Beschikbaar van https://www.telegraaf.nl/nieuws/2376586/politie-overmeestert-verwarde-man-met-hakbijl

Trimbos-instituut (2021). Mensen met verward gedrag. Trimbos-instituut. https://www.trimbos.nl/kennis/verward-gedrag

The University of Chicago (z.d.). *Transform 911 for public health, justice, and safety.* Beschikbaar van: https://www.transform911.org/#

van de Wiel, H. (2019). 'Politiecijfers over verward gedrag zijn onbruikbare vergaarbak.' *Sociale Vraagstukken,* beschikbaar van: https://www.socialevraagstukken.nl/politiecijfers-over-verward-gedrag-zijn-onbruikbare-vergaarbak/

Wierdsma, A., van Strien, Y., den Hollander, P. en van Reijsen, A. (2018). 'Komt een 112-melding bij de politie: Triage op de politie-meldkamer bij personen met verward gedrag' in *Tijdschrift voor Veilgiheid* vol. 17(4).

Witteveen, A. en Koffijberg, J. (2019). 'Van fragmentatie naar samenhang: Een inventarisatie van knelpunten en oplossingsrichtingen ter verbetering van de aanpak van verwarde personen met een veiligheidsrisico.' In opdracht van *Veiligheidsregio Noord-Holland Noord.* Beschikbaar van https://www.vrnhn.nl/sites/vrnhn/files/downloads/Eindrapport Van fragmentatie naar samenhang 25032019_0.pdf

Yesilgöz-Zegerius, D. en Helder, C. (2022). *Antwoord op de vragen van de leden Michon-Derkzen en de Neef over het bericht 'Weer meer incidenten met verwarde personen*. De Tweede kamer. Beschikbaar van: https://www.tweedekamer.nl/kamerstukken/kamervragen/detail?id=-2022Z01322&did=2022D12110

ZonMw (2018). *De Quick Responder.* ZonMw Projects. Beschikbaar van: https://projecten.zonmw.nl/nl/project/de-quick-responder

ZonMw (2019). *Versterken triage- en meldfunctie voor mensen met verward gedrag in Noord-Holland Noord.* ZonMw Projects. Beschikbaar van: https://projecten.zonmw.nl/nl/project/versterken-triage-en-meldfunctie-voor-mensen-met-verward-gedrag-noord-holland-noord

ZonMw (2020). *Versterken Flevolandse advies- en meldpunt verward gedrag.* ZonMw Projects. Beschikbaar van: https://www.zonmw.nl/nl/onderzoek-resultaten/geestelijke-gezondheid-ggz/programmas/project-detail/actieprogramma-lokale-initiatieven-mensen-met-verward-gedrag/versterken-flevolandse-advies-en-meldpunt-verward-gedrag/

ZonMw (2021a). *Pilot passend vervoer Twente / Street-triage.* ZonMw Projects. Beschikbaar van: https://projecten.zonmw.nl/nl/project/pilot-passend-vervoer-twente-street-triage

ZonMw (2021b). *Projectplan FASE 2 Triage, Beoordeling en Passend Vervoer in Friesland.* ZonMw Projects. Beschikbaar van: https://projecten.zonmw.nl/nl/project/projectplan-fase-2-triage-beoordeling-en-passend-vervoer-friesland

Bijlage 2: Overzicht gesprekken, bijeenkomsten en observaties

B2.1 Gesprekken

#	Datum	Organisatie	Rol
1.	08/06/2022	Neel Schouten GGD Amsterdam: Vangnet	Manager
2.	09/06/2022	Kate Borkent Ambulance Amsterdam	Medisch Manager
3.	14/06/2022	Diana Mulder Ambulance Amsterdam	Ambulanceverpleegkundige liaison psychiatrie & trainer
4.	14/06/2022	Kim de Crom Cliëntenbelang Amsterdam	Beleidsmedewerker
5.	16/06/2022	Erik Feijen, Yvonne Springintveld GGD Amsterdam: Vangnet	Coördinator Wijk GGD; Coördinator Meldpunt OGGZ
6.	16/06/2022	Jeroen Zoeteman Spoedeisende Psychiatrie Amsterdam	Directeur behandelzaken
7.	21/06/2022	Margot Snijders Politie Amsterdam	Adviseur, o.a. Onbegrepen Gedrag
8.	22/06/2022	Sarah Voss Gemeente Oisterwijk/GGZ BreBurg	Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundige, wijk-GGD
9.	28/06/2022	Sandy Alberts Politie Amsterdam	Wijkagent, Piket Personen met Verward Gedrag
10.	28/06/2022	Ellen Bos GGD Amsterdam: Vangnet	Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundige
11.	05/07/2022	Mark van Zandwijk Ambulance Amsterdam	Ambulanceverpleegkundige, meldkamercentralist
12	05/07/2022	Thijs Fassaert GGD Amsterdam	Beleidsadviseur
13.	07/07/2022	Burak Karabulut Gemeente Amsterdam Handhaving	Handhaver, meldkamercentralist
14.	11/07/2022	Cliëntenbelang Amsterdam	Belangenbehartiger (1e gesprek)
15.	11/07/2022	Monique Bijkerk Spoedeisende Psychiatrie Amsterdam	Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundige
16.	14/07/2022	Marloes Ariëns Spoedeisende Psychiatrie Amsterdam	Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundige
17.	14/07/2022	Barry Krielen Politie Amsterdam	Wijkagent, Piket Personen met Verward Gedrag
18.	15/07/2022	Manon Boer Politie Amsterdam	OpCo/Noodhulp, Piket Personen met Verward Gedrag
19.	18/07/2022	Mohamed Bakayan Veldwerk Amsterdam	Teamleider

#	Datum	Organisatie	Rol
20.	22/07/2022	Jeroen Hovestad Politie Amsterdam	Officier van Dienst, Meldkamer
21.	15/08/2022	Cliëntenbelang Amsterdam	Ervaringsdeskundige
22.	20/09/2022	Barry Krielen Politie Amsterdam	Wijkagent (2e gesprek)
23.	20/09/2022	Team Amsterdam-Noord Politie Amsterdam	Regisseur Zorg & Veiligheid
24.	20/09/2022	Team Amsterdam-Noord Politie Amsterdam	Wijkagent
25.	20/09/2022	Team Amsterdam-Noord Politie Amsterdam	Drie agenten in opleiding/noodhulp
26.	03/10/2022	Zelfstandige ervaringsdeskundige	Ervaringsdeskundige & trainer
27.	04/10/2022	TeamED	Ervaringsdeskundige & trainer
28.	11/10/2022	Manon Boer Politie Amsterdam	Wijkagent (2e gesprek)
29.	11/10/2022	Zelfstandige ervaringswerker	Ervaringswerker
30.	17/10/2022	Cliëntenbelang Amsterdam	Ervaringsdeskundige (2e gesprek)
31.	02/11/2022	Tom Stobbe GGZ Noord-Holland-Noord	Manager crisisdienst
32.	02/11/2022	Kate Borkent, Diana Mulder, Mark van Zandwijk, Jeffrey van de Werf Ambulance Amsterdam	Medisch Manager; Ambulanceverpleegkundigen en Docent (aanvulling werksessie 3)
33.	02/11/2022	Monique Bijkerk, Marloes Ariëns Spoedeisende Psychiatrie Amsterdam	Twee Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundigen (aanvulling werksessie 3)
34.	03/11/2022	Zelfstandige ervaringsdeskundige	Ervaringsdeskundige & trainer (bezoek)
35.	07/22/2022	Politie Amsterdam	Negen deelnemers Piketoverleg Personen met Verward Gedrag (aanvulling werksessie 3)
36.	28/11/2022	Cliëntenbelang Amsterdam	Ervaringsdeskundige (3e gesprek)
37	30/11/2022	Tom Stobbe GGZ Noord-Holland-Noord Jeanette Nieuwenhuizen Politie Noord-Holland	Manager crisisdienst (2e gesprek); Liaison Zorg & Veiligheid
38	28/09/2022 30/11/2022 25/01/2022	Mirjam Kohinor ELAA	Senior adviseur, regioadviseur stadsdeel Centrum
39	21/12/2022	Adviesgroep GGz	Amsterdamse Huisartsenalliantie (Aha)
40	11/01/2023	Neel Schouten Erik Feijen GGD Amsterdam: Vangnet	Manager Coördinator Zorg en Overlast
41	23/01/2023	Jeroen Hovestad, Sandy Alberts, Manon Boer, Margot Snijders Politie Amsterdam	Officier van Dienst, Meldkamer; Wijkagent, Piket Personen met Verward Gedrag; OpCo/Noodhulp, Piket Personen met Verward Gedrag; Adviseur, o.a. Onbegrepen Gedrag
42	30/01/2023	Cliëntenbelang Amsterdam	Ervaringsdeskundige (4e gesprek)
43.	30/01/2023	Cliëntenbelang Amsterdam	Belangenbehartiger (2e gesprek)
44.	09/02/2023	Zelfstandige ervaringsdeskundige	Ervaringsdeskundige (2e gesprek)
45.	13/02/2023	Prof. Dr. R. de Vos Amsterdam UMC	Hoogleraar Onderwijs en opleiden, interprofessioneel samenwerken

#	Datum	Organisatie	Rol
46.	14/02/2023	Jeffrey van de Werf Ambulance Amsterdam	Ambulanceverpleegkundigen en Docent
47.	09/03/2023	Matty de Wit Onderzoeker	GGD Amsterdam, team Zorgomgeving
48	14/03/2023	Cliëntvertegenwoordigers Cliëntenbelang Amsterdam	3 Cliëntvertegenwoordigers (aanvulling bijeenkomst 8 maart

B2.2 Bijeenkomsten

#	Datum	Omschrijving
1.	05/07/2022	Cliëntenbelang Amsterdam: Kennisgroep Personen met Onbegrepen Gedrag
2.	05/07/2022	Kick-Off bijeenkomst
3.	15/08/2022	Cliëntenbelang Amsterdam: Kennisgroep Personen met Onbegrepen Gedrag
4.	06/09/2022	Werksessie 1
5.	12/09/2022	Bestuurlijk overleg GGz
6.	26/09/2022	Werksessie 2A (basisgroep)
7.	29/09/2022	Werksessie 2B (begeleidingsgroep)
8.	10/10/2022	Bijeenkomst Ervaringsdeskundigen 1
9.	20/10/2022	Werksessie 3
10.	30/10/2022	Bijeenkomst 1 Klankbordgroep (*afvaardiging Bestuurlijk overleg GGz*)
11.	21/11/2022	Bijeenkomst Ervaringsdeskundigen 2
12.	13/12/2022	Werksessie 4
13.	30/01/2023	Bijeenkomst Ervaringsdeskundigen 3
14.	16/02/2023	Werksessie 5
14.	08/03/2023	Bijeenkomst Ervaringsdeskundigen 4
15.	09/03/2023	Bijeenkomst 2 Klankbordgroep
16.	20/03/2023	Werksessie 6
17.	12/04/2023	Werkbezoek minister van Justitie en Veiligheid en minister voor Langdurige Zorg en Sport
18.	17/04/2023	Bestuurlijk overleg GGz
19.	09/05/2023	Afsluitende projectbijeenkomst

B2.3 Observaties

#	Datum	Omschrijving
1.	07/07/2022	Rondje Amsterdam Centrum met Handhaving en SPV'er Vangnet
2.	20/07/2022	Meldkamer Ambulance Amsterdam
3.	22/07/2022	Meldkamer Politie Amsterdam
4.	28/07/2022	Meldpunt OGGZ en huisbezoeken met SPV'er Vangnet
5.	09/09/2022	Meldkamer Spoedeisende Psychiatrie Amsterdam
6.	22/09/2022	Meldkamer Handhaving Gemeente Amsterdam
7.	26/09/2022	Meelopen SPV'er Vangnet
8.	26/10/2022	Meelopen SPV'er Vangnet

Bijlage 3: Inzicht in het proces

B3.1 De basis: Ophalen van de knelpunten

Om grip te krijgen op de lokale context en een eerste inventarisatie te maken van de bestaande knelpunten in de samenwerking, zijn in de zomermaanden van 2022 een twintigtal verkennende gesprekken gevoerd met medewerkers van de verschillende betrokken organisaties in zowel coördinerende als uitvoerende functies en drie gesprekken met vertegenwoordigers van Cliëntenbelang Amsterdam. Deze gesprekken hadden een semigestructureerde opzet waarbij open vragen over de problematiek, rol van de organisatie, knelpunten binnen de eigen organisatie en in de samenwerking met en tussen anderen leidend waren. Naast deze semigestructureerde gesprekken waren we aanwezig bij een werkbezoek in mei 2022 tussen de verschillende betrokken partners en de ministeries van J&V en VWS, hebben we een inventariserend gesprek gevoerd met de Kennisgroep Personen met Onbegrepen Gedrag van Cliëntenbelang en hebben we gezamenlijk met deelnemers van alle partnerorganisaties de start van het project afgetrapt met een kick-off sessie. Ook is in deze periode een vooronderzoek uitgevoerd, waarbij door middel van de bestaande literatuur en praktijkkennis inzicht is vergaard in het werkveld en de veelvoorkomende uitdagingen die zich daar voordoen en is een overzicht en categorisering gemaakt van bekende oplossingsrichtingen.
De aantekeningen van deze gesprekken en eerste samenkomsten zijn in twee rondes gecodeerd. Tezamen met de uitkomsten van het vooronderzoek zijn deze bevindingen in de vorm van een tussenrapportage gebruikt als basis voor de rest van het traject, met name om de eerste en ook latere werksessies te kunnen sturen en vormgeven.

