

Komt een 112-melding bij de politie

Triage op de politie-meldkamer bij personen met verward gedrag

André Wierdsma, Yvette van Strien, Philip den Hollander & Aram van Reijssen

In het kader van een pilotproject 'triage en passend vervoer/zorg' bij personen met verward gedrag hebben sociaalpsychiatrisch verpleegkundigen van verschillende GGZ-instellingen in de regio Rijnmond/Zuid-Hollandse Eilanden meegeluisterd op de politie-meldkamer. De urgentie en gewenste inzet is beoordeeld met de triagewijzer van GGZ Nederland. De uitkomsten geven aan dat de meldkamer maar een deel ziet van de meldingen rond verward gedrag, dat veel gevallen niet urgent zijn en dat de informatie vaak beperkt is. Daarom is een eerste triage door ggz-deskundigen op de meldkamer niet efficiënt. Maar screening en vervolgzorg bij verward gedrag worden versterkt door betere samenwerking tussen meldkamer en de acute psychiatrie.

1 Inleiding

In 2015 is met de installatie van het Aanjaagteam Verwarde Personen opnieuw een slinger gegeven aan de lokale samenwerking rond de zorg voor mensen die zichzelf of anderen in gevaar brengen. De doelgroep 'verwarde personen' kennen we uit andere beleidsnota's als 'zorgwekkende zorgmijders', mensen die maatschappelijk dreigen af te glijden tot 'verkommerden en verloederden' en 'bedelaars en buitenslapers'. Eind vorige eeuw ging het beleidsdebat vooral over autonomie van de patiënt tegenover de toepassing van dwang- en drangmaatregelen. In de afgelopen jaren ligt meer de nadruk op het spanningsveld van persoonlijke vrijheid en maatschappelijke veiligheid (Mulder et al., 2017a). Dit hele spectrum valt binnen de brede definitie van verwarde personen die het Aanjaagteam voorstelt. Het Eindrapport omschrijft de doelgroep als 'mensen die grip op hun leven (dreigen te) verliezen, waardoor het risico aanwezig is dat zij zichzelf of anderen schade berokkenen' (Aanjaagteam Verwarde Personen, 2016). Deze definitie omvat zowel mensen met een strafrechtelijke maatregel als mensen met persoonlijk leed die geen overlast veroorzaken. Het spectrum loopt dus van strafbare feiten door personen met ernstige psychiatrische aandoeningen tot en met problemen rond werkloosheid en sociale isolatie van mensen die anderen niet tot last zijn.

De brede definitie van 'verwarde personen' heeft nadelen en voordelen. Een breed perspectief heeft als nadeel dat het moeilijk wordt om een duidelijk beeld te krijgen van het aantal personen met verward gedrag en de achtergronden van ontwikkelingen (De Vries et al., 2016). Sinds enkele jaren meldt de politie steeds weer een toename van het aantal E33-meldingen die gaan over personen met ver-

André Wierdsma, Yvette van Strien, Philip den Hollander & Aram van Reijssen

ward gedrag: een toename van ongeveer 40.000 in 2011 tot bijna 66.000 in 2015 (Kuppens et al., 2016). De problematiek is in verband gebracht met diverse maatschappelijke achtergronden, onder andere de financiële en economische crisis, individualisering, vergrijzing, beddenreductie in de psychiatrie en ambulantisering van de zorg, en invoering van een eigen risico waardoor sommige patiënten geen zorg meer willen (De Winter, 2016; Mulder et al., 2017a). De urgentie om problemen aan te pakken groeit met gebeurtenissen zoals de moord op Els Borst in 2014. Er wordt dan ook veel gevraagd van de organisaties die landelijk en lokaal zijn opgezet om risico's en bedreigingen in te dammen. Maar beleidsveranderingen en bezuinigingen zetten de uitvoering van taken en ook de samenwerking tussen hulpverleningsorganisaties onder druk. Een voorbeeld van complexe veranderingen is de invoering van een landelijke politieorganisatie gekoppeld aan de decentralisatie van taken naar gemeenten en de faillissementen en fusies in de zorg. Door de uitwerking van de samenwerking in de praktijk kunnen ook regionale verschillen ontstaan in de ontwikkeling van het aantal meldingen van personen met verward gedrag (Koekkoek, 2016).

