



Procesevaluatie van de aanpak Psychiatrische Patiënten, Potentieel Gevaar (3PG)

Auteur(s) Menno Segeren en Natalie Runtuwene
GGD Amsterdam, afdeling Epidemiologie, Gezondheidsbevordering en Zorginnovatie

Inhoud

1 Aanleiding aanpak 3PG	3
2 Doel en uitvoering van deze evaluatie	4
3 Beoogde doelgroep en instroomcriteria	5
4 Huidige werkwijze	6
5 Juridische aspecten	9
6 Kenmerken geïncludeerde casussen	12
7 Casuïstiek	15
8 Visie betrokken partijen	17
9 Opbrengsten en knelpunten	21
Bijlage 1: Aanmeldformulier	23
Bijlage 2: Instrument voor weging dreigend gevaar	27

1 Aanleiding aanpak 3PG

In Nederland komen in toenemende mate incidenten voor rondom de doelgroep van personen met verward gedrag. Slechts een klein deel van deze incidenten betreft personen die daadwerkelijk gevaarlijk zijn. De Commissie Hoekstra publiceerde in 2015 de uitkomsten van het onderzoek naar de zaak rondom de persoon die veroordeeld werd voor de moord op oud-minister Borst. Dit dossier riep namelijk vragen op over de voorgeschiedenis van deze man, in het bijzonder over de manier waarop met eerdere signalen over gevaar was omgegaan. Het rapport speelde een belangrijke rol bij de start van een maatschappelijk debat over 'verwarde personen' en de lancering van het landelijke 'Schakelteam verwarde personen'. Een paar belangrijke knelpunten die de commissie Hoekstra constateerde waren:

- Er is sprake van handelingsverlegenheid in bepaalde psychosociale crisissituaties;
- Mensen met meervoudige problematiek (al dan niet 'verward') hebben te maken met discontinuïteit en fragmentatie in de zorg.

Nadien werd iedere Nederlandse gemeente geacht te beschikken over een sluitende werkwijze die de problematiek rondom deze doelgroep moet verkleinen. In Amsterdam is, op initiatief van de voormalig voorzitter van het College van Procureurs-Generaal en de voormalig wethouder zorg, de ontwikkeling en uitvoering van een specifieke 'aanpak' daarom ondergebracht bij de GGD Amsterdam. Deze aanpak, ingebed in de bredere ontwikkeling van de lokale sluitende aanpak van personen met verward en/of onbegrepen gedrag, richt zich op een kleine doelgroep van personen met verward gedrag die potentieel gewelddadig/gevaarlijk zijn. Het gevaar van deze personen omvat veiligheidsrisico's voor zowel henzelf als (mensen in) hun omgeving die dermate serieus zijn dat sprake is van een directe dreiging van incidenten met een grote maatschappelijke impact.

De persoonsgerichte aanpak Psychiatrische Patiënten, Potentieel Gevaar (3PG) richt zich op mensen (patiënten) die nog geen harde strafbare feiten hebben gepleegd maar van wie wel een concrete dreiging uitgaat. Het doel van een traject na inclusie in deze aanpak is het terugdringen of verminderen van gevaar of dreiging voor personen uit de doelgroep en hun omgeving alsmede het beperken van maatschappelijke impact van incidenten die door personen uit deze doelgroep worden veroorzaakt.

Het bestaansrecht van de aanpak voert terug op de constatering dat juist het ontbreken van een adequaat zorgkader, of het dreigend wegvallen hiervan als gevolg van discontinuïteit/fragmentatie van zorg, gepaard gaat met een verhoogd veiligheidsrisico waardoor interventie nodig wordt geacht. Tegelijkertijd ontbreekt het aan mogelijkheden voor interventie omdat (nog) geen sprake is van strafbare feiten, of feiten die duiden op een ernstig nadeel voor de persoon of diens omgeving, op grond waarvan een maatregel in het kader van de wet verplichte ggz (WvGGZ), zoals een inbewaringstelling (IBS) of rechterlijke machtiging (RM) kan worden opgelegd. Het gaat in de aanpak 3PG dus om het bieden van een handelingskader in die gevallen waar een BOPZ maatregel (nog) niet aan de orde is maar waar wel sprake is van een evidente dreiging van gevaar.

Zo'n aanpak kent veel dilemma's en conflicterende belangen, waarbij steeds een zorgvuldige afweging nodig is van aspecten zoals privacy, het medisch beroepsgeheim en het recht (en de overheidsverplichting) op veiligheid. Deze procesevaluatie van de aanpak 3PG beschrijft daarom de totstandkoming van de werkwijze van de 3PG waarbij rekening is gehouden met bovengenoemde zaken en het uitgangspunt dat een dergelijke aanpak nodig is en het zorgdomein en het veiligheidsdomein een gezamenlijke verantwoordelijkheid hebben om incidenten met potentiële grote maatschappelijke impact te voorkomen.

2 Doel en uitvoering van deze evaluatie

De procesevaluatie heeft als doel om inzicht te geven in de totstandkoming van de huidige werkwijze en uitvoering van de persoonsgerichte aanpak Psychiatrische Patiënten, Potentieel Gevaar (3PG). Daarbij wordt tevens ingegaan op zowel succesfactoren als huidige knelpunten bij de huidige werkwijze.

De doelstelling van het onderzoek vertaalt zich in de volgende vragen:

- Hoe is de huidige werkwijze in deze aanpak tot stand gekomen? Wat waren de onderliggende keuzes en knelpunten?
- Welke doelgroep wordt met deze aanpak bereikt?
- Welke lessen zijn tot nu toe geleerd?
- Wat zijn kritische randvoorwaarden?
- Welke aanbevelingen kunnen worden geformuleerd voor een effectief vervolg voor deze doelgroep?

Uitvoering evaluatie

Om de 'pilotfase' van de aanpak 3PG te evalueren hebben interviewgesprekken plaatsgevonden met de volgende personen.

- **Initiatiefnemers**
Voormalig voorzitter van het College van Procureurs-Generaal van het Openbaar Ministerie Amsterdam; voormalig wethouder Zorg Amsterdam
- **Ontwikkelaars werkwijze**
Psychiater GGD Amsterdam; Psychiater Arkin/Inforsa; Beleidsadviseur GGD Amsterdam; Officier van Justitie OM Amsterdam; Recherchepsycholoog Politie eenheid Amsterdam-Amstelland
- **Aanmeldende ketenpartners**
Zorgaanbieders GGZ (Arkin en GGZ inGeest), GGD Amsterdam en Maatschappelijke opvang (HVO-Querido en Leger des Heils); Politie eenheid Amsterdam-Amstelland
- **Leden van de triagecommissie**
Psychiater GGD Amsterdam; Psychiater vertegenwoordiger van de GGZ-ketenpartners
- **Leden van de commissie 3PG (convenantpartners op managementniveau)**
GGZ, GGD, Maatschappelijke Opvang, Politie eenheid Amsterdam-Amstelland, Openbaar Ministerie Amsterdam
- **Juridisch adviseurs**
Juridisch beleidsadviseur van de GGD Amsterdam

Bij de evaluatie is naar zowel de pilot zelf als naar de inbedding en de randvoorwaarden waaronder deze heeft plaatsgevonden gekeken.

3 Beoogde doelgroep en instroomcriteria

De 3PG is in 2016 gestart met een inventarisatie bij instellingen in Amsterdam (o.a. GGZ, MOBW, politie en het OM) rondom patiënten/cliënten die aan het profiel 'potentieel gevaarlijk' voldeden. Het doel hiervan was om voorlopige instroomcriteria te kunnen formuleren. Uit deze inventarisatie kwam het volgende naar voren:

- voor de GGZ ging het name om 'afdeling ontwrichtende' patiënten, die zo moeilijk te hanteren waren en wiens behandeltrouw zo laag was dat de behandelende afdeling overwoog om hen als patiënt uit te schrijven;
- voor de MOBW-aanbieders betrof het hun meest heftige casussen, waaronder de zogenaamde 'carousel bewoners'. Dit is een groep mensen in de MOBW die niet langer dan drie maanden op dezelfde plek te handhaven zijn omdat dat leidt tot conflicten en ruzies met andere bewoners, behandelaars en woonbegeleiders. Deze groep krijgt elke drie maanden een nieuwe plek. Overigens werden ook personen met een persoonlijkheidsstoornis door de MOBW voorgesteld als beoogde doelgroep;
- voor de politie ging het om de groep die verantwoordelijk is voor de zogenaamde E33 meldingen (overlast door verward/overspannen persoon) en voor zogenaamde 'potentieel gevaarlijke eenlingen', bij wie evident sprake is van psychopathologie en fixatie. Onder psychopathologie werden dan alle psychiatrische stoornissen bedoeld, zowel de As 1 stoornissen uit DSM-IV systematiek (bijvoorbeeld psychotische stoornissen) als As 2 stoornissen (waaronder persoonlijkheidsstoornissen). Voor de politie betekent dit dan ook dat zij, net als de MOBW instellingen, ook personen met alleen een As 2 stoornis zouden willen includeren in de 3PG;
- Voor de GGD ging het ook om de notoire moeilijke cliënten van de GGZ, met een gevaarsdreiging, bij wie de behandeling niet goed verloopt door zorgbreuken, zorgconflicten en zorgmijding. Wel werd geconstateerd dat veel van dit soort personen al wel bekend waren, bijvoorbeeld in het kader van een andere persoonsgerichte aanpak van de gemeente, zoals de Top600 Aanpak voor gewelddadige veelplegers en de aanpak 'verwarde verdachten'. Overigens is inclusie in een andere aanpak tevens een contra-indicatie voor inclusie in de 3PG.