B3.2 Verdieping en ontmoeting: interprofessionele werksessies en observaties

Werksessie 1

Met deze basis zijn we aan de slag gegaan met de werksessies. In de eerste werksessie hebben we met professionals uit de basisgroep en de begeleidingsgroep een deel van de eerder opgehaalde knelpunten verder uitgediept aan de hand van de werkvorm Vormtaal, een werkvorm waarmee complexe vraagstukken door middel van 3D vormen worden uitgebeeld en besproken. We hebben hiervoor de knelpunten geselecteerd die het meeste binnen de eigen controlesfeer liggen en waar ruimte bestaat om een gezamenlijk beeld te creëren.

Tijdens de werksessie viel op dat, hoewel iedereen de knelpunten vanuit zijn eigen perspectief benaderde, de verschillende groepjes vrij gemakkelijk tot de basis van een gezamenlijk beeld van de problematiek kwamen. Hierbij ontstond ook aardig wat overlap tussen de verschillende Vormtaal-composities en kwamen in elke compositie de verschillende knelpunten terug. In alle groepjes werd geconcludeerd dat de doelgroep meer centraal zou moeten staan in de aanpak; de leefwereld van de cliënt moet centraal staan en niet de systeemwereld. Ook kwamen er punten naar boven waarover gedeelde onduidelijkheid bestaat, zoals het grote aantal meldpunten en de beperkingen en terughoudendheid van sommige hulpverleners in het delen van informatie.

Ondanks dat er in de basis een gedeeld beeld bestaat van het bestaande proces, is er behoefte aan verbeterde informatie-uitvraag en communicatie tussen meldkamers of aan triage op locatie, aan meer inzicht in elkaars werk, aan een gezamenlijke visie op zorg en veiligheid in algemene zin en aan een gezamenlijke visie ten aanzien van de benadering van personen met verward onbegrepen ge-

drag. Er is een brede behoefte om het proces te verhelderen, bijvoorbeeld door betere zichtbaarheid of door te simplificeren door middel van bijvoorbeeld één overkoepelend meldpunt. Als laatste is nog gesproken over de (tijds)druk die veel hulpverleners ervaren op straat en het spanningsveld tussen enerzijds het veiligheidsdomein, waar men vaak geneigd is om snel te handelen, en anderzijds het zorgdomein waar medewerkers juist de tijd willen nemen.

Gesprekken en observaties meldkamers

Ook na de eerste werksessie zijn we doorgegaan met het ophalen van knelpunten door middel van gesprekken en door mee te kijken bij de verschillende meldkamers en werkprocessen. Hieruit bleek dat de blauwe en witte meldkamer bij uitstek een plek is waar schemergebieden en onduidelijkheden over verantwoordelijkheden, werkafspraken en processen aan het licht komen. Door de fysieke afstand is het ook een plek waar gemakkelijk irritaties kunnen ontstaan wanneer de processen en afspraken niet goed worden gevolgd.

Uit de gesprekken en observaties kwam duidelijk naar voren dat centralisten op de blauwe en witte meldkamer niet altijd voldoende kennis hebben over de problematiek en de processen en dat het lijkt dat daardoor veelal vanuit *het zekere voor het onzekere nemen* wordt gewerkt. Tussen de verschillende meldkamers bestaan verschillende manieren waarop informatie wordt uitgevraagd. Zo richt de politie zich op zo snel mogelijk en nodig op de juiste plaats komen en wordt bij de ambulance een strikte triagewijzer gevolgd om zich eerst op somatische verschijnselen te richten. Hierbij wordt gebruik gemaakt van het Kwaliteitskader ambulance zorg 1.0 (2020), het beoordelingskader en verbeterinstrument voor de kwaliteit van zowel spoedeisende- als planbare ambulancezorg. De medewerkers op de meldkamer van de Spoedeisende Psychiatrie handelen op basis van de landelijke triagewijzer van de generieke module Acute Psychiatrie (GMAP 2019, de zorgstandaard acute psychiatrie) en onderlinge afstemming om te kunnen inschatten of iemand een beoordeling moet krijgen. De meer specifieke knelpunten die hierbij per organisatie naar voren kwamen zijn uitgewerkt in paragraaf 2.2.

Werksessie 2

Voorafgaand aan de tweede werksessie hebben we de knelpunten verder geconcretiseerd en hebben we op basis van de gevoerde (groeps)gesprekken, de rapportage van de eerste werksessie en literatuurstudie een aantal oplossingsrichtingen geformuleerd (verder toegelicht in paragraaf 3.1).

In de tweede werksessie hebben we de professionals van de werkvloer (werksessie 2A-basisgroep) gesplitst van de medewerkers in meer coördinerende of beleidsmatige functies (werksessie 2B-begeleidingsgroep), en hen gevraagd de toen dusver geïnventariseerde knelpunten en oplossingsrichtingen te prioriteren (zie bijgevoegd overzicht voor de lijst die in de werksessie is gebruikt en toegelicht). Door de basisgroep te scheiden van de begeleidingsgroep, konden we onderzoeken of de twee groepen verschillende ideeën en meningen hadden over de prioriteiten.

Knelpunt 1 – Gebrek aan capaciteit
Te weinig plek op SPOR door gebrek aan fysieke ruimte en personeel
Te lange aanrijtijden ambulance door tekort aan personeel en hoge mate van aanspraak op ambulance om te vervoeren
Te weinig tijd/personeel bij V&A; niet goed ingericht op crisissituaties
Te weinig beschikbaarheid van politie bij verzoek ondersteuning; aandacht van bureaus/wijkagenten voor dit thema is afhankelijk van persoon en capaciteit
Tekort aan bedden binnen de daklozenopvang, uitslaapbedden, etc. verhinderen doorstroom in proces acute crisissituaties
Lange wachttijden, tekort aan bedden en personeel en gaten in de GGzorg verhinderen vroeg signaleren en preventie

Knelpunt 2 – Onduidelijkheden over rollen en verantwoordelijkheden
Beperkingen rondom informatie-uitwisseling
Niet goed weten wat wel en niet binnen de mogelijkheden ligt van de ander
Onduidelijkheden/meningsverschillen over eigen taakopvatting dan wel die van de ander
Onduidelijkheden/meningsverschillen voorrang strafrecht of hulpverlening
Niet weten wie waarvoor verantwoordelijk is binnen het zorgdomein waardoor mensen niet of niet snel genoeg op de juiste plek terecht komen

Knelpunt 3 – Obstakels in het volgen van de juiste meldroutes en processen
Verschillen in urgentie en prioritering
Onvoldoende onderlinge afstemming of de juiste navolging hiervan
Complexiteit en onoverzichtelijkheid van processen en afspraken
Slecht op de hoogte zijn van protocollen en werkafspraken
Onvoldoende registreren en doorspelen van relevante informatie
Lange wachten resulteert in het creëren van olifantenpaadjes, afwijken van de afspraken

Knelpunt 4 – Verplaatsen in de doelgroep en bejegening
Tijdsdruk en maatschappelijke/politieke druk
Angst om de situatie en ervaring van de betrokkene te verergeren
Angst voor de doelgroep of om verantwoordelijk te worden gehouden voor een verkeerdere beslissing
Niet alle collega's zijn voldoende voorbereid en/of opgeleid om te reageren op situaties met onbegrepen gedrag
Onwelwillendheid en terughoudendheid om te reageren door stigma, negatieve ervaringen en/of niet vinden vallen onder eigen taakopvatting

Knelpunt 5 – Gaten in de opvolging en doorstroom van patiënten
Personen in crisis die op de verkeerde plek belanden
Mensen die (op de langere termijn) tussen wal en schip vallen wat in een crisis kan resulteren
Notoire individuen die alsmaar terugkomen in de meldingen maar waar geen passend zorg & veiligheid aanbod voor tot stand komt

Knelpunt 6 – Onderlinge irritaties en onbegrip
Gevoel dat de andere ketenpartner zijn verantwoordelijkheid niet neemt
Frustrerend dat een ketenpartner tegen de verwachting in bepaalde beslissingen en/of acties (niet) (onder)neemt
Niet zeker of je op een ketenpartner kunt rekenen
Wantrouwen in elkaars oordeel en/of professionele inschatting

Cluster oplossingsrichtingen 1. Intern georiënteerd
Interne trainingen of voorlichtingen
Overdragen van verantwoordelijkheden naar andere diensten
Interne data analyses

Cluster oplossingsrichtingen 2. Gericht op de doelgroep
Persoonsgerichte aanpakken
Crisis- en/of hulpkaart
Fysieke opvang zoals nood- en/of uitslaap bedden
Zelfsturende ontmoetingsruimtes door bewoners en ervaringsdeskundigen waar ook breder overleg kan plaatsvinden
Inzet van ervaringsdeskundigen
Inzet bij (bijvoorbeeld sport) verenigingen voor zinvolle dag besteding

Cluster oplossingsrichtingen 3. Gericht op domeinoverstijgend samenwerken
Co-responder modellen
Meldpunten en meldkamers
Uitwisseling en gezamenlijke training
Integraal evalueren/debriefen
Optimaliseren, versimpelen en stroomlijnen van samenwerkingsafspraken en werkprocessen

De vertegenwoordiging van de verschillende organisaties was in deze sessies door ziekte en roosterdruk niet evenredig. De prioritering van de knelpunten en oplossingsrichtingen - die wordt toegelicht in respectievelijk paragraaf 2.3 en paragraaf 3.2 – zijn daarom met enige voorzichtigheid benaderd en verder getoetst. Hiervoor zijn gesprekken gevoerd en inzichten opgehaald uit de bredere praktijk. In werksessie 2A is na het prioriteren een eerste stap gezet richting het uitwerken van een aantal oplossingsrichtingen, werksessie 2B kwam hier niet aan toe.

Werksessie 3

De derde werksessie stond volledig in het teken van het verder uitwerken van vier, geprioriteerde, oplossingsrichtingen:

- Systematisch leren: trainen van medewerkers;
- Casuïstisch leren: debriefen, evalueren & meekijken;
- Processen verhelderen en optimaliseren;
- Meldrespons herinrichten.

Het selecteren van deze oplossingen hebben we gedaan aan de hand van oplossingsrichtingen die in werksessie 2A en 2B positief werden beoordeeld aangevuld met het algehele beeld dat is ontstaan tijdens gesprekken en bijeenkomsten, en aan de hand van drie richtinggevende criteria:

1. De oplossingen vallen binnen de eigen controlesfeer. Er komen dus bijvoorbeeld geen wetswijzigingen of wijzigingen in financieringsstromen aan te pas;
2. De oplossingen sluiten zoveel mogelijk aan op de bestaande situatie, waarbij de inrichting van de huidige crisisketen zoveel mogelijk intact wordt gelaten omdat deze volgens de samenwerkingspartners goed functioneert;
3. De oplossingen passen binnen de Amsterdamse context. Wat betekent dat wanneer bijvoorbeeld iets elders in Nederland of in het buitenland een goed resultaat oplevert, we eerst kijken of dit toepasbaar is binnen
de bestaande inrichting van de werkprocessen en patiëntenstromen.

Ook de uitkomsten van deze werksessie (beschreven in hoofdstuk 3) moeten met een aantal kanttekeningen benaderd worden aangezien door vakantie, ziekte en roosterdruk er op het laatste moment geen deelnemers aanwezig waren vanuit de SPA en de Ambulance. Om dit te compenseren hebben we na de derde werksessie de uitkomsten en perspectieven apart besproken met medewerkers van de
Ambulance Amsterdam, Spoedeisende Psychiatrie en bij het Piketoverleg Personen met Verward Gedrag van de Politie. Alle partijen hebben dus hun inbreng gehad, maar de dynamiek en uitkomsten waren mogelijk anders uitgepakt wanneer dit door iedereen samen in één ruimte was besproken.