Een voordeel van het brede perspectief op 'verwarde personen' is dat het recht doet aan de vaak complex samengestelde problematiek. Het stimuleert betrokken partijen bij te dragen aan een gezamenlijke inspanning om de problemen op te lossen. Alle gemeenten in Nederland zijn gevraagd om met hun ketenpartners te komen tot een sluitende aanpak van zorg en ondersteuning van personen die verward gedrag vertonen. De druk op deze gezamenlijke aanpak is opgevoerd, doordat de politie heeft aangegeven te stoppen met opvang en vervoer van verwarde personen die geen strafbare feiten hebben gepleegd. Regionaal is er dan ook veel aandacht voor het beperken van de inzet van politie en voor alternatieve vormen van vervoer zoals de Psycholance onder andere in de regio's Amsterdam en Eindhoven. In een brief aan de Tweede Kamer stelt de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport dat ook eenduidige triage door de politie-meldkamer en de ambulance-meldkamer belangrijk is. Een adequate triage kan helpen om snel de juiste deskundigheid in te zetten bij een melding over iemand met verward gedrag (Kamerbrief 14-12-2016, kenmerk 1066533-159337-CZ).

Om te komen tot een sluitende aanpak van de zorg voor verwarde personen is in de regio Rotterdam-Rijnmond en Zuid-Holland Zuid medio 2016 het plan 'Eerder en beter in zorg' opgesteld. Dit plan van aanpak stelt dat vervoer van verwarde personen het beste kan worden geregeld op basis van goed zicht op de cijfers. Daartoe is de pilot 'triage en passend vervoer/zorg voor mensen met verward gedrag' gestart met als eerste stap een verkennend onderzoek naar de mogelijkheden voor betere triage op de meldkamer. In een samenwerkingsverband van politie, ambulancedienst, gemeenten, verzekeraars en de GGZ is gekeken naar de meerwaarde van gespecialiseerde ggz-deskundigheid op de politie- meldkamer. Het onderzoek had als doel een beeld te krijgen van de meldingen in termen van het soort verward gedrag en de urgentie en de aard van de gewenste inzet.

2 Methode

2.1 Projectopzet

In de periode november 2016 tot en met januari 2017 konden de centralisten van de politie-meldkamers Rotterdam en Dordrecht psychiatrische deskundigheid inschakelen. Ggz-experts, veelal sociaalpsychiatrisch verpleegkundigen (SPV), van verschillende GGz-instellingen in de regio Rijnmond/Zuid-Hollandse Eilanden luisterden mee. Op aangeven van de politie-meldkamer draaiden de ggz-experts middag- en avonddiensten op de naar verwachting meest drukke tijden: vrijdag tot en met zondag van 14.00 tot 22.30 uur. Voor de toegang tot de meldkamer tekenden de sociaal-psychiatrisch verpleegkundigen (SPV'ers) een geheimhoudingsverklaring van de politie. In wekelijkse besprekingen zijn ervaringen uitgewisseld en de mogelijkheden en beperkingen geïnventariseerd voor interventies als follow-up van de meldingen. Expliciet was het de hulpverleners toegestaan om waar nodig een vervolg te geven aan de melding, bijvoorbeeld door contact te leggen met de huisartsenpost of met de behandelaar binnen de GGZ. Op deze wijze werd aangesloten op de aanpak binnen het Rotterdamse Politie-Psychiatrie-Project (PPP). In dit samenwerkingsproject worden dagelijks de meldingen 'incident met verwarde persoon (E33)' door politie en GGZ-medewerkers gescreend op incidenten waarbij vervolgzorg van de GGZ gewenst lijkt.