Uiteindelijk wordt de doelgroep van de 3PG beschreven aan de hand van de volgende drie inclusiecriteria. Het betreft personen:

- met een psychiatrische stoornis die in de DSM-IV gold als een stoornis op As 1. Dat wil zeggen een klinisch psychiatrische stoornis, met als toevoeging dat patiënten met enkel een verslavingsstoornis niet worden niet geïncludeerd. Daarnaast mag wel sprake zijn van een As 2 stoornis (persoonlijkheidsproblematiek en/of verstandelijke beperking), maar niet als enige diagnose;
- van wie een concrete dreiging of gevaar uitgaat, samenhangend met deze psychiatrische stoornis;
- bij wie sprake is van een (dreigend) zorgtekort vanwege, een moeizaam verloop van hun behandeling, blijkend uit zorgmijding en/of (dreigende) zorgbreuken (discontinuïteit en/of fragmentatie van zorg).

4 Huidige werkwijze

Doelen en doelgroep van de werkwijze

De aanpak 3PG heeft als hoofddoel het terugdringen of verminderen van een langer durend en/of acuut gevaar of dreiging die uitgaat van personen vanwege de combinatie van hun geestelijke gesteldheid (d.w.z. een klinische psychiatrische stoornis As 1 stoornis onder de DSM-IV methodiek) en het niet of moeizaam in zorg zijn. 3PG richt zich daarmee op het voorkomen en beperken van de maatschappelijke impact van incidenten die door gevaarlijke personen met verward gedrag worden veroorzaakt. De werkwijze van 3PG is op deze doelen afgestemd en daarmee primair gericht op het voldoende in zorg krijgen van deze personen om zo het gevaar risico te reduceren. Dit kan ontleed worden tot de volgende subdoelen:

- het aanpakken van (dreigende) discontinuïteit of fragmentatie in de zorg aan deze personen;
- het geleiden van deze personen naar reguliere zorg;
- het verminderen van gevaar;
- het verminderen van problemen die deze personen zelf en/of hun omgeving ervaart/ervaren;
- de kwaliteit van leven van deze personen verbeteren.

Binnen de aanpak werken vanuit hun eigen deskundigheid verschillende partijen samen. De aanpak heeft de volgende ketenpartners:

- Geneeskundige Gezondheidsdienst Amsterdam (GGD)
- De afdeling Onderwijs, Jeugd en Zorg (OJZ) van de gemeente Amsterdam
- De afdeling Werk, Participatie en Inkomen (WPI) van de gemeente Amsterdam
- Politie eenheid Amsterdam-Amstelland
- Openbaar Ministerie Amsterdam
- Arkin
- GGZ InGeest
- De Waag
- Leger des Heils
- HVO Querido
- Volksbond

Alle professionals uit de gemeente Amsterdam en de regiogemeenten Amstelveen, Aalsmeer, Diemen, Ouder-Amstel en Uithoorn kunnen een cliënt aanmelden.

Inclusiecriteria:

Een casus komt in aanmerking voor inclusie indien wordt voldaan aan de volgende inclusiecriteria:

- er is sprake van een psychiatrische hoofddiagnose op as 1;
- er is sprake van een concrete dreiging of gevaar samenhangend met deze psychiatrische stoornis;
- er is sprake van een (dreigend) zorgtekort, bijvoorbeeld als gevolg van zorgbreuk of -mijding.

Exclusiecriteria:

- er is sprake van een As 1 stoornis, echter dit betreft enkel een verslavingsstoornis;
- er is sprake van inclusie in een andere persoonsgerichte aanpak van de gemeente Amsterdam (oa. Top600 Aanpak, verwarde verdachten);
- er is sprake van een actief reclasseringskader.

Na aanmelding wordt een casus in eerste instantie anoniem besproken door de triagecommissie 3PG. Deze commissie bestaat uit psychiaters van de GGD en de GGZ. Zij voeren een triage uit met als doel om vast te stellen of de casuïstiek voldoende aanleiding geeft voor een verdiepende analyse. Deze triage heeft drie mogelijk uitkomsten:

1. Indien een casus niet aan de inclusiecriteria voldoet zal een advies voor afwijzing uitgaan naar de commissie 3PG. Dit advies wordt mondeling toegelicht in de commissievergadering 3PG, alwaar het definitieve besluit over exclusie wordt genomen. De aanmelding wordt in dat geval vernietigd. De aanmelder ontvangt een brief met de reden voor afwijzing en een advies voor een regulier hulpverleningstraject.
2. Indien het op basis van de informatie van de aanmelder onduidelijkheid is of de casus voldoet aan de inclusiecriteria verzoekt de triagecommissie de aanmelder om zelf aanvullende informatie te verzamelen en de casus indien nodig opnieuw aan te melden voor een beoordeling.
3. Wanneer er wel voldoende aanleiding lijkt voor een verdiepende analyse wordt de casus besproken binnen de commissie 3PG. Tijdens deze bespreking wordt de anonimiteit van de casus doorbroken. De commissie 3PG bestaat uit vertegenwoordigers van de GGD, GGZ, OM, Politie en MOBW. Zij besluiten gezamenlijk of de cliënt, zo nodig met spoed, wordt opgenomen in de aanpak 3PG.

Bij een negatief besluit ontvangt de aanmelder een schriftelijke afwijzing met een eventueel inhoudelijk advies. Bij een positief besluit wordt een regisseur van de GGD aan de casus toegewezen. Deze regisseur overlegt eerst met de aanmelder en behandelaar over het moment en de wijze waarop de cliënt wordt geïnformeerd over inclusie in de aanpak. Daarbij geldt dat een cliënt zo spoedig mogelijk geïnformeerd dient te worden over inclusie, hierbij in acht nemend de aard van de diagnose en de fase van de behandeling van de cliënt.

Vervolgens stelt de regisseur, in samenspraak met een psychiater, een 'theoretisch plan van aanpak' op om de cliënt stabiel in zorg te krijgen en het gevaar te reduceren. Dit plan van aanpak wordt gemaakt op basis van de zelfredzaamheidsmatrix (ZRM). De ZRM is een instrument waarmee het algemene functioneren van een persoon op 11 levensdomeinen kan worden beoordeeld. Scores lopen uiteen van acute problematiek tot volledige zelfredzaamheid. De uitkomst van de ZRM bepaald op hoofdlijnen het theoretische plan van aanpak. Aanvullend kan met het OM worden overlegd om een gepaste maatregel opgelegd te krijgen. Dit kan bijvoorbeeld gaan om een maatregel ISD (inrichting voor stelselmatige daders). Om voldoende grond te hebben voor een dergelijke maatregel is het van belang dat vanuit alle organisaties aangifte wordt gedaan over incidenten van bedreiging, belediging en agressie om een dossier op te kunnen bouwen die zo'n maatregel mogelijk maakt.