Werksessie 4

Het doel van de vierde werksessie op 13 december 2022 was het leggen van een basis voor een duurzame samenwerkingsstructuur door een aantal aandachtspunten te tackelen en inspiratie mee te geven. Eén van de onderdelen van deze samenwerkingsstructuur is het maken van werkafspraken over informatie-uitwisseling. Om deze reden hebben we een privacy-
expert, Eric Schreuders, uitgenodigd om de methodiek toe te lichten die hij hiervoor heeft ontwikkeld. Tijdens de sessie bleek dat de professionals van de verschillende ketenpartners over het algemeen goed op de hoogte zijn van wat wel en niet kan en mag op het gebied van gegevensuitwisseling. De beperkingen in de uitwisseling van gegevens zijn een algemeen bekend knelpunt in de samenwerking tussen zorg en veiligheid, maar in acute situaties is vaak wel uitwisseling mogelijk.

Daarnaast is tijdens de werksessies een flinke voortgang geboekt met het in beeld brengen van de mogelijke optimalisering van het proces door het organiseren van een gezamenlijk meldpunt voor SPA en Vangnet. Dit is opgetekend door Cunera Joosten in een praatplaat die is opgenomen bij het verbetervoorstel over de Meldrespons in bijlage 4. We sloten de werksessie af met de reflectie dat we op het juiste spoor zitten met deze oplossingsrichtingen maar dat er nog het een en ander moet worden uitgewerkt in kleinere groepjes. Hieraan werd ook de constatering toegevoegd dat de oplossingsrichtingen misschien geen directe oplossing bieden voor álle knelpunten van álle partners, maar dat deze wel verder kunnen bijdragen aan het beheersbaar houden van de keten en kunnen leveren van goede zorg.

Werksessie 5 en 6

In februari en maart vonden werksessie 5 en 6 plaats. In deze laatste werksessies, hebben we de verbetervoorstellen voor de meldrespons en voor systematisch en casuïstisch leren ('Samen Leren') verder uitgewerkt. Over de uitwerking van de oplossingsrichting voor de meldrespons is veel gediscussieerd. Met name door zorgen over de gevolgen voor de processen die zijn ingericht voor acute psychiatrische zorg en onduidelijkheid over de rol van de witte meldkamer. Door naast de werksessies ook nog veel individuele gesprekken te voeren en overleg met de klankbordgroep, is uiteindelijk consensus gekomen over beide verbetervoorstellen, zie bijlage 5 en 6 voor het resultaat.

B3.3 Toetsen en reflectie: inzichten ervaringsdeskundigen en de bredere praktijk

Cliënt- en naastenperspectief

Gedurende het project hebben we niet alleen contactmomenten gehad met professionals uit het werkveld. Voor het ophalen van ervaringen en inzichten, en het toetsen van ontwikkelingen in het project hebben we op verschillende manieren ervaringsdeskundigen, mensen met ervaringskennis, naasten en belangenbehartigers betrokken. Zo waren vertegenwoordigers van Cliëntenbelang Amsterdam aangesloten bij de werksessies en we hebben hen en andere cliëntvertegenwoordigers in individuele gesprekken en tijdens plenaire bijeenkomsten gesproken. Niet alleen hielp dit bij het verbreden van onze kijk op de knelpunten die bestaan in deze context, de mogelijke oplossingen die er zijn en hoe ervaringsdeskundigen hierbij betrokken kunnen worden. Ook zorgden deze gesprekken voor een breder bewustzijn binnen het project rondom taalgebruik en machtsposities. (In paragraaf 2.2 gaan we verder in op het cliënt- en naastenperspectief.)
Aanvullend op deze gesprekken en bijeenkomsten, hebben we voor de invulling van de oplossingsrichting Samen Leren gesprekken gevoerd met zelfstandige ervaringsdeskundigen en een hierin gespecialiseerde organisatie in Amsterdam, TeamED.

De bredere praktijk: meekijken met professionals

Naast het inbrengen van het perspectief van cliënten en naasten hebben we gepoogd onze kijk op acute meldingen over onbegrepen gedrag te verbreden door ons te verdiepen in praktijken die grenzen aan de crisisketen en door inspiratie en vergelijking te zoeken buiten de Amsterdamse context. Zo hebben we contact gehad met het Actiecentrum Veiligheid en Zorg om meer te horen over

het traject Verwarde Verdachten; hebben we kunnen meekijken bij een samenwerkingsverband tussen Handhaving en Vangnet waarbij medewerkers van beide partijen samen optrekken om actief personen op straat aan te spreken waar signalen zijn van ontreddering om zo mensen te kunnen doorverwijzen en crises te voorkomen; zijn we mee op huisbezoek geweest met SPV'ers van Vangnet om beter te begrijpen wat zich afspeelt aan de voor- en achterkant van de crisisketen; hebben we een middag doorgebracht op de meldkamer van Handhaving om een inschatting te maken hoe vaak handhavers te maken hebben met situaties die raken aan de crisisketen; hebben we een bezoek gebracht aan Noord-Holland-Noord om meer te leren over de samenwerkingsstructuur, het meldpunt en de nieuwe training die daar is ontwikkeld, en hebben we gesprekken gevoerd met een ervaren wijk-GGD'er in een andere regio. Ook zijn er overleggen geweest met de Koninklijke Marachaussee over het project Schiphol Social Work, een initiatief waarbij nauw wordt samengewerkt tussen maatschappelijk werkers en beveiliging op Schiphol om eventuele dak- en thuislozen begeleiding te bieden.[81] Uit al deze observaties en gesprekken sprong met name het belang van out-reachend werken, het langdurig pro-actief naar mensen toe gaan en hulp aanbieden, voor de doelgroep eruit.

B3.4 Bestuurlijke besluitvorming en commitment

De eerste echt inhoudelijke kennismaking van de verantwoordelijke bestuurders met het project was tijdens het Bestuurlijk Overleg GGz (BO GGz) op 12 september 2022. De projectleider heeft daar de stand van zaken gepresenteerd met de belangrijkste knelpunten en oplossingsrichtingen die op dat moment op waren gehaald bij professionals uit het werkveld en cliëntvertegenwoordigers. Het BO GGz heeft uit haar midden een klankbordgroep geformeerd met de meest betrokken bestuurders onder voorzitterschap van de directeur van de GGD. Deze klankbordgroep is bijeengekomen op 30 november 2022. Tijdens deze bijeenkomst is de stand van zaken besproken en is de klankbordgroep bevraagd op de belangrijkste oplossingsrichtingen en het voornemen voor een uitvoeringsprogramma om de projectresultaten te borgen in de uitvoering.

Na tussentijdse schriftelijke consultatie van de klankbordgroep is tijdens een tweede vergadering op 9 maart 2023 onder meer gesproken over de twee uitgewerkte verbetervoorstellen en het bestuurlijk draagvlak voor de wijzigingen die nodig zijn om de samenwerking duurzaam te verbeteren.

Na een laatste schriftelijke consultatie van de klankbordgroep en individuele gesprekken met de leden van de klankbordgroep, is het bestuurlijk draagvlak ook besproken tijdens het werkbezoek van de minister van Justitie en Veiligheid en de minister voor Langdurige Zorg en Sport aan de Amsterdamse driehoek op 12 april 2023, waarbij tevens professionals en cliëntenvertegenwoordigers aanwezig waren om de voorstellen toe te lichten. In haar vergadering van 17 april 2023 heeft het BO GGz ingestemd met de voorgestelde verbetervoorstellen. Dit was het startschot om de voorstellen nader uit te werken in een uitvoeringsprogramma dat ingediend zal worden als subsidieaanvraag bij ZonMw voor het programma 'Grip op onbegrip'.

81 Ondanks verschillende pogingen om een afspraak te maken, is het helaas niet gelukt om samen met de Koninklijke Marechaussee een werkbezoek te brengen aan Schiphol Social Work.

Bijlage 4: Cijfermatige inzicht in de geïnventariseerde knelpunten[82]

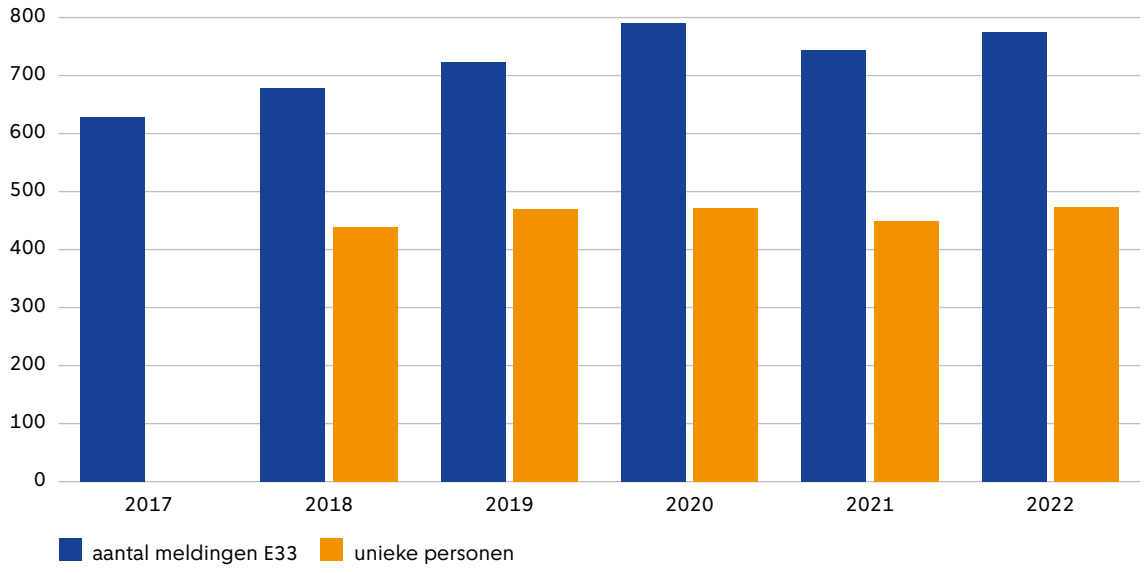
Er is een toename van onbegrepen gedrag (op straat?)

Toename E33 meldingen

Er is een toename in incidenten met een verward of overspannen persoon (E33) te zien in de registratie van de politie. Het jaarlijks aantal incidenten E33 is gestegen van 7500 sinds 2017 tot 9300 in 2022. Waarschijnlijk is de trend gestaag stijgend, en zien we in 2020 een uitschieter als gevolg van de corona-lockdown. Het aantal unieke persoon dat maandelijks betrokken is bij een E33-melding, blijft redelijk stabiel. Er is een lichte stijging van het gemiddeld aantal meldingen per persoon per maand van 1,2 naar 1,3.

Onvoldoende zicht op toename van meldingen over kwetsbare, dakloze EU-burgers

Uit verschillende hoeken, waaronder van projectdeelnemers van de SPA, de media[83] en uit de winteropvang, komen signalen dat er zorgen zijn over een toename van (overlast gevende en kwetsbare) dakloze EU-burgers in Amsterdam. De monitor acute crisisketen kan deze signalen slechts deels ondersteunen met data omdat een aantal partijen wel informatie levert over woonplaats of verblijfplaats, maar niet over nationaliteit. Zo weten we dat bij de E33-incidenten waarbij een betrokkene bekend is, het maandelijks gemiddeld 30 keer gaat om iemand zonder vaste woon- of ver-



Figuur 1. Gemiddeld maandelijks aantal incidenten E33 bij de politie en het aantal unieke personen dat daar maandelijks bij betrokken is, 2017-2022.

blijfplaats (zo'n 4% van de meldingen). Ook weten we uit de winteropvang en de corona-noodopvang dat een toenemend percentage van de bezoekers een Europese nationaliteit anders dan Nederlands heeft (33% in 16/17 tot 45% in 21/22) en dat een toenemend aandeel van de bezoekers van de coronanoodopvang uit Polen en Roemenië kwam.
Het aandeel Oost-Europese mensen onder de daklozen lijkt dus inderdaad te groeien, maar we kunnen niet onderbouwen dat zij ook vaker met E33-meldingen in beeld komen.