2.2 Meldingen

Een ondergrens voor het aantal te verwachten meldingen in de pilot is geschat op basis van de politieverwijzingen in de psychiatrische crisisdienst in Rotterdam: 11 per dag, oftewel 3 à 4 per dienst. In totaal was 28 dagen een ggz-deskundige in de middag- en avonduren op de politie-meldkamer aanwezig. Het verwachte aantal komt daarmee uit op minimaal 110 meldingen. In het begin zijn alleen de meldingen vastgelegd waarbij in vivo is meegeluisterd, waardoor tussentijds binnenkomende meldingen werden gemist. Later is in de notities van de 112-meldingen over de hele dag nagezocht of er mogelijk sprake was van verward gedrag. In totaal zijn 155 meldingen geregistreerd, met een gemiddeld aantal van 6 meldingen, variërend van 0 tot 25 meldingen. Piekuren waren namiddag rond 16.00 uur en vroeg in de avond rond 20.00 uur. Het totaal is ruim 20% van de bovengrens uitgaande van het hoogste aantal meldingen van 25 per dag (maximaal 700 meldingen). Het aantal beoordeelde meldingen lijkt daarom voldoende om een representatief beeld te kunnen geven van de casuïstiek van verwarde personen op de politie-meldkamer.

2.3 Bronnen

De aard van de melding en de beoordeling van de situatie zijn vastgelegd op een registratieformulier. Van een melding waar de SPV'er bij werd betrokken, zijn het volgnummer, datum en tijd genoteerd, welk beeld van de aard en ernst van de situatie is verkregen en welke inzet gewenst leek. Ook is genoteerd welke vragen zijn gesteld om de situatie te verduidelijken en een indicatie te geven van de urgentie en de gewenste inzet. Wanneer een naam of adres genoemd werd, kon aanvullende informatie worden gezocht: is de betrokkene bekend in de ggz, zijn er

André Wierdsma, Yvette van Strien, Philip den Hollander & Aram van Reijssen

recente contacten, was er daarbij sprake van gevaar? Verrijking van de informatie van een melding is voor deze pilot mogelijk gemaakt op basis van verschillende informatiesystemen. De hulpverleners hadden met beveiligde en deels afgeschermdde verbindingen toegang tot enkele informatiesystemen waaraan verschillende gemeentelijke diensten en maatschappelijke opvangvoorzieningen zijn aangehaakt. Daarnaast hadden de SPV'ers op basis van eigen accounts toegang tot de dossiers van de GGZ-instellingen die in deze pilot participeerden. Ook konden lijsten worden geraadpleegd waarin door de politie-meldkamer informatie wordt vastgelegd over de 'do's and don'ts' bij bekenden, zoals verwarde veelbelvers.

2.4 Urgentie en gewenste inzet: GGZ-triagewijzer

Voor een gestandaardiseerde beschrijving van de meldingen is gebruikgemaakt van de GGZ-triagewijzer die in opdracht van GGZ Nederland is ontwikkeld voor de generieke module Acute psychiatrie (Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGZ, 2017). De triagewijzer helpt bij het inschatten van de zorg die een persoon nodig heeft, op welk moment (urgentie) en welke expertise nodig is. Doel is om passende hulp te bieden en de persoon in crisis of naasten en de verwijzer informatie te geven over de inzet van zorgverlening (waaronder de wachttijd). In het schema wordt onderscheid gemaakt tussen somatische problematiek, suïcidaliteit en verwardheid en de urgentiegraden variëren van 0: uitval van vitale functies of 1: levensbedreigend voor persoon zelf of de omgeving tot 4: preventie van escalatie of acute psychiatrische hulpverlening is niet nodig (reguliere zorg volstaat). Op basis van deze indeling is vervolgens de benodigde inzet van de acute zorg of van de politie aan te geven. Bij een levensbedreigende situatie op basis van somatische kenmerken is de inzet dat zo snel mogelijk een ambulance ter plaatse komt voor bijvoorbeeld vervoer naar de Spoedeisende Hulp (SEH). Aan de andere kant van het spectrum staat suïcidedreiging of verward gedrag van een bekende patiënt. Dan kan mogelijk worden volstaan met preventie van verdere escalatie en reguliere vervolgzorg door de eigen behandelaar of op verwijzing van de huisarts. Op het registratieformulier is voor somatiek, suïcide en verward gedrag met een score van 0 tot 5 de urgentie en de benodigde inzet gescoord.