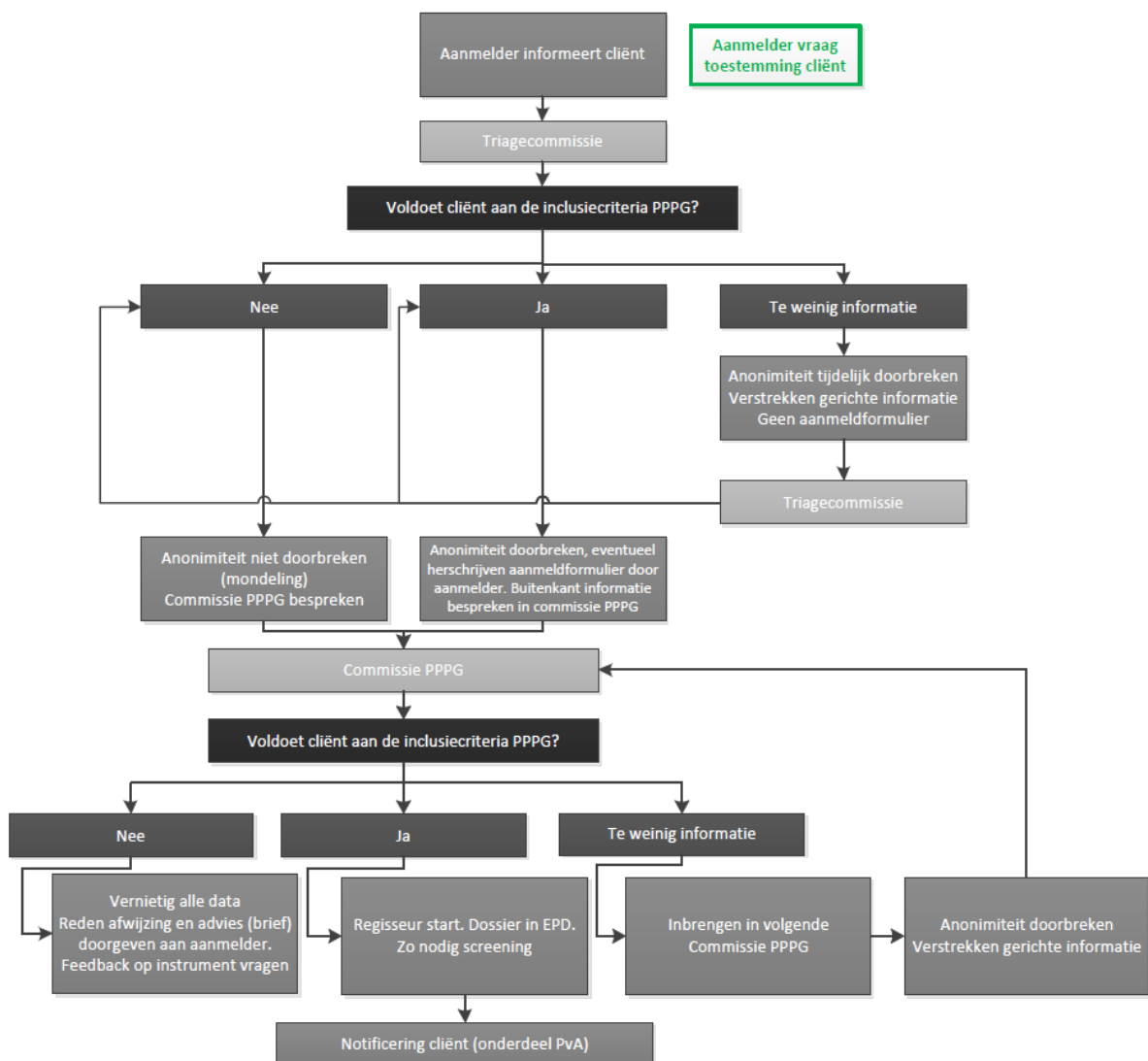
Het aanmeldinstrument

Het feit dat het gaat om situaties van potentieel gevaar impliceert tevens dat een grondige dreigingsanalyse van gevaar essentieel is. Hiertoe is voor 3PG een aanmeldformulier ontwikkeld dat tevens een instrument voor dreigingsanalyse is (zie bijlage). De belangrijkste reden om een nieuw instrument te ontwikkelen specifiek voor deze aanpak is dat veel bestaande risicotaxatie-instrumenten als uitgangspunt hebben dat ofwel gedetailleerde actuele klinische informatie beschikbaar is ofwel dat reeds sprake is van een strafbaar feit (bestaande risicotaxatie instrumenten kijken daarom specifiek naar de kans op herhaling van geweld/gevaar). In het kader van 3PG zijn beide aspecten onzeker.

Het instrument is ontwikkeld door psychiaters van de GGD, Arkin en VUmc, een rechetpsycholoog van de politie eenheid Amsterdam-Amstelland, en een klinisch psycholoog gepromoveerd op risicotaxatie in de forensische klinische praktijk. Speciale aandacht is besteedt om een instrument te ontwikkelen dat ook ingevuld kan worden door professionals zonder klinische expertise.

De werkwijze 3PG is in onderstaande figuur schematisch gevisualiseerd.

Figuur 1: Werkproces persoonsgerichte aanpak Psychiatrische Patiënten, Potentieel Gevaar (3PG)



5 Juridische aspecten

Eerste convenant

De aanpak 3PG heeft vanaf de start in 2016 stroef gelopen. Dit had met name te maken met juridische aspecten omtrent gegevensuitwisseling die een centrale rol speelden en die betrokken professionals onzeker maakten over daadwerkelijke handelingsperspectieven. Er is bij de 3PG noodzakelijkerwijs sprake van gegevensuitwisseling bij het aanmelden van mensen voor inclusie in de aanpak. In essentie ging het in de beginfase van de aanpak om het scheppen van de voorwaarden waaronder behandelaars vanuit de GGZ patiënten konden en wilden aanmelden. Door een jurist van de GGD en een jurist van het onderdeel Onderwijs, Jeugd en Zorg (OJZ) van de gemeente Amsterdam in is een vroegtijdig stadium gekeken naar de grondslag voor de persoonsgerichte aanpak 3PG. Hun conclusie was dat *potentieel* gevaar, in tegenstelling tot een evidente acute gevaarsdreiging, onvoldoende grondslag geeft voor de uitwisseling van gegevens en voor behandelaars om het medische beroepsgeheim te doorbreken.

Voor de aanpak 3PG betekent dit dat, vanwege haar opdracht vanuit het openbaar bestuur, voortdurend naar ruimte moet worden gezocht om te mogen acteren. Destijds is de werkwijze van de aanpak 3PG daarom verder uitgewerkt volgens de principes van bemoeizorg en op basis van de 'Handreiking gegevensuitwisseling bemoeizorg van KNMG'¹. De opsteller van het eerste 'instapconvenant' van de aanpak 3PG was ook betrokken bij het opstellen van het convenant van de Amsterdamse Top600 Aanpak.

Naast de kaders voor gegevensuitwisseling schreef het convenant voor dat er een notificatiebrief moest komen waarmee geïncludeerde patiënten kunnen worden geïnformeerd over hun inclusie, wat dat betekent en op grond waarvan de aanmelder heeft besloten over te gaan tot aanmelding. Een probleem dat zich hierbij voordeed is dat, vanwege juridische aansprakelijkheid, een brief altijd wordt gestuurd vanuit een persoon/organisatie die een rechtspersoon is. Om een notificatiebrief te kunnen overhandigen moest daarom een keuze worden gemaakt welke organisatie de onderliggende rechtspersoon van de aanpak 3PG zou zijn. Dat kon niet de aanpak zelf zijn. Indien de GGD de rechtspersoon zou zijn hield dit in dat een zogenaamde Data Privacy Impact Assessment (DPIA) zou moeten worden uitgevoerd. De uitkomst hiervan was op voorhand al bekend: er was geen wettelijke grondslag voor de 3PG. Een DPIA op dat moment zou opleveren dat de aanpak 3PG geen bestaansrecht heeft (het gaat in feite nog om een 'pilot' zonder structurele financiering). Een directe consequentie van de keuze om een DPIA uit te stellen was dat er vanuit de 3PG geen informatiebrieven en notificatiebrieven konden worden opgesteld. Ook kon geen foldermateriaal worden verspreid om partners op de hoogte brengen van het bestaan en de werkwijze van de aanpak 3PG. Dit betekende dus ook dat de aanpak 3PG niet breed bekend kon worden gemaakt. Aanmelding van casussen hing daarmee af van een beperkt aantal personen, werkzaam bij de kernpartners (OM, politie, GGZ, MO/BW), die wel op de hoogte waren van het bestaan van 3PG.

¹ Nederland, GGD GHOR Nederland, GGZ Nederland & KNMG (2007). *Handreiking gegevensuitwisseling in de bemoeizorg*. Utrecht: GGD Nederland, GGZ Nederland, KNMG.

De AVG werd van kracht

Vanaf mei 2018 is de Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG) van kracht geworden. Daarmee werd die ook van toepassing op de aanpak 3PG en was de werkwijze op basis van het instapconvenant achterhaald.

Overigens heeft de Vereniging van Nederlandse Gemeenten (NVG) ook een handreiking gegevensuitwisseling voor Veiligheidshuizen opgesteld². De 3PG kon hier echter niet van profiteren, omdat de aanpak 3PG niet is ondergebracht in een veiligheidshuis maar bij de GGD. Dit is een directe consequente van de opdracht vanuit het openbaar bestuur om deze aanpak 'in te steken' via zorg, en niet via veiligheid. Dat lijkt overigens ook een logische keuze, aangezien sprake is van potentieel gevaar maar niet van strafbare feiten. De GGD heeft daarom zelf een convenant en werkwijze informatie-uitwisseling moeten ontwikkelen.

Dit introductie van de AVG is daarmee van belang geweest voor de totstandkoming van de huidige werkwijze van de 3PG omdat het inmiddels achterhaalde instapconvenant slechts in beperkte mate specificeerde wat de precieze werkwijze van de aanpak was, en welke informatie-uitwisseling daarvoor nodig en gelegitimeerd was. De reden om dat niet te expliciteren was dat als je dat wel doet, zo'n aanpak onder het juridische vergrootglas van de deelnemende organisaties zou worden gelegd. Dit bracht als risico met zich mee dat andere partijen niet (meer) zouden willen deelnemen aan zo'n aanpak.