Locatie melding persoon met onbegrepen gedrag onbekend

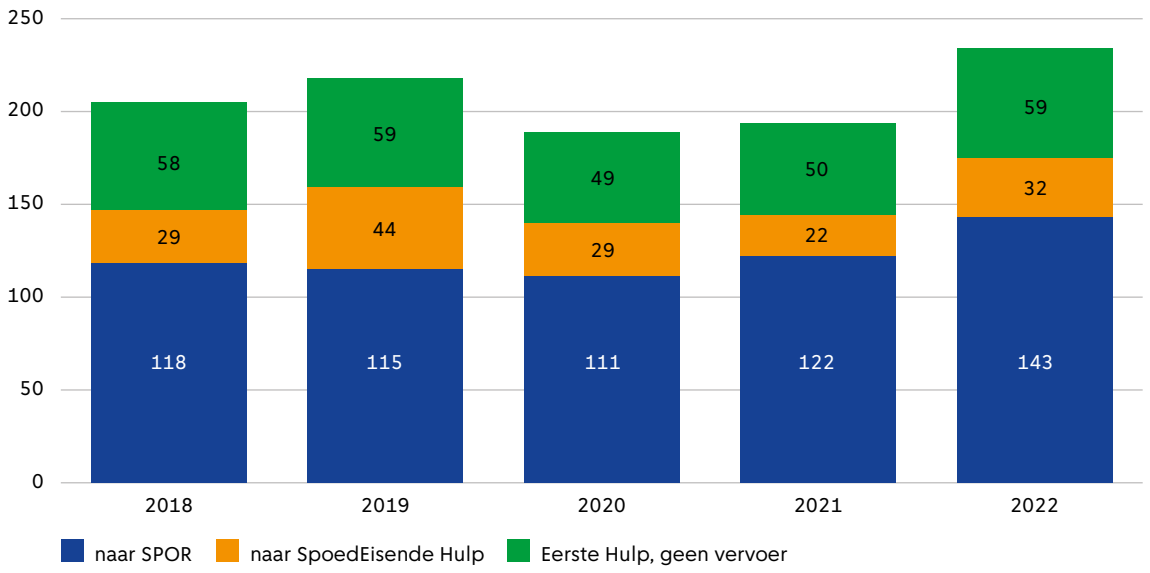
We beschikken niet over gegevens over de locatie van de afhandeling van de E33-meldingen in Amsterdam-Amstelland. Hierdoor kunnen we geen, met data-onderbouwde, uitspraken doen over een al dan niet toename van E33-meldingen op straat. Er zijn gegevens uit andere regio's, waaronder Flevoland waar 56% van de politiemeldingen plaatsvond in en om huis[84] en West-Brabant waar 54% van de meldingen in of rond de woning plaatsvond.[85] Vanwege de verschillende lokale contexten zijn deze gegevens echter niet zonder meer generaliseerbaar naar regio Amsterdam.

De MC-TAP rijdt circa 200 keer per maand uit in verband met een vermoeden van acute psychiatrie

De politie registreert maandelijks 700-800 E33-incidenten. We hebben geen gegevens over de aanleidingen van de incidenten, wel weten we dat de ambulance maandelijks gemiddeld 200 keer uit voor meldingen met een vermoeden van acute psychiatrie. Dit aantal is vergelijkbaar gebleven over de jaren (tussen 190 en 220). In 2022 was het wat hoger dan voorgaande jaren (239). Deze toename zien we terug in ritten naar de SPOR, niet in ritten naar de SEH, of in situaties waarbij de cliënt niet vervoerd wordt, zie ook figuur 2.

Bij 20% van de meldingen waarvoor de MC-TAP uitrijdt in verband met een vermoeden van acute psychiatrie, wordt de cliënt niet vervoerd

Deze cliënten worden niet bij de SPA of SEH psychiatrisch beoordeeld, en ontvangen alleen eerste hulp ter plaatse. Maandelijks gaat dit om 50-60 cliënten. Het aantal is stabiel over de jaren, zie figuur 2. Verdiepende informatie over deze cliënten en de reden om ze niet te vervoeren ontbreekt.



Figuur 2. Gemiddeld maandelijks aantal ambulance-ritten acute psychiatrie, onderscheiden naar bestemming, 2018-2022.

Een deel van de cliënten wordt door de SEH beoordeeld omdat de SPOR geen plek heeft

Beoordelingen acute psychiatrie vinden bij de SPOR en bij de spoedeisende hulpen (SEH) van algemene ziekenhuizen plaats. Dit laatste gebeurt deels vanwege het feit dat er somatische problematiek is die voorliggend aandacht behoeft (518 beoordelingen OLVG Oost en West, en ca 248 beoordelingen bij VUMC in 2022). Daarnaast gaat een aantal cliënten naar de SEH omdat er geen plek is op de SPOR. In 2022 vonden 68 beoordelingen plaats bij OLVG Oost en West, en ongeveer 47 beoordelingen bij VUMC omdat de SPA vol was. Er worden ook cliënten naar het AMC-ziekenhuis vervoert voor een psychiatrische beoordeling, maar over deze aantallen hebben we geen data.
Dat de SPA vol is, betekent overigens niet dat de politie langer ter plaatse moet wachten. In theorie komt de ambulance even snel, maar rijdt deze vervolgens naar een andere bestemming.

16-19% Van de cliënten werd in 2017-2019 na een psychiatrische beoordeling bij de SPOR 'zonder beleid' of met 'overig beleid' ontslagen (meer recente cijfers ontbreken)

Volgens de registraties door de SPOR ontvingen deze cliënten geen vervolgbehandeling door het crisisteam. Mogelijk zijn deze cliënten wel doorverwezen naar bijvoorbeeld Vangnet, de huisarts, ambulante zorg, of hulpverleners in een andere regio; hier is geen verdiepende data over voorhanden.
NB het feit dat er geen vervolg is gegeven door het crisisteam, wil niet zeggen dat een acute psychiatrische beoordeling niet nodig was om een noodzaak tot een behandeling uit te sluiten. Het is alleen een indicatie dat bij het bij deze cliënten niet om acute psychiatrie ging.

We hebben geen (verdiepende) informatie over de aanleidingen van de overige E33-meldingen in Amsterdam

Verdiepingsstudies uit Flevoland en Vught, met enige voorzichtigheid te interpreteren in verband met verschillen in lokale context, schetsen het volgende beeld:

Regio Flevoland[86] Onderzoek naar personen achter de E33, E41 en E14 meldingen. Duur onderzoeksperiode: 1 jaar. Analyse van data uit 2017.	Van de mensen achter de politiemeldingen had/was: 60% een psychiatrische stoornis 35% een recente veroordeling 34% dakloos (ook door inclusie E41) 34% een verslaving 13% naar schatting lvb-problematiek 5% naar schatting dementie 50% meervoudige problematiek Voor 52.7% van alle personen was op enig moment in de onderzoeksperiode een crisis DBC bij GGZ Centraal geopend, en voor 29% is er een IBS of RM maatregel opgelegd. Bij 6.7% van de meldingen is er binnen 7 dagen na de melding een IBS maatregel opgelegd.
Vught[87]	Van de mensen achter de E33 meldingen: Had 42% psychiatrische problematiek Was 21% bekend met een lichtverstandelijke beperking Had 17% een verslaving, en was bij 8% een relatie met ouderdom

Een deel van de meldingen betreft steeds dezelfde personen

Ook hebben we op dit moment geen actuele, uitgebreide data over het aantal cliënten waar meerdere malen een melding over is gedaan en het aantal cliënten dat een enkele keer in beeld is gekomen. We weten dus niet of de verhouding hiertussen over de jaren heen gelijk is gebleven. Wel is bekend dat van de mensen die in 2021 op de SPOR zijn beoordeeld, 85% één keer is beoordeeld, 10% twee keer beoordeeld, 4% 3-4 keer beoordeeld en 1% 5-10 keer beoordeeld. Van de unieke personen die in 2018 bij de politie in beeld kwamen met een E33-melding, kwam 67% 1 keer in beeld, 17% twee keer, 10% drie keer en 5% minimaal vijf keer.

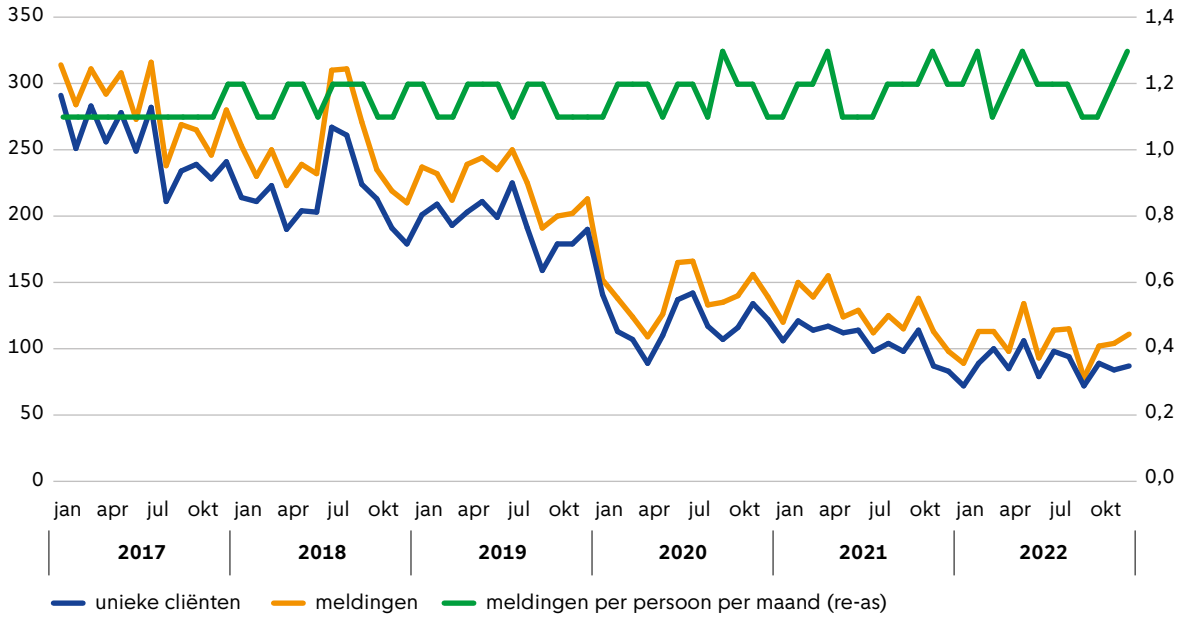
Onderzoek uit andere regio's lijkt erop te wijzen dat de mensen die 'vaak verward' zijn, relatief veel meldingen veroorzaken. Zo is in Flevoland gekeken naar de groep mensen die meer dan 5 registraties veroorzaakt. Zij vormen 7% van de personen en 36% van de meldingen.[88] In Noord-Holland is gekeken naar de groep die meer dan 10 registraties veroorzaakt, zij vormen 2% van de personen en 32% van de meldingen.[89] Uit landelijk onderzoek uit 2016 blijkt dat 1% van de personen, meer dan 20 (E33 en E14) meldingen per persoon veroorzaakte.[90]

Als Vangnet sterker wordt gepositioneerd, verwachten we dat minder mensen tussen wal en schip belanden. Ook krijgen we meer zicht op de achtergrond van de meldingen waarbij geen vermoeden is van acute psychiatrie.

Het aantal E33 meldingen neemt toe, maar het aantal meldingen en de opvolging van meldingen over verward gedrag bij het Advies en Meldpunt OGGZ[91] is afgenomen

Het totaal aantal meldingen bij het Advies en Meldpunt OGGZ is gedaald sinds 2017, mede als gevolg van een proceswijziging in de meldroute[92]. Ook het aantal unieke personen dat betrokken is bij een melding bij het adviesmeldpunt OGGZ, is gedaald. Het aantal meldingen per persoon per maand fluctueert in 2022 rond 1,2. Zie ook figuur 3. Vanaf 2020 registreert het Advies en Meldpunt OGGZ informatie over de melder. Daaruit blijkt dat het aantal meldingen bij het adviesmeldpunt OGGZ door de politie, circa de helft van het totaal aantal meldingen, de afgelopen jaren niet is gestegen: in 2020 waren er 786 meldingen, in 2021 862 en in 2022 636.

Ook bestaat sinds 2020 het Advies- en Meldpunt OGGZ (telefoonnummer 7*5) waar ieder-



Figuur 3. Aantal meldingen, unieke cliënten en meldingen per cliënt per maand bij het Advies en Meldpunt OGGZ

een 24 uur per dag een melding kan doen van ernstige zorgen of overlast. De respons hierop is deels direct (door de 24-uursdienst), deels wat langzamer (door de wijkGGD). Voor 2020 was dit telefoonnummer (7*5) alleen beschikbaar voor politie om meldingen te doen die direct opvolging nodig hadden (24-uursdienst). In onderstaande figuur zijn de meldingen uitgezet die opgevolgd zijn door de 24-uursdienst van de GGD.

Het aantal psychiatrische beoordelingen bij politie-meldingen met een vermoeden van acute psychiatrie, is nagenoeg gelijk gebleven

Het gemiddeld aantal ritten per maand van de MC-TAP naar de SPOR en de SEH varieert respectievelijk tussen 118-143 en 22-44 voor de periode 2018-2022. Zie ook figuur 2.

Het aantal te beoordelen cliënten door Vangnet waar een E33-melding over wordt gedaan en waarbij geen vermoeden is van acute psychiatrie en/of een behandeling in de GGZ, maar wel een vermoeden van zorg- of ondersteuningsnood, zal aanzienlijk toenemen met de voorgestelde aanpassing voor de meldrespons.