De GGZ-triagewijzer is in ontwikkeling en niet eerder in de praktijk toegepast. Daarom zijn naast de triagewijzer andere schalen gebruikt. Met twee visueel analoge schalen (VAS) zijn ook de urgentie en gewenste inzet gescoord. De verpleegkundigen is gevraagd op lijnen met een bereik van honderd punten de urgentie (van laag = 0 tot hoog = 100) te markeren en de zorginzet (primair politie = 0 of primair ggz = 100) te scoren. Een schaal van gevaar is gebruikt om de aard en de ernst van het gevaar te scoren (Van Baars, 2006). Deze schaal geeft een uitwerking van de drie categorieën van gevaar die in de Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Wet Bpoz) worden onderscheiden: gevaar voor de algemene veiligheid van personen of goederen, gevaar voor de lichamelijke of psychische gezondheid van anderen en gevaar voor de betrokkene zelf (zelfverwaarlozing of gevaar dat hinderlijk gedrag agressie van anderen zal oproepen). Per categorie illustreren korte omschrijvingen de gradaties van de ernst van het gevaar. Bijvoorbeeld: de algemene veiligheid van personen of goederen kan varië-

ren van ‘Geen gevaar voor de openbare orde’ tot ‘Zeer gevaarlijk bijvoorbeeld door een huis in brand steken, of ernstige vernieling van goederen – bijvoorbeeld auto’s op straat met een hamer bewerken’. Op het registratieformulier is met een score van 0 (niet van toepassing), 1 (geen gevaar) tot 5 (ernstig gevaar) voor de verschillende categorieën de ernst van het gevaar gescoord.

2.5 Data-analyse

Gegevens zijn vastgelegd in SPSS 23.0 en met beschrijvende statistiek samengevat voor een terugkoppeling naar de projectleden en naar de stuurgroep waarin bestuurders van alle betrokken organisaties vertegenwoordigd waren. De samenhang van de urgentiegraden en gewenste inzet volgens de GGZ-triagewijzer en VAS-scores is uitgedrukt in Pearsons correlatiecoëfficiënten. Verder is de samenhang van de VAS-schalen grafisch weergegeven. Statistische toetsing is in dit exploratieve onderzoek achterwege gelaten.

3 Resultaten

3.1 Verward gedrag

De GGZ-triagewijzer onderscheidt in de meldingen drie hoofdkenmerken: somatische kenmerken, suïcidaliteit en kenmerken van de omgeving, en kenmerken van verwardheid en omgeving. Meldingen waarbij somatische problematiek vooropstaat, komen overwegend binnen bij de meldkamer van de ambulancedienst en zijn hier niet apart genoemd. Tabel 1 geeft een overzicht van de soort meldingen, waarbij verward gedrag verder is onderscheiden naar de aard van het gevaar. De percentages betreffen matig, ernstig of zeer gevaarlijk gedrag. Niet verwonderlijk is dat op de politie-meldkamer veel problemen worden gesignaleerd die gaan over de openbare orde en algemene veiligheid van personen of goederen. Gevaar dat iemand een ander van het leven zal beroven of ernstig lichamelijk letsel zal toebrengen, komt in dit overzicht minder vaak voor, vermoedelijk omdat fysieke bedreiging niet meteen wordt geassocieerd met verward gedrag. Meldingen van suïcidepogingen of van mensen die zichzelf ernstig lichamelijk letsel toebrengen, komen vaak binnen bij de ambulancedienst, maar ook de politie-meldkamer krijgt frequent te maken met suïcidedreigingen. Soms wordt dan de politieonderhandelaar ingezet om het gevaar af te wenden. In enkele gevallen was er sprake van hinderlijk gedrag dat agressie van anderen kan oproepen. Ernstige zelfverwaarlozing (bijv. vervuiling) of maatschappelijk te gronde gaan (bijv. schuldenproblematiek) komen minder vaak voor.