De nieuwe privacywet vereist dus een veel specifiekere uitwerking van de gegevens die worden verzameld en uitgewisseld, en met welk doel dat gebeurt. De AVG legt tevens een sterke focus op het informeren van mensen over de verwerking hun (bijzondere) persoonsgegevens. De AVG had daarmee voor de aanpak 3PG als gevolg dat enige vrijblijvendheid om hieraan deel te nemen voor de partners wegviel, en daarmee ook om mensen aan te melden voor inclusie. In het bijzonder voor de beroepsgroep van psychiaters geldt een hele hoge drempel om hun beroepsgeheim te doorbreken. In feite is dit wel wat de 3PG van hen verlangt indien het besluit wordt genomen om iemand aan te melden. Immers, inclusie kan alleen plaats vinden wanneer de aanwezigheid van een psychiatrische As 1 stoornis onherroepelijk is vastgesteld. Deze informatie is altijd afkomstig van een behandelaar (psychiater). De aanmelder moet het besluit om iemand aan te melden dus altijd onderbouwen en dit impliceert een schending van het medisch beroepsgeheim. Afbreukrisico's liggen daarmee bij de GGZ.

Vanuit het juridische perspectief was de kwestie dus op welke gronden en op welk moment het medisch beroepsgeheim kan worden opgerekt. Om dat te kunnen onderbouwen is het belangrijk dat heel expliciet wordt gespecificeerd om welke doelgroep het gaat, en wat de precieze werkwijze van de 3PG is. Dit is tevens een actueel probleem rondom de huidige inclusiecriteria (As 1 stoornis, gevaar, zorgbreuk) omdat op basis van deze criteria nog steeds een hele brede groep includeert terwijl de aanpak 3PG in het leven is geroepen voor een hele kleine en selecte doelgroep. Met name het gevaarscriterium vraagt om nadere specificering. Evenmin is duidelijk hoe de beoogde doelgroep van de 3PG zich precies onderscheidt van de doelgroep van BOPZ-maatregelen zoals een IBS en RM, en van een aanverwante lokale persoonsgerichte aanpak 'verwarde verdachten'.

² Zie oa. Factsheet VNG (2019): Handvat 'Gegevensuitwisseling in het zorg- en veiligheidsdomein. Een juridisch handvat voor Veiligheidshuizen

Overkoepelend kan worden gesteld dat met de installatie van de aanpak 3PG een hele grote maatschappelijke vraag is gesteld en belegd bij de GGD, waarbij beperkte middelen in menskracht, geld en tijd voor uitvoering zijn vrijgemaakt. Tevens is de noodzaak van zo'n aanpak vanuit juridisch perspectief niet aan te tonen. Ook reconstructies van incidenten uit het recente verleden, die de noodzaak voor een dergelijke aanpak zouden moeten aantonen, tonen stevast dat er sprake is van fouten gemaakt door de geëigende partijen. Een alternatief is dus om de fouten aldaar te voorkomen en daarmee de noodzaak voor het bestaan van een aanpak zoals 3PG te elimineren. Hier staat tegenover dat, ook in gevallen waarbij geen aanwijsbare fouten worden begaan, er nog steeds sprake kan zijn van systeemproblemen (denk aan wachtlijsten), met potentieel gevaar als gevolg.

Een nieuw convenant

De huidige stand van zaken (maart 2020) is dat een nieuw convenant is opgesteld dat voldoet aan de richtlijnen van de AVG. De GGZ-instellingen GGZ inGeest, Arkin en de Waag hebben het convenant ondertekend. De reactie hierop vanuit de GGZ-sector wordt heel belangrijk gevonden, onder andere omdat deze aanpak en het onderliggende convenant mogelijk een precedent vormen voor andere soortgelijke aanpakken in Nederland. In algemene zin is het namelijk zo dat gesteld kan worden dat steeds meer druk wordt gelegd (veranderende tijdsgeest) op juristen in de GGZ om de voorwaarden te scheppen voor meer handelingsperspectieven voor behandelaars rondom deze doelgroepen. Ook behandelaars vanuit de GGZ vinden dat dat nodig is.

Het aanmeldformulier (tevens instrument voor dreigingsanalyse) is zo opgesteld dat het behandelaars handvatten biedt omtrent de keuze om hun beroepsgeheim te doorbreken. Bij de ontwikkeling en formulering van een notificatiebrief waren de belangrijkste ketenpartners betrokken. Dit vraagt om veel afstemming. Een notificatiebrief (die moet worden uitgereikt aan personen die zijn geïncludeerd in de aanpak) is tevens gereed, al moet die nog wel worden beoordeeld door de ketenpartners. Dit betekent dat de regisseur 3PG zich nog niet kenbaar kan maken naar de cliënt. Naar verwachting wordt het convenant medio 2020 ondertekend, en kan de aanpak 3PG zijn bestaan openbaar maken.

6 Kenmerken geïnccludeerde casussen

Vanaf de start van de aanpak t/m december 2019 zijn in totaal 39 casussen aangemeld voor de aanpak. Hiervan zijn 28 casussen geïnccludeerd, 3 uit 2017, 16 uit 2018 en 9 uit 2019. Ten tijde van deze evaluatie waren gegevens beschikbaar over 23 casussen. De meeste casussen zijn aangemeld door de politie, gevolgd door de GGZ en de GGD. De meest voorkomende redenen om casussen niet te includeren waren het ontbreken van een (evidente) As 1 stoornis (7x), geen zorgbreuk (3x) en onduidelijkheid over de dreiging van gevaar (2x). In 1 geval werd een casus niet geïnccludeerd omdat die persoon reeds was geïnccludeerd in een andere persoonsgerichte aanpak in Amsterdam (Top600).

Tabel 1. Aanmeldingen en inclusies 3PG in de periode 2017-2019

Aanmelder	Totaal	Inclusie	Exclusie	Exclusie reden ^d	aantal
Politie	10	6	4	geen As1	3
				geen zorgbreuk	1
				al in andere PGA	1
GGZ ^a	9	8	1	geen As I	1
GGD	8	3	5	proefcasus	2
				geen As 1	2
				geen zorgbreuk	2
				gevaar onduidelijk	2
Aanbieders MOBW ^b	4	3	1	geen As I	1
Gemeente (AcVZ) ^c	1	1			
Onbekend	2	2			
Totaal	34	23	11		
Tijd tussen aanmelding en bespreking in casuscommissie				Gemiddeld 40 dagen	

^a Inforsa, Mentrum, GGZ inGeest, Arkin crisisdienst, Jellinek; ^b Maatschappelijke opvang en beschermd wonen: Leger des Heils, HVO Querido; ^c Actiecentrum Veiligheid en Zorg; ^d meerdere redenen per casus mogelijk

Alle casussen betrof mannen, met een gemiddelde leeftijd van 39 jaar (uiteenlopend van 23 tot 58). Tabel 2 presenteert de belangrijkste kenmerken van deze groep. Bij bijna de helft was sprake van fixatie (op één persoon, één organisatie, een groep mensen of een gebeurtenis), een kenmerk geassocieerd met 'stalking'. Bijna 70% had bekende criminele antecedenten. Bij bijna een derde werden (indicaties / vermoedens / dreiging van) van zedenmisdrijven vermeld en bijna één op de vijf was bekend met (signalen van) radicalisering. Bijna tweederde had een verleden van dwangmaatregelen, met IBS en RM als meest voorkomende maatregelen (beide 39%).

Qua psychiatrische stoornissen was bij een grote meerderheid van 74% sprake van schizofrenie en bij nog eens 13% psychotische stoornissen. Daarnaast werd angst/stemmingsstoornissen vermeld bij 21% van de geïnccludeerde casussen. Wat betreft verslaving werd problematisch middelengebruik vaak gemeld waarbij problematisch gebruik van cannabis (44%), alcohol (22%) en cocaïne (14%) het meest voorkwamen. Ook As 2 stoornissen kwamen geregeld voor, waarbij bijna tweederde (64%) een persoonlijkheidsstoornis had waarvan de antisociale (21%) het meest voorkwam. Bij 22% was sprake van een (vermoeden) van een lichte verstandelijke beperking.

Op andere risicofactoren werd gevonden dat bij 60% sprake was van recente verlieservaringen, bij 92% was sprake van risico verhogende omgevingsfactoren en in 100% van de gevallen waren ook zorgen geuit door personen uit het (informele) sociale netwerk. Qua sociale problematiek had tweederde van de groep geen werk/opleiding/dagbesteding, was er bij 61% sprake van (feitelijke/residentiele) dakloosheid, had een kwart financiële problemen en 76% een gebrekkig sociaal netwerk.