Een globale inschatting op basis van het aantal meldingen dat Vangnet in behandeling nam voor de proceswijziging in de meldroute in 2017 en op basis van gegevens uit Flevoland, komt neer op 400 tot 500 extra meldingen per maand voor Vangnet (zie ook de subsidieaanvraag voor het herinrichten van de meldrespons[93]). Dit zijn meldingen die nu geen tot weinig opvolging kregen, terwijl we inschatten dat dit voor een deel van de meldingen wel van belang is. Registraties bij Vangnet over deze meldingen zullen dit in de loop van het verbeterproject inzichtelijk maken.

82 Tenzij anders vermeld, is de data afkomstig uit de Monitor Acute Crisisketen Amsterdam. Contactpersoon: Matty de Wit, GGD Amsterdam.

83 Bijvoorbeeld Hielkema, D. (2022, 17 oktober). 'Dakloze EU-burgers vast in Amsterdam: 'Het leven op straat is hier beter' in *Parool*.

84 Poels, M. (2019). *Verward in Flevoland: De personen achter de politiemeldingen.* Amsterdam: Care2Research.

85 Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (2019). *Verschillende bronnen, één mozaïek – Eindverslag van het project Regionale pilots monitor personen met verward gedrag in Utrecht en West-Brabant*. Bilthoven: RIVM.

86 Poels, M. (2019). *Verward in Flevoland*: De personen achter *de politiemeldingen.* Amsterdam: Care2Research.

87 Abraham, M. & Bosch, T. (2021). *E33 – meer dan een label. Onderzoek naar personen achter de politieregistratie E33 'overlast door persoon met verward gedrag' in 's Hert*ogenbosch, Vught en regio Oost-Brabant. DSP-Groep in opdracht van de Programmaraad Zorg en Veiligheid.

88 Poels, M. (2019). Verward in Flevoland: De personen achter de politiemeldingen. Amsterdam: Care2Research.

89 Hendriks, L. (2020). Personen met Verward Gedrag en Frequent Politiecontact: Kenmerken van Politieregistraties, Persoons- en Sociaaleconomische Kenmerken en Gezondheidsproblematieken. Amsterdam: Vrije Universiteit.

90 Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (2018). Verward gedrag nader bekeken: analyse van E33 en E14 meldingen in de politieregistratie. Bilthoven: RIVM.

91 Het Advies- en Meldpunt OGGZ is een regionaal meldpunt voor personen met onbegrepen gedrag met een niet-acute hulpbehoefte. Het meldpunt is 24/7 bereikbaar voor zowel burgers als professionals uit de regio Amsterdam-Amstelland. Het doel van het meldpunt is toeleiding naar passende hulpverlening, waarbij een oplossing voor zowel de cliënt als dienst omgeving wordt geboden. Circa 70% van de meldingen die binnenkomen bij het meldpunt worden doorverwezen naar Vangnet. De overige meldingen betreffen aanvragen in het kader van de hoorplicht WVGGZ, meldingen voor 112 in verband met acute somatische of psychiatrische problematiek, en meldingen voor andere partners zoals Veilig Thuis.

92 Voor 2017 ontving Vangnet alle zorg- en ondersteuningsmeldingen van de politie, ook de meldingen die daarna naar de Spoedeisende Psychiatrie gingen. Sinds 2017 wordt de meldkamer van de SPA zonder tussenkomst van Vangnet benaderd.

93 Deze wordt na het projecteinde definitief gemaakt en ingediend. Verwachtte datum van het indienen van de subsidieaanvraag is 23 mei 2023.

Bijlage 5: Verbetervoorstel meldrespons[94]

Gezamenlijke Werkwijze GGz-GGD[95]

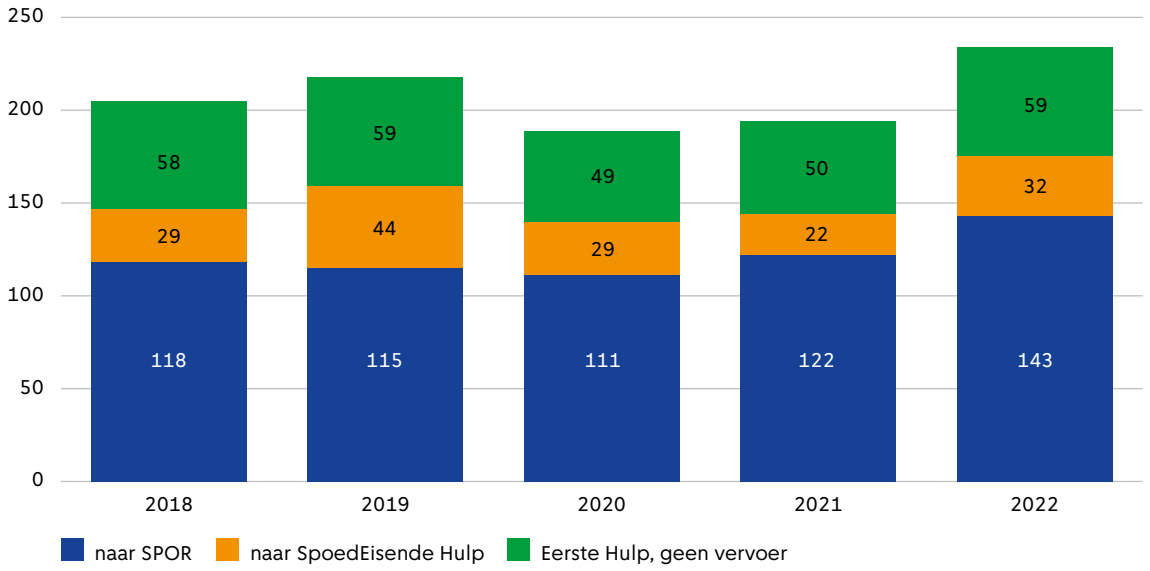
In het project is door professionals en ervaringsdeskundigen een aantal knelpunten geformuleerd. Twee belangrijke knelpunten zijn dat er obstakels zijn in het volgen van de meldroutes en processen en dat er gaten zijn in de opvolging en doorstroming van cliënten. Deze knelpunten zijn nader toegelicht in het eindverslag.

In dit verbetervoorstel wordt uiteengezet hoe een gezamenlijke werkwijze door SPA en GGD, die wordt ingezet wanneer vermoedens van somatische klachten en acute psychiatrie zijn uitgesloten, kan bijdragen aan een oplossing voor deze knelpunten. Na een korte schets van de knelpunten schetsen we hoe deze werkwijze er uit zal gaan zien en welke rol de verschillende partijen in de crisisketen hierin vervullen. Tot slot wordt geschetst hoe dit verbetervoorstel onderdeel kan worden van een uitvoeringsprogramma voor de komende jaren. Professionals, beleidsmakers én ervaringsdeskundigen zijn betrokken geweest bij de totstandkoming van dit voorstel. Het ontstaan van dit voorstel is weergeven in een beeldverslag dat is opgenomen als bijlage 1.

Obstakels in het volgen van de meldroutes en processen
Professionals komen in aanraking met veel verschillende situaties waarbij personen met onbegrepen gedrag betrokken zijn. Er zijn veel verschillende protocollen en procedures en verschillende telefoonnummers die gebeld kunnen worden voor overleg en ondersteuning. Professionals willen snel contact om te komen tot overdracht of een oplossing. In de praktijk is niet altijd helder welk telefoonnummer gebeld moet worden, of er komt niet snel genoeg een reactie waarmee ze zich geholpen voelen.

Politiemensen bellen nummers die werken, anders gaan ze shoppen.

– Medewerker politie –



Figuur 2. Gemiddeld maandelijks aantal ambulance-ritten acute psychiatrie, onderscheiden naar bestemming, 2018-2022. Monitor Acute Crisisketen

Gaten in de opvolging en doorstroming van patiënten
Uit de monitor acute crisisketen en uit gesprekken met professionals komt naar voren dat bij de meerderheid van de meldingen van onbegrepen gedrag geen sprake is van acute psychiatrie. Van de 700-800 maandelijkse E33-meldingen, rijdt de ambulance bijvoorbeeld gemiddeld 200 (25-30%) keer uit in verband met een vermoeden acute psychiatrie. Van deze 200 meldingen, vervoert de ambulance gemiddeld 80% naar de SPA of de SEH voor een psychiatrische beoordeling. Na psychiatrische beoordeling wordt een deel van de betrokkenen zonder beleid ontslagen; hierbij moet de kanttekening worden geplaatst dat een deel van deze personen bijvoorbeeld teruggaat naar eigen regio of een vervolg heeft bij de huisarts. We hebben geen actuele cijfers hoe hoog dit percentage is, in de jaren 2017-2019 ging het om 16-19% van de beoordelingen.

De inrichting van de huidige crisisketen loopt, daarover zijn de partijen het eens, goed voor de situaties waarin sprake is van (vermoedens van) somatiek en/of acute psychiatrie.[96] Waar meer aandacht voor nodig is, zijn de meldingen waarin wel een acuut probleem speelt, zoals levensproblematiek of dementie, maar geen psychiatrie aan de orde is. Bij deze meldingen ontstaan gaten in de opvolging en doorstroom van cliënten. Om hoeveel meldingen of mensen het gaat, weten we niet precies. Wel weten we dat bij slechts een klein deel van de mensen in een acute crisis die niet door de ambulance worden vervoerd, of geen beleid krijgen bij SPA of bij de SEH, doorverwezen wordt naar Vangnet of Vangnet wordt geconsulteerd en dat ook door de politie weinig gebruik wordt gemaakt van de mogelijkheid om de crisisdienst van Vangnet in te schakelen.[97] Hoe dan ook is de boodschap hier dat voor een deel van de meldingen andere oplossingen dan acute psychiatrische interventies, nodig zijn en dat er altijd opvolging of een afronding moet zijn voor een melding.

Een verbetering van de meldrespons

Vrijwel alle recente aanpassingen in de organisatie van de acute crisisketen waren gericht op het beter bedienen van de groep die een acute psychiatrische beoordeling behoeft. Zoals aangegeven blijft deze werkwijze in dit voorstel in stand. Ook blijven patiënten die al in behandeling zijn bij de GGz onder de verantwoordelijkheid van de GGz vallen. Dit voorstel betreft het verbeteren van de meldrespons voor de groep personen waarbij geen sprake is van (een verdenking van) acute psychiatrie, maar van andere (acute) problematiek. We willen:

- voorkomen dat mensen die geen strafbare feiten hebben gepleegd en geen gevaar veroorzaken worden opgevangen door de politie;
- zorgen voor een snelle en goede beoordeling van cliënten zodat:
  a. zij betere zorg en ondersteuning krijgen en
  b. de werkprocedures beter gevolgd kunnen worden;
- de meldkamer van de politie en de politie op straat ontlasten;
- de samenwerking tussen de professionals in het veiligheidsdomein en het zorgdomein verbeteren en voorkomen dat de politie steeds op zoek moet gaan naar de juiste zorgpartner;
- bereiken dat informatie die over cliënten beschikbaar is zorgvuldig kan worden ingezet en
- dat er voor alle mensen die dat nodig hebben een goede opvolging is.

Door medewerkers van de SPA en de crisisdienst van Vangnet en Advies met een Gezamenlijke Werkwijze te betrekken bij alle acute meldingen van onbegrepen gedrag die niet vallen binnen de acute crisisketen, kunnen we bereiken dat er altijd sluitende afspraken worden gemaakt over de opvolging of afronding van de melding, zodat cliënten niet tussen de wal en het schip vallen.[98]

Hoe gaat de Gezamenlijke Werkwijze er uit zien?

In verschillende sessies is besproken hoe de meldrespons er uit zou moeten zien. We willen komen tot een Gezamenlijke Werkwijze en zoveel mogelijk telefonisch triëren. Het voorstel is om de nieuwe werkwijze stapsgewijs op te bouwen. Voor de totstandkoming van het voorstel wordt onderzocht hoe die

Gezamenlijke Werkwijze er precies uit kan zien, hoe dat haalbaar kan worden gemaakt en welke van de huidige routes hierdoor (op termijn) vervangen kunnen worden. We starten met een pilot tussen de samenwerkingspartners, om stapsgewijs ervaringen op te doen en goed te kunnen monitoren en bijsturen. Tegelijk wordt gewerkt aan een voorstel voor mogelijke opschaling.