Tabel 2. Kenmerken geïncludeerde casussen 3PG (N = 23)

		n	%			Onbekend
Mannen		21	100			2
Leeftijd (gem)		39,2 (sd = 10,5; range: 23-58)				
		Ja		Nee		Onbekend
		n	%	n	%	n
gevaar	voor zichzelf	12	85,7	2	14,3	9
	voor anderen	15	93,8	1	6,2	7
	algemene veiligheid	14	87,5	2	12,5	7
	forse overlast	9	81,1	2	18,9	12
fixatie	fixatie op één persoon	7	41,2	10	58,8	6
	concrete dreiging	3	25,0	9	75,0	11
historie politie/justitie	totaal	17	100,0	-	-	6
	criminele antecedenten	16	69,4	7	30,6	-
	zedes	7	30,4	16	59,6	-
	radicalisering (signalen)	5	21,7	18	78,3	-
historie dwangmaatregelen ^a	totaal	15	65,2	8	34,8	-
	IBS	9	39,1	14	60,9	-
	RM	9	39,1	14	60,9	-
	art37	3	13,0	20	87,0	-
	TBS	1	4,3	22	95,7	-
psychiatrie in engere zin	totaal	23	100,0			-

^a de optie 'nee' betekent dat het kenmerk niet is benoemd in het aanmeldformulier. Dit kan duiden op de expliciete afwezigheid van een bepaald kenmerk maar ook op onbekendheid van de aan- of afwezigheid ervan

Tabel 2. Vervolg

Kenmerken casussen 3PG (alleen inclusies N = 23)		Ja		Nee		Onbekend
		n	%	n	%	n
As 1 stoornis ^a	schizofrenie	17	73,9	6	26,1	-
	psychotische stoornis	3	13,2	20	86,8	-
	angst/depressie/bipolair	5	21,5	18	78,5	-
	ADHD	2	8,7	21	91,3	-
	PTSS	2	8,7	21	91,3	-
	pedofiele stoornis	1	4,3	22	95,7	-
	autisme	1	4,3	22	95,7	-
As 2 stoornis ^a	persoonlijkheidsstoornis	14	63,6	8	36,4	1
	antisociaal	11	21,3	2	78,7	10
	borderline	2	8,7	21	91,3	-
	pers. stoornis nao ^b	5	21,7	18	75,3	-
	narcistisch	2	8,7	21	91,3	-
	LVB	5	21,7	18	75,3	-
Zorgmijding		14	93,4	1	6,6	8
Verslaving ^a	totaal	17	73,9	6	26,1	0
	alcohol	5	21,7	18	78,3	-
	cannabis	10	43,5	13	56,5	-
	cocaïne	3	14,3	18	85,7	2
	opiaten	2	9,5	17	90,5	2
	andere	4	17,2	19	82,8	-
	combinaties					
	geen	6	30,0			
	alleen alcohol	1	5,0			
	alleen drugs	10	50,0			
	alcohol en drugs	3	15,0			
	onbekend	3				
	polydrugs	3	15,8	16	84,2	4
Recente verlieservaringen		6	60,0	4	40,0	13
Risico verhogende omgevingsfactoren		11	91,7	1	8,3	11
Zorgen bij familie/naasten		11	100,0	-	-	12
Sociale problematiek ^a	dagbesteding	14	66,7	7	32,3	2
	dakloosheid	14	60,9	9	39,1	
	financieel	5	26,3	14	73,7	4
	sociaal netwerk	16	76,2	5	23,8	2
Criteria	As 1 stoornis	17	100,0	-	-	6
	Gevaar	17	100,0	-	-	6
	Zorgbreuk	17	100,0	-	-	6
Inclusie	Ja	23	100,0	-	-	-

^a de optie 'nee' betekent dat het kenmerk niet is benoemd in het aanmeldformulier. Dit kan duiden op de expliciete afwezigheid van een bepaald kenmerk maar ook op onbekendheid van de aan- of afwezigheid ervan; nao = niet anders omschreven; polydrugs = problematisch gebruik van meerdere drugs

7 Casuïstiek

In totaal is bij 2 casussen sprake geweest van een BOPZ maatregel als gevolg van interventie door 3PG. In enkele gevallen heeft 3PG gereageerd op ketenpartners zodat verlenging van een maatregel door het OM op tijd kon worden geregeld. Voor wat betreft de dreiging van gevaar is het zo dat deze in principe altijd aanwezig blijft zolang een casus in geïncludeerd in de aanpak. Wel is het zo dat acute dreigingen van gevaar bij alle casussen is verminderd na inclusie. In totaal is bij 6 casussen de discontinuïteit van zorg hersteld. Daarnaast is bij alle casussen door 3PG ondersteuning gegeven bij het herstellen van zorg.

Casus A

Meneer A is een 31 jarige man die recent was vrijgekomen na enkele jaren detentie. Hij was veroordeeld voor moord en diverse aanrandingen, mogelijk verkrachting. In het verleden was hij verschillende keren (gedwongen) opgenomen geweest vanwege vernieling, overlast, antisociaal en gewelddadig gedrag en religieus extremisme. Destijds werd zwakbegaafdheid, een psychotische stoornis NAO en een stoornis in het gebruik van cannabis vastgesteld. Meer recent is hij in beeld gekomen wegens verbale agressie op straat, daarbij gewapend met een mes, exhibitionisme en aanranding. Meneer A heeft geen inkomen en geen actief reclasseringskader. Hij wil geen woonbegeleiding en medicatie. Binnen het lokale OGGZ netwerk is er grote bezorgdheid over deze meneer. Gezien zijn voorgeschiedenis lijkt de kans op recidive met een geweldscomponent aannemelijk. Een instelling voor verslavingszorg besluit de casus daarom aan te melden bij 3PG op basis van de volgende criteria:

- Psychotische stoornis (o.a. paranoïde en geloofswanen), seksueel ontremd en alcoholmisbruik;
- Fysieke en verbale agressie naar derden; roept daarnaast agressie over zichzelf af;
- Zorgmijddend, wil geen woonbegeleiding en bedreigt hulpverlening. Leidt een zwervend bestaan ondanks eigen woning.

3PG includeert meneer met spoed. Hij wordt met een IBS opgenomen. Hier stabiliseert hij. Vanuit de 3PG volgt het advies om hem over te dragen naar een regulier ACT-team met een rechterlijke machtiging. Dit advies wordt opgevolgd. Meneer ontvangt vervolgens ambulante GGZ-zorg en medicatieverstrekking. Hierbij is een opgelegd toezicht vanuit het FACT-team van de GGZ middels een indicatiestelling Forensische Zorg (IFZO).

Meneer A is goed in zorg. Er is wekelijks contact. Er is sprake van zelfstandig wonen, dagbesteding en goede behandeltrouw. Sinds juli 2018 is hij niet meer in beeld gekomen. Echter in 2020 komt hij wederom in beeld na twee aanrandingen. Hij wordt geplaatst in Penitentiair Psychiatrisch Centrum Zwolle, alwaar hij zorg en medicatie ontvangt. In 2020 wordt een zorgmachtiging aangevraagd en afgegeven door de rechter.

Casus B

Meneer B is een man van 47 jaar oud, met een uitgebreide psychiatrische voorgeschiedenis en een verleden van zedendelicten. In de periode voor inclusie in de aanpak 3PG woonde hij in een groepswooning voor beschermd wonen. Er was minimaal zicht op zijn functioneren. In deze periode vond een incident plaats met een persoon uit de nabije omgeving van deze woning. Het risico op een zedendelict was hoog. Meneer B weigerde inzicht te geven in zijn aandeel en beweegredenen. Hij hield alle vormen van ambulante behandeling af. Vanwege het incident, de psychiatrische ontregeling en het zorgmijden, heeft de instelling voor BW hem van de woning geschorst. Vanwege de zorgplicht heeft de instelling tijdelijke huisvesting voor 10 dagen aangeboden. Meneer B is op dat aanbod niet ingegaan. Er ontstond een situatie van feitelijke dakloosheid. Het risico op een

zedendelict werd zo hoog ingeschat dat hij met een IBS in verband met psychiatrische ontregeling is opgenomen, inclusief gedwongen medicatie. Hier is hij gestabiliseerd. De opname vindt plaats onder rechterlijke machtiging. Ondanks zijn lage ziektebesef en inzicht, lage behandeltrouw en lage medicijntrouw, was er na enige tijd vanuit psychiatrische zin geen aanleiding meer om hem klinisch te houden. De GGZ-instelling wilde hem ontslaan, maar wist dat dakloosheid dreigde. Ook was er sprake van angst voor 'Anne Faber-achtige' toestanden. Desondanks kon de cliënt niet worden vastgehouden. De cliënt werd daarop aangemeld bij de aanpak 3PG.

Dat gebeurde op basis van de volgende kenmerken:

- Schizo-affectieve stoornis, seksuele stoornis en cannabisafhankelijkheid;
- Dreiging van gevaar: een zedendelict;
- Dreigend zorgtekort: lage behandeltrouw en medicijntrouw (ggz) en geschorst van beschermd wonen en dreigende dakloosheid.

Meneer B werd geïncludeerd in de aanpak 3PG. Dit leidde ertoe dat ook het OM gegevens beschikbaar stelde. Mede op basis daarvan konden de RM-ontslagvoorwaarden en woonvoorwaarden worden opgesteld. Hiermee kon de BW aanbieder met voorrang een plek regelen in een begeleid wonen traject in een 24-uurs voorziening. Ook kon een stringent wooncontract worden overeengekomen. Onderdeel van dit contract was het accepteren van behandeling door de GGZ en medicijnverstrekking door de woonbegeleider van de BW aanbieder. Het dwang/drang kader op basis waarvan het contract door meneer B werd geaccepteerd was verlies van huisvesting en onherroepelijke feitelijke dakloosheid (winterkoudeopvang).

“De 3PG route heeft gewerkt omdat voor deze meneer duidelijk werd dat hij, bij niet meewerken, onherroepelijk op straat zou komen te staan.”