Aanvulling op de acute crisisketen
Alle meldingen worden getrieerd door de witte meldkamer op (vermoedens van) somatische problemen of acute psychiatrie. Als daarvan sprake is, stuurt de witte meldkamer een ALS dan wel MC TAP. Als daarvan geen sprake is worden deze – conform de nieuwe werkwijze – doorgezet naar de meldkamer van de SPA. Dat betekent dat politiemensen altijd de witte meldkamer moeten bellen via 088-0129884, zodat alle meldingen via dezelfde routing worden beoordeeld of (vermoedens van) somatiek en acute psychiatrie. De meldingen die worden doorgezet naar de meldkamer van de SPA worden telefonisch getrieerd. Als iemand bekend is bij de GGz of er is toch sprake is van acute psychiatrie wordt de melding door de GGz opgevolgd. Als dat niet zo is, zijn twee medewerkers van de crisisdienst van Vangnet en Advies beschikbaar om ter plaatse te gaan om direct zorg en ondersteuning te bieden als dit nodig is.

De bestaande nummers van de Spoedeisende Psychiatrie (SPA) en Openbare Geestelijke Gezondheidszorg (OGGZ, onderdeel van de GGD) blijven in stand en kunnen worden gebeld door:
- Huisartsen en andere verwijzers, zoals het Leger des Heils, HVO Querido, Spoedeisende Hulp en Buurtteams;
- Cliënten en hun naasten.

Er wordt voorgesteld om te werken met een technische oplossing, waarbij alle nummers worden doorverbonden met het nummer van de Gezamenlijke Werkwijze waar op de telefoons zichtbaar wordt naar welk nummer is gebeld. Op die manier kan de pilot wat kleiner starten, worden bestaande processen die goed lopen niet doorkruist, hoeven andere partijen nog niet mee te doen en kunnen er gaandeweg aanpassingen en uitbreiding worden doorgevoerd.

Cruciaal voor het welslagen van de Gezamenlijke Werkwijze is:
- dat de crisisdienst van Vangnet en Advies binnen dertig minuten ter plaatse is om te beoordelen of zorg te verlenen. Ervaringskennis leert dat er zes fte en een auto extra beschikbaar moeten zijn om 24/7 ter plaatse te kunnen gaan.
- dat de politie goed wordt geïnstrueerd en altijd het nummer van de witte meldkamer belt.

Routing van de meldingen via 112
De melding komt binnen bij de meldkamer via 112 en ook via het Regionaal Service Centrum van de politie (0900-8844). Er zijn dan verschillende opties:

Optie a: Als de melder aangeeft dat politie nodig is, gaat de melding naar de 'blauwe meldkamer' (politie); deze kan na een eerste beoordeling een noodhulpeenheid ter plaatse sturen. Als de blauwe meldkamer een noodhulpeenheid ter plaatse stuurt, met name als er sprake is van strafbare feiten of van een veiligheidsrisico, kan deze ter plaatse de situatie beoordelen en contact opnemen voor overleg met de 'witte meldkamer' (ambulance).

Optie b: Als de melder aangeeft dat medische zorg nodig is, gaat de melding direct naar de witte meldkamer; deze beoordeelt of een ALS (somatische zorg en vervoer – hier verder buiten beeld) naar de melding wordt gestuurd. Als de 'witte meldkamer' géén ALS stuurt, wordt beslist of de persoon door de MC TAP (Medium Care Ambulance met Taakaccent Psychiatrie) naar de SPOR wordt gebracht voor beoordeling door de SPA of dat de melding wordt overgedragen aan de Gezamenlijke Werkwijze.

Natuurlijk kunnen de blauwe en witte meldkamer direct bij de melding overleg voeren, in ieder geval over de veiligheidssituatie voor persoon, omgeving en hulpverleners.

Samenwerking
De samenwerking tussen de medewerkers van de SPA en de crisisdienst van Vangnet en Advies ten behoeve van de Gezamenlijke Meldrespons vereist dat afspraken worden gemaakt

over competenties van de medewerkers en over prestatienormen. Om de samenwerking te laten slagen is het van belang dat medewerkers op elkaars kwaliteit kunnen vertrouwen en elkaar toelaten en accepteren op het eigen domein.

Na akkoord van de klankbordgroep gaan we met een werkgroepje met professionals van de werkvloer:

- Vaststellen competenties van de medewerkers die de meldingen aannemen en triëren;
- Bepalen hoeveel medewerkers, auto's en financiering beschikbaar moeten zijn om 24/7 meldingen aan te nemen en te triëren;
- Uitwerken voorstel voor opleiding van medewerkers voor het gezamenlijk aannemen en triëren van meldingen;
- Uitwerken voorstel voor prestatienormen en monitoring;
- Uitwerken voorstel voor stapsgewijs uitbouwen van de Gezamenlijke Meldrespons?

Beslisboom
Er wordt een gezamenlijke beslisboom ontwikkeld, gebaseerd op het huidige triage-instrumentarium, zodat telefonisch beoordeeld kan worden welke opvolging gegeven moet worden aan een melding. De professionals op de werkvloer maken en testen deze beslisboom gezamenlijk.
Uitgangspunt is dat er altijd sprake moet zijn van een opvolging of afronding van een melding.

Locatie van de melding
De meeste meldingen betreffen mensen die thuis zijn. Als de witte meldkamer beoordeelt dat er sprake is van (vermoedens van) somatiek of acute psychiatrie blijft de procedure conform afspraken in de acute crisisketen. Als er geen sprake is van acute psychiatrie is het uitgangspunt dat de persoon zoveel als mogelijk thuis blijft en wordt de melding doorgezet naar Vangnet en Advies om ter plaatse te gaan om zorg en ondersteuning te verlenen. Indien er politie ter plaatse is, kan deze – wanneer er geen sprake is van een onveilige situatie – weer verder met andere werkzaamheden. Bij acute meldingen is het van belang om binnen dertig minuten ter plaatse te zijn. Als zorg of ondersteuning op locatie niet nodig is, wordt er in ieder geval een afspraak over de opvolging of afronding van de melding gemaakt.

Er worden natuurlijk ook meldingen gedaan van mensen die wel op straat worden aangetroffen. Deze worden voorgelegd aan de witte meldkamer voor een beoordeling op somatiek of acute psychiatrie. Als daar geen sprake van is, kan in overleg met de Gezamenlijke Meldrespons worden bepaald of en hoe iemand naar huis kan worden begeleid of gebracht.

Dan blijft er een aantal meldingen over waar het gaat om mensen die op straat worden aangetroffen en die geen GGz-probleem hebben en die niet naar huis kunnen worden gebracht of daar niet kunnen worden beoordeeld. Voor deze groep moet op strategisch niveau worden bepaald wie verantwoordelijk is voor het doorplaatsen. Als ervoor wordt gekozen dat mensen worden doorgeplaats, kan Veldregie hierbij mogelijk een rol spelen.

Hoe nu verder?

Na akkoord van het BO-GGz wordt ten behoeve van het *Uitvoeringsprogramma 2023-2026*:

- een begroting gemaakt voor extra middelen en capaciteit voor Vangnet en Advies, voor de meldkamer van de SPA en voor de meldkamer van de Ambulancedienst;
- voor deze begroting kan een beroep worden gedaan op subsidie die kan worden aangevraagd via ZonMW. Voor Amsterdam is voor 2023 en 2024 jaarlijks een bedrag beschikbaar van in totaal 1,2 miljoen euro en voor 2025 en 2026 is jaarlijks een bedrag beschikbaar van 1 miljoen euro;
- verschillende opties gepresenteerd voor een locatie waar medewerkers met een dienst voor de Gezamenlijke Meldrespons gaan werken.

Evalueren en ontwikkelen
Tweemaandelijks evalueren de leidinggevenden van SPA en Vangnet hoe de samenwerking verloopt en worden ook de cijfers (Monitor Acute Crisisketen) en de bedrijfsvoering besproken en waar nodig bijgestuurd.

Meer inzicht in het meldingenpatroon en de afhandeling
Vanaf de start van de nieuwe werkwijze met de Gezamenlijke Meldrespons moet een onderzoek meelopen voor een nadere analyse van de meldingen, zodat beter inzichtelijk wordt welke instanties melden en wat voor meldingen er binnenkomen en gerichter ingezet kan worden.

94 Deze versie van het verbetervoorstel is op 17 april 2023 voorgelegd aan, en geaccordeerd door het BO GGz.
95 Dit is de voorlopige werktitel. Als het BO GGZ instemt met dit voorstel wordt dit voorstel met de professionals van de werkvloer verder uitgewerkt.
96 In de nieuwe urgentie indeling die ingevoerd gaat worden bij de ambulance zal het onderscheid worden gemaakt tussen levensbedreigende acute zorg en niet levensbedreigende acute zorg.
97 Er wordt op basis van de Monitor Acute Crisisketen nog gewerkt aan een beter inzicht in de aantallen.
98 De E33-meldingen zijn hier geen goede indicator voor het aantal te verwachten meldingen. Door in de nieuwe werkwijze de meldingen goed te monitoren, ontstaat ook een beter zicht op wat de E33-meldingen feitelijk inhouden en kan daar beter op gestuurd worden.

Bijlage 1 – verbetervoorstel Meldrespons: Beeldverslag werksessie 4 over Eén meldpunt

Bijlage 2 – Beeldverslag: cliëntvertegenwoordigers aan het woord

Bijlage 6: Verbetervoorstel Samen Leren[99]

Samen leren
-Leren van, met en over elkaar-

Wat willen we bereiken?
Interprofessioneel leren tussen zorg, veiligheid en het sociaal domein voor een (aan)sluitende, doelmatige en mensgerichte benadering voor én met mensen met onbegrepen gedrag.

Door te leren van, met en over elkaar ontstaat een voedingsbodem voor kennis, nieuwe inzichten, bewustwording, begrip en (innovatieve) gezamenlijke oplossingen voor bestaande en toekomstige verbeterpunten.

'Het onbegrip over wat je wel en niet van elkaar kunt verwachten, klotst tegen de plinten. Er is niet tegen op te overleggen.'

– Medewerker politie over werk in de cellencomplexen –

Waarom willen we dit bereiken?

Inzichten opgedaan tijdens interviews en werksessies
Hoewel processen binnen het samenwerkingsverband in de basis goed lijken ingericht, geven zowel professionals als ervaringsdeskundigen aan dat er in de praktijk onduidelijkheden zijn over rollen en verantwoordelijkheden. Er is een gebrek aan kennis van- en begrip voor elkaar, en nieuwe inzichten en afspraken bereiken niet altijd alle betrokken medewerkers. Dit zorgt onder andere voor frustraties, onnodig escalerend handelen, te lang wachten tijdens momenten van crisis, verkeerde 'doorverwijzingen', en meldingen die geen opvolging krijgen waar dit achteraf bezien wel nodig was.

'Ik leef voortdurend in angst dat mijn dochter iets overkomt als gevolg van het handelen van de politie.'

– Moeder van een dochter met een psychose gevoeligheid —

'Zorgprofessionals lijken zich onvoldoende te beseffen dat onze aanwezigheid als escalerend gezien kan worden.'

– Medewerker politie –

'De politie lijkt onvoldoende welwillend om mee te gaan wanneer er zorgen zijn over veiligheidsrisico's.'

– Medewerker Vangnet –

Ook wordt aangegeven dat de afstand tussen de systeem- en leefwereld te groot is. Vertegenwoordigers van cliënten en naasten ervaren stigmatisering, een soms agressieve bejegening, een gebrek aan geduld en ook aan communicatie. Er wordt te veel *over* de betrokkene gesproken, in plaats van *met*. Deze signalen werden tijdens werksessie 1 herkend door professionals. Zij gaven aan dat dit onder andere kan voortkomen uit angst voor de doelgroep, het vermoeid zijn van vaak terugkerende problematiek, het niet verantwoordelijk voelen voor de doelgroep, en de ervaring dat het veel tijd en frustratie kost om op meldingen van onbegrepen gedrag te reageren.

‘Als mij was uitgelegd waarom ik handboeien om kreeg en waarom ik zo lang moest wachten, was de ervaring minder traumatiserend geweest.’

– Ervaringsdeskundige –

‘Het doel van dit project zou minder escalatie en minder agressie moeten zijn.’

– Ervaringsdeskundige –

Het is duidelijk dat er kansen zijn om te komen tot een structurele verbetering van de omstandigheden voor zowel de mensen met onbegrepen gedrag, de betrokken naasten als de betrokken professionals. (Samenwerkings) afspraken en procesoptimalisaties kunnen hieraan bijdragen, onder andere om te realiseren dat de juiste mensen op de juiste plek zijn wanneer een melding wordt gemaakt van onbegrepen gedrag. Tijdens het project zijn we echter ook tot de conclusie gekomen dat dit niet voldoende is. Sterker nog, het is onmogelijk om alle situaties af te vangen in procedures. De ervaring binnen het samenwerkingsverband leert dat als we dit proberen te doen, dit een tegengesteld effect kan hebben en juist kan bijdragen aan onduidelijkheid omdat we het overzicht aan procedures kwijtraken en aanpassingen in de loop van de tijd ertoe leiden tot processen niet meer op elkaar aansluiten.

‘De huidige meldkamer processen en stroomschema’s zijn te omslachtig en sluiten niet goed meer op elkaar aan.’

– Groep 2, werksessie 1 –

Een (aan)sluitende, doelmatige en mensgerichte benadering voor personen met onbegrepen gedrag vraagt volgens de projectdeelnemers daarom naast overzichtelijke processen en afspraken, om een dynamisch samenwerkingsverband waarin de systeemwereld en leefwereld nader tot elkaar komen. Daarmee bedoelen we een samenwerking die in staat is om mee te bewegen met maatschappelijke, politieke, demografische en organisatorische ontwikkelingen, en waarin betrokkenen met, van en over elkaar leren. Zowel inhoudelijk en taakgericht, bijvoorbeeld over een werkproces of over een mensgerichte benadering van personen met onbegrepen gedrag, als meer overstijgend zoals gezamenlijke evaluatie van complexe casuïstiek of begrip voor elkaars situatie. Zodat professionals situaties niet uitsluitend vanuit een eigen referentiekader (leren) bekijken, maar ook vanuit het referentiekader van de directe betrokken samenwerkingspartners, mensen met onbegrepen gedrag, en hun naasten.

‘De voorgestelde verbeteringen voor de inrichting van de meldrespons, werken alleen als we elkaar (kunnen) vertrouwen.’

– Medewerker SPA –

Wat zegt de literatuur?
Prof. dr. R. de Vos - hoogleraar onderwijs en opleiden met specialisatie interprofessioneel samenwerken, bij het Amsterdam UMC - geeft aan dat de knelpunten die in dit project zijn opgehaald veel overeenkomsten hebben met uitdagingen binnen het medisch domein.
Ook sec binnen de gezondheidszorg:
Werken verschillende teams in verschillende samenstellingen samen voor goede zorg en ondersteuning voor de cliënt. Deze professionals werken en zijn opgeleid in eigen ‘silo’s’.
Hebben knelpunten in de samenwerkingsverbanden raakvlakken met specifieke professies. Maar gaan ze ook over de scheidslijnen van de taken van professies heen.
Worden over deze scheidslijnen discussies gevoerd. In het bijzonder omdat je elkaar niet kent en niet weet wat de ander kan bijdragen.

De Vos stelt dat het nodig is om de referentiekaders van de ander te leren en te begrijpen om te komen tot integrale oplossingen.

Binnen het medisch domein wordt al jarenlang veel tijd en aandacht besteed aan interprofessioneel samenwerken en – leren. Om redenen waar binnen dit project door de deelnemers ook veel behoefte aan is geuit. Denk aan het verbeteren van onderlinge communicatie,

meer kennis en erkenning van elkaars expertise, het oplossen van onderlinge spanningen en frustraties, het omgaan met complexe casuïstiek die de capaciteit van 1 professie overstijgt en daarmee overall het verbeteren van de kwaliteit van ondersteuning en zorg.[100] Hoewel de samenwerking tussen de verschillende partners uit het veiligheids- en zorgdomein voor dit project een andere context en dynamiek kent, kunnen we toch ook een hoop leren van de ontwikkelingen op interprofessioneel leren in de zorg. Bijvoorbeeld van de ervaringen en de gestandaardiseerde gesprekmodellen ontwikkeld voor casuïstisch overleg. Of van werkvormen ontwikkeld voor interprofessioneel opleiden.[101]

1.2 Voorbeelden uit de praktijk

Een duale focus op zowel samenwerken als de juiste benadering van mensen met onbegrepen gedrag is in de Nederlandse context niet onbekend. Zo richt het nieuwe handboek[102] en de onderwijsmodule in de basisopleiding van de politie, ontwikkeld door Bauke Koekkoek, zich zowel op praktische handvatten in de-escalerend optreden als het kunnen inschakelen van gepaste zorg.

In de veiligheidsregio Noord-Holland-Noord volgen politiemensen momenteel samen met collega's uit de GGZ een training door middel van het bespreken van concrete casussen. Net als in Friesland, waar een gezamenlijke training is opgezet tussen de politie en GGZ waarin theorie, elkaars werk, en het delen van ervaringen en casuïstiek aan bod kwam.

Dichterbij huis heeft Arkin een uitgebreid aanbod, waaronder voorlichting aan politie, en meeloop momenten bij de SPA voor medewerkers van de politie, ambulance en GGD. Ook heeft Arkin in samenwerking met Team ED en Vangnet & advies, voor beroepskrachten en vrijwilligers die in hun werk te maken krijgen met mensen met onbegrepen gedrag, workshops georganiseerd over 'omgaan met verward gedrag' & voorlichting zorgmeldingen in de wijk. GGZ in de Wijk, een samenwerkingsverband tussen Gemeente Amsterdam, GGZinGeest, Arkin, Team ED, Dynamo en Combiwel, hebben enkele bouwstenen trainingen aan politie in Osdorp en in Zuid gegeven. Net als bij de workshops van het project Gezicht Zorgzame Buurt en workshops voor ambulance personeel, georganiseerd door Cliëntenbelang Amsterdam, werden deze trainingen mede door ervaringsdeskundigen gegeven. De Virtual Reality-workshop 'de Verwarde Man' is volledig door een ervaringsdeskundige, Jeroen Zwaal, ontwikkeld. In deze workshop ervaren de deelnemers op interactieve manier Jeroens psychose, waarna deelnemers met elkaar in gesprek gaan over dit complexe thema.

Hoe kunnen we Samen Leren (verder) vormgeven?

'Focus op de ontmoeting, daar valt uiteindelijk nog de meeste winst te behalen. Zowel tussen hulpverleners onderling, maar ook tussen hulpverleners en ervaringsdeskundigen.'

– Ervaringsdeskundig trainer –

'Meldkamer centralisten zouden eigenlijk kennis met elkaar moeten maken en wederzijds onderwijs moeten volgen. Dit is al eerder besproken, maar er nog niet van gekomen.'

– Medewerker Ambulancedienst –

'Er lijkt behoefte aan beter samenwerken en vinden van elkaar. Medewerkers zouden moeten begrijpen wat wel en niet binnen de mogelijkheden van de ander ligt.

Daarnaast zou het helpen als alle collega's betere handvatten hebben hoe te reageren in situaties met onbegrepen gedrag, en zich bewust zijn van stigma's.'

– Conclusie werksessie 2B –

Uitgangspunten voor een programma Samen Leren

>> Tijdens de werksessies en gesprekken hebben de projectdeelnemers vier behoeften uitgesproken voor Samen Leren. Deze behoeften vormen de inhoudelijke uitgangspunten voor een interprofessioneel trainingsprogramma dat voortbouwt op het bestaande trainingsaanbod in regio Amsterdam-Amstelland. Het gaat om:

- Begrijpen wat de ander doet en waarom
- Ontmoeting en dialoog
- Leren van casuïstiek
- Het krijgen van handvatten hoe om te gaan met onbegrepen gedrag[103]

Daarbij zal het cliëntperspectief een belangrijke plek krijgen in het programma, door ervaringsdeskundigen en mensen met ervaringskennis de rol te geven van mede-ontwikkelaar, -trainer, begeleider en deelnemer.[104]

>> Zowel bestuurders als projectdeelnemers geven aan het belangrijk te vinden dat Samen Leren door de samenwerkingspartners wordt vormgegeven en georganiseerd. Enerzijds omdat alle benodigde inhoudelijke en onderwijskundige expertise aanwezig is binnen het samenwerkingsverband, anderzijds om te borgen dat het programma praktisch haalbaar is en goed aansluit bij- en voortbouwt op reeds bestaande trainingen en overleggen. Daarnaast kan het gezamenlijk invulling geven aan een interprofessioneel trainingsprogramma indirect bijdragen aan het versterken van de samenwerking tussen de verschillende partners.

>> Volgens het principe van lerende wijs werken, zal het programma starten op kleine schaal waarbij het aanbod in een tijdspad van 4 jaar periodiek wordt geëvalueerd en uitgebreid. Vanwege het belang van duurzame verbeteringen ('je kan het maar 1 keer goed doen') en omdat we willen voorkomen dat wat de professionals leren, niet verloren gaat, zal het raamwerk van het programma een stevige basis hebben. Dat betekent dat vanaf de start van de opdracht voor het programma Samen Leren veel aandacht uit zal gaan naar de bestuurlijke afhechting, de organisatorische inrichting en naar monitoring en evaluatie.

Opzet van het programma

Het programma Samen Leren zal bestaan uit vier, elkaar versterkende, onderdelen:

- Een online basistraining,
ontwikkelt om laagdrempelig, een grote hoeveelheid professionals inzicht te geven in de werkprocessen, omstandigheden en (on) mogelijkheden van de samenwerkingspartners.

- Een face-to-face training,
over vooroordelen en hoe te handelen bij onbegrepen gedrag. Deze training is kleinschalig, en gericht op ontmoeting en verdieping. De training wordt in instantie aangeboden aan professionals wiens vooropleiding en kerntaken niet gericht zijn op de omgang met mensen met onbegrepen gedrag, en wordt bij voorkeur gegeven door ervaringsdeskundigen en zorgprofessionals van de GGD en GGZ. Afhankelijk van de behoeften kan in de loop van de tijd het accent van de training verschuiven naar interprofessioneel samenwerken.

- Intervisie op basis van casuïstiek,
om integraal leren van complexe casussen te faciliteren en te bevorderen, met oog op het verbeteren van de interprofessionele samenwerking. De intervisie zal enkele keren per jaar plaats vinden in thematische overlegcirkels. De thema's van deze cirkels sluiten aan bij actuele vraagstukken en signalen met betrekking tot personen met onbegrepen gedrag, en bij de inrichting van de (stedelijke) overlegstructuur. Periodiek wordt bepaald welke themacirkels nodig zijn, hoe deze cirkels zich verhouden tot reeds bestaande overleggen en welke deelnemers gewenst zijn. Naast de samenwerkingspartners en cliëntvertegenwoordigers, kunnen dit bijvoorbeeld ook de betrokkene zelf, woningcoöperaties, huisartsen of buurtteammedewerkers zijn.

- Een vraaggestuurd aanbod,
voor professionals met specifieke behoeften en wensen. Het lokale aanbod van trainingen over de benadering, zorg en samenwerking voor mensen met onbegrepen gedrag, is verspreid en niet voor iedereen even zichtbaar. Hierdoor lopen we kans dat we steeds weer opnieuw het wiel gaan uitvinden. Nieuwe aanvragen blijken op dit moment soms

lastig uitvoerbaar vanwege capaciteit en het opnieuw moeten opleiden van trainers voor slechts één enkele training in verband met personele wisselingen. Ook weten we door de knelpunten-inventarisatie van dit project dat er specifieke professionaliseringsbehoeften zijn die geen doorgang hebben gekregen. Met een, duidelijk zichtbaar, gecentraliseerd loket voor professionaliseringsaanvragen, zouden we door de schaalgrootte en het bundelen van expertise efficiënter en effectiever professionals moeten kunnen ondersteunen met hun professionaliseringsbehoeften.

Ter illustratie zijn in bijlage 1 tot en met 4 de vier onderdelen van het programma nader uitgewerkt in een aantal voorbeelden.

Organisatie

Het BO GGZ is opdrachtgever voor het programma Samen Leren. De uitvoering van het programma wordt gedaan door een werkgroep bestaande uit een medewerker van de GGD, SPA, Politie, Ambulance, Cliëntenbelang Amsterdam en een ervaringsdeskundige.
Deze werkgroep is verantwoordelijk voor:

- het (laten) ontwikkelen, organiseren, evalueren en bijstellen van het programma-aanbod.
- de communicatie en zichtbaarheid van het programma.
- de werving van deelnemers.
- de werving, selectie en begeleiding van trainers.
- budgetmonitoring en -bewaking.
- (laten) monitoren van leerresultaten/inzichten, en vervolg (laten) geven aan de rode draden van deze leerresultaten/inzichten.
- Inhoudelijke afstemming met de Regionale Kenniswerkplaats Onbegrepen gedrag.

De werkgroepleden leggen periodiek verantwoording af aan het BO GGZ en geven advies over bestuurlijke bijsturing van het programma indien nodig. Eén persoon binnen de werkgroep is benoemd tot coördinator.