“Met partijen gezamenlijk is het gelukt om de juiste oplossing te organiseren. Das was niet gelukt zonder 3PG, want daarvoor waren specifieke RM-ontslagvoorwaarden nodig. Een belangrijke meerwaarde is dat partijen zich echt hebben ingezet om een oplossing te bereiken.”

“De ggz is er niet om overlast en delictgedrag dat niet voorkomt uit psychopathologie in toom te houden, we zijn geen politieagent. Wij zijn er om te genezen/stabiliseren in het geval er een psychiatrische stoornis is. Mensen binnenhouden terwijl ze psychiatrisch stabiel zijn, dat doen we niet.”

“Wat de behandelaar heeft geholpen is dat alle partijen meededen en gezamenlijk verantwoordelijk namen. Veel van onze mensen zijn heel angstig geworden na de moord op Anne Faber. Zij durven dit soort mensen niet met een gerusts hart te ontslaan, maar kunnen ze ook niet binnenhouden. Dan is zo'n 3PG echt nodig.”
Manager behandelzaken GGZ

Indien de aanpak 3PG niet had bestaan was de uitkomst geweest dat meneer B met een 1.1 titel (prioritering wegens calamiteit in de keten) op de centrale wachtlijst voor een 24-uurs plek met psychiatrie zou komen. Een probleem bij dit scenario is dat er daarvoor alsnog een wachttijd is van ten minste 1 jaar. Zonder 3PG was dus sprake geweest van een langdurige periode van dakloosheid met een criminogene dreiging op herhaling van een zedendelict.

8 Visie betrokken partijen

In dit hoofdstuk wordt de visie van de geïnterviewden besproken op de volgende aspecten van de aanpak: het doel, de doelgroep, de noodzaak en verantwoordelijkheid van de aanpak, en de manier waarop invulling wordt gegeven aan het voeren van regie.

Doel aanpak

De geïnterviewden zien als belangrijkste doel van 3PG het beter kunnen voorkomen dat potentieel gevaar uitmond in feitelijk gevaar. Er is een relevante groep patiënten waarbij herhaaldelijk ingrijpende BOPZ-maatregelen moeten worden ingezet, zoals een inbewaringstelling (IBS) of rechterlijke machtiging (RM). Vanuit hun ziektebeeld kunnen zij, wanneer adequate behandeling ontbreekt, overgaan tot dreiging, daadwerkelijk geweld of stalking. Het wordt in het maatschappelijk belang én in hun eigen belang noodzakelijk geacht om deze groep zo goed mogelijk in zorg te krijgen en te houden en zo de inzet van ingrijpendere (BOPZ- of strafrechtelijke) maatregelen te voorkomen.

Doelgroep aanpak

Alle geïnterviewden bevestigen dat de doelgroep van deze aanpak een ernstige psychiatrische groep betreft. De doelgroep wordt omschreven als "onze heftigste casussen", "onze lastigste types" tot "de notoir moeilijkste klanten uit de GGZ". Het

Je ziet in de Amsterdamse situatie dat er veel mensen tussen zitten die een IBS meermaals krijgen: IBS, RM rustig, IBS, RM, rustig. Initiatiefnemer

betreft vaak cliënten die door onder andere hun zorgmijdende gedrag en lage ziektebesef en -inzicht niet goed in zorg komen en blijven, waarbij sprake kan zijn van recidiverende inbewaringstellingen/rechterlijke machtigingen. Vanuit hun onbehandelde psychiatrische stoornis kunnen zij (bijvoorbeeld vanuit waanideeën of een manie) overlast, dreiging of gevaar voor derden veroorzaken. Stalking wordt als een belangrijk probleem gezien. Naast hun psychiatrische stoornis hebben cliënten vaak ernstige gedragsproblemen, waardoor zij een afdeling-ontwrichtende invloed van hen kan uitgaan binnen de GGZ of maatschappelijke opvang. Enkele geïnterviewden gaven aan dat klinieken hiervoor vaak niet voldoende adequaat toegerust (willen) zijn. Het kan voorkomen dat instellingen daardoor mogelijk eerder van patiënten af willen dan goed is.

Een belangrijk inclusiecriteria is dat sprake moet zijn van een klinisch psychiatrische As 1 hoofddiagnose (volgens DSM-IV methodiek). Naast een As 1 diagnose mag ook sprake zijn van persoonlijkheidsproblematiek of een verstandelijke beperking, maar niet als enige diagnose. Ook personen met enkel een verslavingsstoornis komen niet in aanmerking voor inclusie. Voor de ontwikkelaars van de aanpak 3PG was dit een bewuste keuze, omdat een As 1 stoornis (weg)behandelbaar is, eventueel met medicatie, in die zin dat daarmee ook de gevaarsdreiging kan worden gereduceerd. Dit in tegenstelling tot As 2 stoornissen die niet 'weg behandelbaar' zijn. Zowel de politie als de maatschappelijke opvang geven aan ook mensen tegen te komen van wie een potentiële gevaarsdreiging uitgaat, bij wie deze uitsluitend voortkomt uit een As 2 stoornis. De politie vindt de inclusiecriteria van 3PG te beperkt en zou deze graag uitgebreid zien door ook personen met alleen een diagnose op As 2 in aanmerking te laten komen voor inclusie in de 3PG aanpak.

Noodzaak aanpak

Alle geïnterviewden zijn het erover eens dat de 3PG aanpak noodzakelijk is en benoemden dat de verschillende, betrokken organisaties altijd slechts een deelperspectief op de daadwerkelijke situatie rondom deze personen hebben. Het openbaar ministerie ziet bijvoorbeeld lang niet alle signalen/mutaties van de politie; zij ontvangt, kort gezegd, alleen die signalen die tot mogelijke vervolging zouden kunnen leiden. Behandelaars kunnen vaak slechts afgaan op wat de patiënt ze meedeelt en het kan daarom zo zijn dat zij geen of onvoldoende signalen over overlast, gevaarsdreiging en/of politiemutaties ontvangen. Vanwege een mogelijk beperkte informatiepositie, kan het daarmee voorkomen dat behandelaars onvoldoende kunnen inschatten wat de daadwerkelijk noodzakelijke zorg is. Een bredere context en een zo volledig mogelijke, gedeelde informatiepositie om het achterliggende probleem aan te pakken wordt als essentieel gezien om gevaar dreigingen te kunnen afwenden. Samenwerking tussen alle betrokken partijen is daarvoor noodzakelijk. Geïnterviewden gaven bijvoorbeeld aan dat het wenselijk is dat de politie op de hoogte is wanneer een patiënt geen zorgtraject meer volgt.

Ten aanzien van het delen van informatie benoemde een respondent, gegeven de inbreuk op privacy die de 3PG met zich meebrengt, als kritiekpunt dat de 3PG geen remedie moet zijn voor, bijvoorbeeld, zorgverlening die onvoldoende in staat blijkt deze complexe patiëntenpopulatie te bedienen. Andere respondenten gaven in reactie hierop aan dat de realiteit en zorgverlening aan deze groep zeer complex is en dat er ook reële systeemproblemen zijn, zoals wachtlijsten, die moeilijk oplosbaar blijken. Een meerderheid van de respondenten ziet de aanpak daarom als noodzakelijk en acht het maatschappelijk belang van de aanpak zwaarwegend, ondanks de spanning met privacyaspecten. Daarbij werd ook gewezen op de stapsgewijze aanpak, waarbij aan deze aspecten zoveel mogelijk recht wordt gedaan.

Het stond vroeger allemaal los van elkaar, maar het gaat om symptoomdelicten. Gaan we dan wachten tot het vanzelf goed komt of gaan we op een andere manier kijken? Kunnen we het niet dichterbij elkaar brengen? Vanuit een integraliteitsgedachte beter op elkaar aangesloten zijn; niet met de ruggen tegen elkaar.

Initiatiefnemer

We zijn toch ook verantwoordelijk voor de mensen in de nabije omgeving, die de behandelaar per definitie niet kan beschermen.

Beleidsadviseur GGD

Verantwoordelijkheid voor de aanpak

Ten aanzien van de verantwoordelijkheid voor de aanpak, bleek er brede consensus onder de geïnterviewden dat deze binnen het zorgdomein dient te berusten. De doelgroep is op het moment van in beeld komen immers primair patiënt; het eventuele strafbare gedrag zou zijn oorsprong vinden in de psychiatrische stoornis en niet andersom. Het voldoende in zorg krijgen kan zowel in het belang van de veiligheid van de betrokkene worden geacht, als in het belang van de maatschappij. Daarnaast werd aangegeven dat het onderbrengen van een dergelijke aanpak bij een veiligheidshuis (of in Amsterdam bij het Actiecentrum Veiligheid en Zorg) stigmatiserend zou kunnen werken voor deze doelgroep.