Looptijd, fasering en financiering

Het programma kent een looptijd van 4 jaar. Het eerste jaar richt zich op het neerzetten van een stevige basis om Samen Leren (verder) vorm te geven en het opdoen van ervaringen op kleine schaal. In de drie volgende jaren ligt de focus op een programma-aanbod dat de juiste professionals bereikt, dat in staat is zich aan te passen aan actualiteiten, dat rode draden van nieuwe, gezamenlijk opgedane inzichten binnen het samenwerkingsverband belegd waar nodig, en dat na afloop van de programmafinanciering structureel wordt voortgezet.[105]

We adviseren om voor het eerste programma-jaar een startsubsidie bij het ZonMw actieprogramma Grip op Onbegrip aan te vragen. In dit jaar zouden de volgende activiteiten kunnen worden ondernomen:

- Het inrichten van de programma-organisatie, waaronder de inrichting van een uitvoerende werkgroep, de verantwoording en de besluitvorming.
- Het inventariseren van:
  - het lokale trainingsaanbod
  - de voorzieningen en de expertise bij samenwerkingspartners
  - relevante overleggen waar casuïstiek wordt besproken
  - gebruikte en geschikte communicatiekanalen per samenwerkingspartner voor communicatie over Samen Leren
- Het ontwikkelen van een online training en een kleinschalige face-to-face training, en deze op kleine schaal uitvoeren en evalueren. Waar mogelijk wordt gebruik gemaakt van materialen die al aanwezig zijn.
- Inventariseren en besluiten welke onderwerpen geschikt zijn voor thema cirkels voor intervisie op basis van casuïstiek. In deze besluitvorming wordt meegewogen hoe de themacirkels zich verhouden tot relevante overleggen waar al casuïstiek wordt besproken.
- Minimaal 1 themacirkel oprichten, en binnen deze cirkel een (voorlopige) keuze maken voor een gespreksmethodiek voor casuïstisch leren, en hier ervaring mee op doen.
- De monitoring en evaluatie van het programma vormgeven.

(Omdat het vraaggestuurde aanbod additioneel is op de online training, de kleinschalige face-to-face trainingen en de intervisie op basis van casuïstiek, adviseren we om de inrichting van het vraaggestuurde aanbod uit te stellen tot jaar 2 van het programma).

Randvoorwaarden voor een programma Samen Leren

- Bestuurlijk commitment en opdrachtgeverschap voor interprofessioneel leren.
- Tijd, voor zowel de organiserende medewerkers als de medewerkers die deelnemen aan de trainingen/intervisie.
- Financiering.

99 Deze versie van het verbetervoorstel is op 17 april 2023 voorgelegd aan-, en geaccordeerd door het BO GGz.

100 Tsakitzidis, G., Royen, P. van (2015). Leren interprofessioneel samenwerken in de gezondheidszorg. Berchem: De Boeck.

101 Zie bijvoorbeeld: Federatie Medisch Specialisten (2023). Werkvormen interprofessioneel opleiden in de zorg

102 Koekkoek, B. (2022). Omgaan met onbegrepen gedrag. Handboek voor het basisteam en het basis politieonderwijs. SDU.

103 Inclusief aandacht voor de diversiteit van de doelgroep, culturele verschillen en voor relationele afstemming.

104 Cliëntvertegenwoordigers benadrukken het belang van een redelijke beloning die in verhouding staat tot de gevraagde inspanning en expertise.

105 Voor de financiering van het programma Samen Leren kunnen we een subsidieaanvraag van maximaal 4 jaar indienen voor het ZonMw actieprogramma Grip op Onbegrip. In haar kamerbrief van 15 december 2022 heeft het Ministerie van Justitie en Veiligheid aangekondigd dat zij zich de komende tijd beraadt op de wijze waarop initiatieven na afloop van het actieprogramma structureel worden gefinancierd. Deze ontwikkeling zal mede richting geven aan de mogelijkheden om Samen Leren structureel vorm te geven.

Bijlage 1 – Samen Leren. Voorbeeld online basistraining

1. Online basistraining	
Leerdoelen:	De deelnemer heeft na afloop van de training – inzicht in de werkprocessen van de samenwerkingspartners – begrip van de (on)mogelijkheden van de samenwerkingspartners
Doelgroep:	Medewerkers van de samenwerkingspartners. In eerste instantie zij die zo dicht mogelijk bij de uitvoering staan. Later kan de training ook worden uitgebreid naar andere relevante partners, bijvoorbeeld Handhaving of medewerkers van de buurtteams of het OM.
Duur:	Afhankelijk van de nog te nemen keuze of de basistraining individueel online wordt gevolgd of in groepsverband (in laatste geval is interactie tussen deelnemers mogelijk). Richtlijn: 1,5-2 uur
Trainers:	In geval van een online groepstraining: minimaal 2 vaste trainers (i.h.k.v. continuïteit), in samenwerking met een online moderator en een of meerdere ervaringsdeskundigen gespecialiseerd in het geven van trainingen.
Opzet:	In de online training wordt door middel van video's specifieke stappen in het samenwerkingsproces weergegeven. De video's maken inzichtelijk onder welke omstandigheden de professionals werken en welke factoren meespelen in het nemen van beslissingen. Zowel eenduidige - als complexe casuïstiek komen aan bod. In de training wordt zoveel mogelijk gebruik gemaakt van activerende werkvormen, om de deelnemers actief te laten deelnemen en reflecteren. Denk bijvoorbeeld aan het gebruik van digitale vragen, breakout rooms en/of de mogelijkheid tot het stellen van vragen aan elkaar. Deelnemers krijgen een beknopt naslagwerk nagestuurd met daarin de hoofdlijnen van de training samengevat.
Aantal:	Maximaal 150 deelnemers per training
Frequentie:	Afhankelijk van de nog te nemen keuze of de basistraining individueel wordt gevolgd of in groepsverband.
Do's:	– Gebruik maken van middelen die al aanwezig zijn, zoals content van trainingen die al gegeven worden, de webinar studio en de software van de Ambulancedienst Amsterdam – Verwachtingsmanagement voor aanvang van training – Trainingen evalueren met deelnemers én trainers – Deelnemers stimuleren om als ambassadeurs de opgedane inzichten te delen met collega's – Verbetervoorstellen en knelpunten die tijdens de training aan bod komen adresseren in het samenwerkingsverband

Bijlage 2 – Samen Leren. Voorbeeld face-to-face training

2. Face-to-face training over vooroordelen en omgaan met onbegrepen gedrag	
Leerdoelen:	De deelnemer – is zich bewust van vooroordelen, en wat de impact van deze vooroordelen is op de uitvoering van zijn/haar werk en de cliënt – heeft (meer) inzicht in het perspectief van cliënten – heeft kennis van praktische handvatten m.b.t. omgaan met onbegrepen gedrag
Doelgroep:	Medewerkers van de samenwerkingspartners. In eerste instantie zij die zo dicht mogelijk bij de uitvoering staan, en wiens vooropleiding en kerntaken niet gericht zijn op de omgang met mensen die onbegrepen gedrag vertonen. Dus bijvoorbeeld politie (bij voorkeur OpCo's, gekoppeld aan een collega met affiniteit met het onderwerp), ambulance medewerkers, en meldkamercentralisten. Later kan de training worden uitgebreid naar andere relevante partners, bijvoorbeeld Handhaving of medewerkers binnen het sociaal domein, woningcoöperaties of het OM.
Duur:	2,5 uur
Trainers:	Minimaal 2 trainers (i.h.k.v. continuïteit), bij voorkeur zorgprofessionals van de GGD en GGZ, in samenwerking met een of meerdere ervaringsdeskundigen gespecialiseerd in het geven van trainingen.
Opzet:	Korte toelichting aanleiding voor de training Ervaringsverhaal van ervaringsdeskundige, gevolgd door een gesprek met de deelnemers Hoe werken we in Amsterdam? (kort overzicht proces en wie doet wat) Praktische handvatten omgaan met onbegrepen gedrag Uitwisseling tussen deelnemers op basis van discussievragen/ stellingen/ ervaringen, met reflecties van ervaringsdeskundige(n). In de training ligt het accent op ontmoeting en dialoog
Aantal:	12 deelnemers per training, zoveel mogelijk evenredig verdeeld over de samenwerkingspartners. Bij voorkeur minimaal 2 medewerkers per samenwerkingspartner.
Frequentie:	In eerste instantie 3 keer per jaar
Do's:	– Verwachtingsmanagement voor aanvang van training – Gebruik maken van trainingen die al zijn gegeven – Aandacht voor vooroordelen, de diversiteit van de doelgroep, culturele verschillen, relationele afstemming, de impact van taal, de crisiskaart en het naastenperspectief – Niet alleen leren van wat er fout gaat, maar (juist!) ook van wat goed gaat – Trainingen evalueren met deelnemers én trainers – Deelnemers stimuleren om als ambassadeurs de opgedane inzichten te delen met collega's – Verbetervoorstellen en knelpunten die tijdens de training aan bod komen adresseren in samenwerkingsverband Advies van ervaringsdeskundige: inspirerende trainingslocatie, dichtbij de doelgroep. Bijvoorbeeld een inloopvoorziening.
Best practices	Project gezicht zorgzame buurt – Cliëntenbelang Amsterdam Politiehandboek voor onbegrepen gedrag – Bauke Koekkoek Bouwstenentraining voor Politie – GGZ in de Wijk / TeamED VR ervaring De Verwarde Man – Jeroen Zwaal

Bijlage 3 – Samen Leren. Voorbeeld casuïstisch leren

3. Casuïstisch leren voor uitvoerende- en beleidsprofessionals	
Leerdoelen:	– Samen leren van complexe casuïstiek die de capaciteit van 1 professie overstijgt
Doelgroep:	Het thema (onderwerp) is bepalend voor de beslissing welke samenwerkingspartner, en in welke functie, bij de intervisie aanwezig is.
Duur:	2-3 uur
Begeleider:	In verband met continuïteit, minimaal twee vaste intervisiebegeleiders die sturen op het proces (focus houden op het doel van de bijeenkomst, zorgen dat iedereen aan het woord komt, zorg dragen voor een open en veilige sfeer)
Opzet:	In nog te bepalen thema cirkels, wordt tijdens intervisiebijeenkomsten casuïstiek m.b.t. onbegrepen gedrag behandeld. De scope is daarbij niet beperkt tot mensen met acute-problematiek. Mogelijke onderwerpen kunnen zijn: mensen met complexe niet-acute problematiek die steeds weer in beeld komen, of bijvoorbeeld specifieke doelgroepen zoals mensen met verslavingsproblematiek, met een licht verstandelijke beperking of dementie, kwetsbare (jonge) statushouders, dakloze EU-burgers of ongedocumenteerden. Voor de bijeenkomsten zal een gestandaardiseerd gespreksmodel worden gebruikt.
Aantal:	Per intervisie bij voorkeur minimaal 5 en maximaal 8 deelnemers. Het is belangrijk dat bij de intervisie alle belangrijke vertegenwoordigers aan tafel zitten. Waaronder de cliënt zelf, of een cliëntvertegenwoordiger.
Frequentie:	Afhankelijk van het onderwerp en de behoefte van de betrokkenen. Richtlijn: 2 tot 3 keer per jaar per thema cirkel.
Do's:	– Communicatie over het bestaan van de thema cirkels, zodat iedere professional (ook vertegenwoordigers van cliënten, zoals CBA en cliëntraden) relevante casuïstiek kan aandragen – De deelnemers aan de thema cirkels bepalen zelf hoe vaak en op welke manier ze bijeenkomen – Evaluatie van intervisiebijeenkomsten met deelnemers en begeleiders – Verbetervoorstellen en knelpunten in de samenwerking die tijdens de intervisie aan bod komen, adresseren binnen het samenwerkingsverband
Best Practices	Binnen de gezondheidszorg en het medisch onderwijs is veel ervaring opgedaan met gestandaardiseerde gespreksmodellen.

Bijlage 4. – Samen Leren. Voorbeeld vraaggestuurd aanbod

4. Vraaggestuurd aanbod	
Onderwerp:	Thematische onderwerpen, aangedragen door medewerkers van de samenwerkingspartners.
Doelgroep:	Onderwerp afhankelijk. In ieder geval uitvoerende medewerkers van één of meer van de samenwerkingspartners.
Trainers of begeleiders:	Onderwerp afhankelijk
Inhoud:	Voorbeelden die tijdens het project aan bod zijn gekomen: – Coaching on the job, bijvoorbeeld door een ervaringsdeskundige – Dagdeel meelopen bij een samenwerkingspartner ('gluren bij de buren') – Moreel beraad over bijvoorbeeld wel of niet toepassen strafrecht, of over informatie-uitwisseling
Aantal:	Zoveel als haalbaar binnen begrootte capaciteit/tijd, richtlijn is 5 verzoeken in het eerste jaar dat het vraaggestuurd aanbod wordt aangeboden
Do's:	– Werken aan zichtbaarheid binnen de organisaties – Behoeften inventariseren tijdens evaluatie van trainingen, en tijdens intervisie/casuïstiekbesprekingen – Evalueren en bijsturen – Deelnemers stimuleren om als ambassadeurs de opgedane inzichten te delen met collega's – Verbetervoorstellen en knelpunten die tijdens de training/coaching aan bod komen adresseren in samenwerkingsverband