Regie is ervoor zorgen dan ook in stille momenten er altijd iemand is die wakker blijft, die periodiek zijn ronde loopt om te kijken of alles goed gaat
Regisseur 3PG

De problematiek wordt breed gezien als een maatschappelijk probleem, waarbij een integrale benadering noodzakelijk is. De initiatiefnemers zien de gemeente als de aangewezen partij om dergelijke maatschappelijke, multidisciplinaire problemen aan te pakken en een integrale benadering te borgen, waarbij aan alle relevante perspectieven recht wordt gedaan. Mede gelet op de politieke eindverantwoordelijkheid van de gemeente, in het bijzonder die van de burgemeester, zien zij de GGD – als de gemeentelijke dienst verantwoordelijk voor de publieke gezondheidszorg – als een logische keuze voor het projectleiderschap van de aanpak. Beleggen bij een andere organisatie zou er bovendien toe kunnen leiden dat een bepaald perspectief (zoals het zorg- of veiligheidspectief) dominant wordt.

Vanuit de GGZ werd deze keuze op zichzelf begrepen, maar werd als kritiekpunt benoemd dat er al verschillende persoonsgerichte aanpakken in de gemeente Amsterdam zijn, die alle bij het Actiecentrum Veiligheid en Zorg zijn belegd. Er dreigt door de hoeveelheid aanpakken verkoking. Het apart beleggen van het projectleiderschap van deze aanpak bij de GGD zou daaraan kunnen bijdragen. Bovendien raakt door de verscheidenheid aan persoonsgerichte aanpakken in Amsterdam het overzicht zoek. Zo is het niet voor iedereen duidelijk hoe de aanpak 3PG zich verhoudt tot de aanpak verwarde verdachten.

Serius kijken of het goed is dat het een aparte aanpak binnen de GGD zit. Of toch ook niet het actiecentrum Veiligheid daar iets in zou moeten GGZ ketenpartner

Het idee van de aanpak is goed (...), maar de samenwerking met de mensen die over de veiligheid gaan, moet niet verdwijnen.
GGZ ketenpartner

In mijn optiek zijn zorg en veiligheid in de uitvoering beide vertegenwoordigd en in balans.
Maatschappelijke opvang ketenpartner

Regie

De regisseur beschrijft zijn rol als 'regie op afstand', waarbij zijn primaire taak bestaat uit het tot stand brengen van een goede samenwerking en communicatie tussen de betrokken hulp- en zorgverleners. De regisseur is niet inhoudelijk betrokken. Wel legt de regisseur een overzicht aan van alle betrokken instellingen, ook van die instellingen die in het recente verleden betrokken waren, maar door een mogelijke zorgbreuk niet meer. Hiertoe organiseert de regisseur allereerst een uitvoeringsoverleg (UVO), waarvoor bij de volgende (direct) betrokken partijen worden uitgenodigd:

- Politie
- OM
- (ex) Behandelaars (psychiater/psycholoog/SPV-er)
- (ex) Woonbegeleiders
- Meldpunt Zorg- en Woonoverlast
- Professionals in de wijk (wijkagent, wijk SPV-er)

Tijdens deze overleggen worden de verschillende verantwoordelijkheden voor de uitvoering van het plan van aanpak besproken en belegd. Er wordt dus informatie gedeeld. Het plan van aanpak wordt door de regisseur geschreven, op basis van informatie uit de aanmelding, en bestrijkt verschillende leefgebieden naar analogie van de zelfredzaamheidsmatrix. Dit omdat het opstellen van een plan van aanpak tijdens het UVO niet mogelijk is vanwege privacy en het medisch beroepsgeheim. Er wordt naar gestreefd om in de toekomst tot een gezamenlijk plan van aanpak te komen, inclusief een actielijst met toegekende verantwoordelijkheden.

Hoewel de regisseur niet inhoudelijk betrokken is, zal hij -wanneer iemand niet in zorg is- tijdelijk de koers bepalen. Hij gaat dan op zoek naar een partij die de juiste interventie kan plegen. Daarnaast kan de regisseur ondersteuning bieden bij vraagstukken die gaan over bijvoorbeeld werk, opleiding, financiën of huisvesting.

Verschillende ketenpartners hebben als punt van zorg geuit dat er slechts één regisseur werkzaam is voor de aanpak. Dit maakt de regievoering binnen dit project kwetsbaar, bijvoorbeeld in geval van ziekte. Deze situatie heeft zich ook daadwerkelijk voorgedaan. De politie beoordeelt de huidige regierol eerder als monitoren en acht intensievere regie wenselijk, juist omdat snel en adequaat reageren bij deze doelgroep noodzakelijk kan zijn.

Aanbeveling:

Meer regisseurs aanstellen.

Per 1 januari 2020 wordt een tweede regisseur aangesteld.

Juridisch

Ondanks dat qua juridische aspecten de 3PG draait om BOPZ-maatregelen, wordt per 1 januari de Wet verplichte GGZ van kracht. Ten aanzien van deze wetten leven er bij politie en justitie hoge verwachtingen als het gaat om de mate waarin deze nieuwe wet gaat zorgen voor een veiliger samenleving. Desalniettemin kan een aanpak als de 3PG een oplossing bieden voor situaties waarin de BOPZ (huidige situatie) en de WVGZ (nabije toekomst) geen oplossing te bieden heeft.

9 Opbrengsten en knelpunten

De persoonsgerichte aanpak 3PG is een complex project, door de grote maatschappelijke risico's, het multidisciplinaire karakter en de aanwezige ethische en juridische dilemma's. Deze dilemma's hebben betrekking op de belangenafweging tussen maatschappelijke veiligheid, het individuele recht op privacy en de professionele integriteit van een behandelaar. Alhoewel alle ketenpartners de complexiteit onderkennen, stellen zij dat er een zwaarwegend maatschappelijk belang is dat de 3PG noodzakelijk maakt, waarvoor zij verantwoordelijkheid willen nemen. Gelet op de aard van de problematiek stellen zij dat dit alleen kan gebeuren door een domein-overschrijdende, integrale benadering, die intensieve samenwerking tussen alle betrokken partijen vereist.

Om aan de aanwezige dilemma's tegemoet te komen, hebben de ketenpartners inmiddels een vernieuwd convenant opgesteld, waarin de 3PG werkwijze is vastgelegd en waarin naar balans is gezocht tussen principes van professionele integriteit en privacy. Met alle betrokkenen is inmiddels een akkoord overeengekomen. Het convenant dient alleen nog ondertekend te worden. De aanpak 3PG is ten tijde van het schrijven van deze evaluatie in verschillende opzichten nog te afhankelijk van personen. Eenmaal definitief vastgesteld, biedt dit convenant een basis voor verdere professionalisering en implementatie in de praktijk. Het convenant dat in overeenstemming is met de AVG ('AVG-proof') kan bovendien als voorbeeld dienen voor andere gemeenten die een vergelijkbare aanpak overwegen te installeren.

Het in het kader van het project ontwikkelde instrument voor dreigingsanalyse kan als een concrete opbrengst worden gezien. Het instrument biedt ook professionals zonder klinische expertise de mogelijkheid om een dreigingsanalyse uit te voeren, waarbij gedetailleerde en actuele klinische informatie niet noodzakelijk is. Voor de veelal zorgmijdende patiëntenpopulatie waarop de 3PG zich richt is dit instrument, dat nog verder doorontwikkeld dient te worden, van meerwaarde. De notificatiebrief die wordt uitgereikt aan geïncludeerde personen (waarin zij geïnformeerd worden over de aanpak en de gegevensuitwisseling die op grond hiervan plaatsvindt) is een andere, concrete opbrengst. Deze brief is recentelijk, ter goedkeuring, voorgelegd aan de overige ketenpartners. Inmiddels zijn ook door een AIOS psychiatrie, op basis van onderzoek en beschikbare expertise, hanteerbare uitstroomcriteria geformuleerd.

Ten aanzien van de aanpak

Een succesfactor van de werkwijze 3PG is de keuze om het 'in te steken' via zorg (in plaats van veiligheid). Dit impliceert dat er nog mogelijkheden zijn om potentieel gevaar af te wenden. Daarbij ontstaan ook meer mogelijkheden om discontinuïteit van zorg te herstellen. Hiervoor is het wel belangrijk dat de informatiepositie optimaal is, en er dus ook informatie van het veiligheidsdomein (OM, politie) voorhanden is. Sommige casussen betreffen 'first offenders', maar in de regel is er bij veel personen als sprake van een strafrechtelijke voorgeschiedenis. Een ander voordeel van insteken via het zorgdomein is dat je in de communicatie naar de patiënt niet hoeft te starten met het opbouwen van een vertrouwensband, wat sterker het geval zou zijn als personen worden geïncludeerd in een aanpak die is belegd bij een organisatie uit het veiligheidsdomein.

De werkwijze van periodieke beoordeling van de gevaarscriteria binnen de 3PG schept ook mogelijkheden om gevaar beter af te wenden. Het gegeven dat er sprake is van een situatie met keteninformatie betekent een betere informatiepositie voor alle partijen. De toegevoegde waarde van het OM als ketenpartner in deze aanpak is dat de inschatting van het gevaarscriterium kan worden verrijkt met strafrechtelijke gegevens.

Andersom ontstaat voor het OM de mogelijkheid om, in het geval van strafrechtelijke procedures, een op maat gemaakte straf op te leggen om zo het risico op recidive te proberen te verlagen.

Vanuit de constatering dat veel meldingen over zorg en overlast de behandelaars helemaal niet bereiken, biedt een werkwijze waarbij sprake is van een patiënt en zijn/haar behandelaar én een regisseur een mogelijkheid om een extra perspectief op gedrag toe te laten in de diade van patiënt-behandelaar. Dit kan tevens worden aangegrepen door de behandelaar om zijn vertrouwensband met zijn patiënt te beschermen, versterken of herstellen middels een 'good cop vs. bad cop' benadering.

Tenslotte is het belangrijk te onderkennen dat het installeren van een zorg en dwang-kader gepaard gaat met het toekennen van een bepaalde 'titel'. Een risico daarbij is dat de GGZ op basis van zo'n titel kan besluiten een patiënt te weigeren.

Bijlage 1: Aanmeldformulier

Aanmelder		Betrokkene/cliënt	
Naam		Eerste letter achternaam	
Organisatie		Man/Vrouw	
Telefoon:		Geboortejaar	
Email:		Volgnummer casus	
Datum <u>aanmelding</u>		Is cl al eerder aangemeld bij 3PG?	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja, door
Datum <u>bespreking</u>	<ul style="list-style-type: none"> • Triagecommissie • Casuïstiekcommissie 		
Aanmeldredenen			
Wat is de reden dat betrokkene op dit moment wordt aangemeld?			
1 Gevaar			
Welk gevaar is er?	Ja	Nee	? <Concrete omschrijving>
- Gevaar voor zichzelf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Gevaar voor anderen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Gevaar voor algemene veiligheid personen of goederen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Forse overlast voor de maatschappij	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Welke gevaarlijke of gewelddadige gebeurtenissen hebben al plaatsgevonden?		Datum (bij benadering)	
-			
-			
-			
		Ja	Nee ?
Is er geweld geweest tegen hulpverleners?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Is er sprake (geweest) van (verboden) wapenbezit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2 Dreiging en fixatie				
	Ja	Nee	?	< omschrijving >
Is er sprake van <i>fixatie</i> op één persoon, één organisatie, een groep mensen of een gebeurtenis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Is er sprake van een concrete bedreiging van een persoon, organisatie, groep of dreiging met een concrete gebeurtenis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<ul style="list-style-type: none"> - Hoe acuut is deze dreiging? - Op welke termijn verwacht je deze? 				
	Ja	Nee	?	
Is er sprake van forse angst of gevoel van dreiging bij het beoogde slachtoffer en/of personen uit omgeving van het slachtoffer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Zijn er aanwijzingen voor radicalisering, extremisme of terrorisme?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3 Voorgeschiedenis straf/dwangmaatregel				
Welke politie- en justitiecontacten, inclusief detentie, zijn er (geweest)?				Datum (bij benadering)
-				
-				
-				
	Ja	Nee	?	Welke Datum (bij benadering)
Heeft er in het verleden een gedwongen opname en/of behandeling plaatsgevonden? (vb. opname met IBS, RM, artikel 37, PIJ, TBS, ISD, PPC, KIB, enz).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4 Psychopathologie				
	Ja	Nee	?	Welke DSM diagnose(s)
Is er sprake van psychopathologie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Welke psychiatrische of psychologische symptomen zijn waarneembaar? (vb. verward, geïrriteerd, luidruchtig, verbaal of lichamelijk bedreigend)	Ja	Nee	?	<Symptomen>
Is er impulsief gedrag?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Wat is de concrete inhoud van wanen, hallucinaties, gedachten?				<Concrete omschrijving>
	Ja	Nee	?	
Zijn er aanwijzingen voor een verstandelijke beperking?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

5 Behanding/zorgmijding				
	Ja	Nee	?	
Is betrokkene in behandeling (geweest) bij een GGZ instelling, verslavingszorg-instelling, psychotherapeut, reclassering of andere behandel- of begeleidingsinstantie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Welke Datum (bij benadering)
Is er sprake van zorgmijding? (vb. medicatie-ontrouw, behandeling geweigerd/mislukt, zich niet aan voorwaarden of afspraken houden)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<omschrijving>
6 Verslaving				
	Ja	Nee	?	Welke
Is er sprake van actueel middelengebruik (alcohol, drugs)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7 Sociale omstandigheden				
	Ja	Nee	?	<omschrijving>
Is er recent sprake geweest van een forse verlieservaring? (vb overlijden belangrijke personen, verlies werk, inkomen, schulden, echtscheiding, verlies voogdij)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Zijn er recent forse angst- of stressklachten geweest tegen gevolge van veranderingen in sociale omstandigheden? (vb veranderingen op werk, huisvesting, relationeel, gezin, problemen in thuisland, overlijdensdatum familielid/geliefde)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Omschrijf kort de sociale omstandigheden van deze persoon				
- Woonomstandigheden				
- Sociaal netwerk				
- Inkomen/schulden				
- Dagbesteding/werk				
Zelfzorg				
Zijn er risico verhogende omgevingsfactoren aanwezig? (vb. problemen in systeem, gevaarlijke woonomstandigheden, gevaarlijke personen in de buurt)	Ja <input type="checkbox"/>	Nee <input type="checkbox"/>	? <input type="checkbox"/>	<welke>

7 Sociale omstandigheden (vervolg van vorige pagina)				
	Ja	Nee	?	<ruimte voor eventuele toelichting>
Zijn er minderjarige kinderen bij betrokkene in huis of is sprake van zwangerschap?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Maken familieleden, buurtgenoten of andere derden zich zorgen in deze casus?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8 Specifieke risicofactoren				
	Ja	Nee	?	Welke
Zijn er <i>casus specifieke</i> risicofactoren die de zaak extra gevaarlijk maken?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9 Specifieke beschermende factoren				<omschrijving>
Wat zijn <i>beschermende</i> factoren in deze casus?				
<u>Interne factoren</u> : o.a. intelligentie, hechte band in kindertijd, empathisch vermogen, goede stress-copingvaardigheden, goede zelfcontrole				
<u>Externe factoren</u> : sterk sociaal netwerk, intieme relaties, aanwezigheid professioneel zorgkader, positieve leefomstandigheden, externe controle (reclassering, BOPZ kader).				
<u>Motivationale factoren</u> : stabiele werksituatie, gestructureerde vrijetijdsbesteding, financiën op orde, motivatie voor behandeling, positieve attitude tov autoriteit, levensdoelen, inname medicatie (indien van toepassing).				
10 Overige aandachtspunten				
	Ja	Nee	?	<omschrijving>
Zijn er overige aandachtspunten in deze casus?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Bijlage 2: Instrument voor weging dreigend gevaar

Instrument voor WEGING VAN DREIGEND GEVAAR --> invullen door CASUÏSTIEKCOMMISSIE					
	Datum casusbespreking	<datum >			
1	Gevaar	Ja	Deels	Nee	Onbekend
A	Gevaar voor zichzelf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B	Gevaar voor anderen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C	Gevaar voor algemene veiligheid personen/goederen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D	Forse overlast voor de samenleving	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Dreiging en fixatie	Ja	Deels	Nee	Onbekend
A	Fixatie op één persoon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B	Concrete dreiging	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Voorgeschiedenis straf/dwangmaatregel	Ja	Deels	Nee	Onbekend
A	Politie- en justitiecontacten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B	Dwangmaatregelen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Psychopathologie	Ja	Deels	Nee	Onbekend
A	Psychiatrische stoornis iez.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B	Persoonlijkheidsstoornis (antisociale trekken)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Behandeling/zorgmijding	Ja	Deels	Nee	Onbekend
	Uit zorg zijn/zorgmijding	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Verslaving	Ja	Deels	Nee	Onbekend
	Middelengebruik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Sociale omstandigheden	Ja	Deels	Nee	Onbekend
A	Recente verlieservaring	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B	Risico verhogende omgevingsfactoren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C	Zorgen familieleden/naasten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Casus specifieke risicofactoren	Ja	Deels	Nee	Onbekend
	<i>Evt. omschrijving:...</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	Beschermende factoren	Ja	Deels	Nee	Onbekend
	<i>Evt. omschrijving:...</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Overig:	Ja	Deels	Nee	Onbekend
	<i>Evt. omschrijving:...</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<i>Evt. omschrijving:...</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
➔ Ga door naar volgende pagina					

WEGING VAN DREIGEND GEVAAR (VERVOLG) --> invullen door CASUÏSTIEKCOMMISSIE

Criteria		Ja	Nee	Onbekend
1	Voldoet cliënt aan criterium 'Psychiatrische stoornis' (minimaal een as 1 stoornis)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Voldoet cliënt aan criterium 'Gevaar'?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Voldoet cliënt aan criterium 'Moeizaam in zorg' blijkens (dreigende) zorgbreuken?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hoofdconclusie		Ja	Nee	Onbekend
	Hoort cliënt thuis in Aanpak Psychiatrische Patiënten Potentieel Gevaarlijk (3PG)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i><ruimte voor opmerkingen casuïstiekcommissie ></i>				
Afmeldreden (als laatste invullen indien persoon niet wordt geïncludeerd)				
Wat is/zijn de belangrijkste redenen waarom betrokkene niet wordt geïncludeerd in de aanpak		<i><toelichting></i>		