Van de geregistreerde meldingen op de politie-meldkamer bleek meer dan de helft van de gevallen (55%) te gaan over een persoon met een psychiatrisch verleden in een instelling. In 18% van de meldingen is op basis van het verhaal van een familielid, huisarts of hulpverlener genoteerd dat betrokkene bekend is in de GGZ. In 37% van de meldingen kon op basis van de naam of het huisadres in een van de beschikbare registratiesystemen worden vastgesteld dat de melding een psychiatrische patiënt betrof. Meestal was het niet de betrokkene zelf die belde (77%), maar er zijn zogenoemde notoire bellers waarvan enkelen in een kliniek opgeno-

André Wierdsma, Yvette van Strien, Philip den Hollander & Aram van Reijssen

Tabel 1 Meldingen naar gevaar, percentage matig tot zeer gevaarlijk (N=155)

Soort gevaar	Voorbeeld	%
Openbare orde	'70-jarige vrouw loopt buiten met een breekijzer. Zij geeft aan dat mensen haar woning binnen willen.'	28%
Suïcide	'43-jarige persoon heeft via Messenger kenbaar gemaakt zich te willen suïcideren, laatste bericht 1 uur geleden: "ik wil 2017 niet meer meemaken, voor mij is het gedaan".'	21%
Psychische gezondheid	'Man bekend met PTSS kan veteranenloket niet bereiken. Hij heeft zichzelf in gezicht gesneden.'	7%
Fysiek geweld	'Vrouw (46 jaar) belt over ruzie met haar partner. Zij wil hem niet meer binnen laten. Sprake van huiselijk geweld in het verleden.'	7%
Risicovol gedrag	'Zeer net geklede, uit Duitsland afkomstige, 45-jarige psychotische man met koffer spreekt mensen op straat aan, wat snel leidt tot conflicten.'	6%
Zelfverwaarlozing	'Melding betreft 56-jarige man, alcoholist – buiten bewustzijn, bekend met diabetes en diazepamgebruik in combinatie met alcohol.'	3%
Anders/onduidelijk	'Man (50 jaar) belt meerdere malen vanwege bedreigingen door mensen met vuurwapens. Politie heeft niets aangetroffen. Praat erg onduidelijk in huis tegen iemand anders?'	29%

men bleken te zijn: 'Een meisje belt: haar vader is agressief; bij navraag blijkt dat de vader zojuist in de kliniek op ziekenbezoek is geweest.' Van de bekenden in de GGZ belde ruim 25% zelf versus ongeveer 20% van overige meldingen.

3.2 Urgentie en inzet

In de pilot is door de verpleegkundigen genoteerd welke kernvragen zijn gesteld om meer inzicht te krijgen in de urgentie en aard van het verwarde gedrag. Kernvragen zijn: wat is het probleem (somatic, suicide, mate van verwardheid)? Waar in zorg (bekend in de ggz)? Is er gevaar (hoe dreigend is de situatie)? Hoe verder (is er iemand bij, wil betrokkene zelf hulp)? Deze inventarisatie van kernvragen sluit aan bij de indeling van de GGZ-triagewijzer. De triagewijzer helpt bij het vaststellen welke actie nodig is, doordat het verschillende niveaus van urgentie onderscheidt en schematisch verduidelijkt. In tabel 2 zijn de meldingen ingedeeld naar hoogste urgentiegraad in de rijen en gewenste inzet van de hulpverlening in de kolommen. Volgens de SPV'ers werd in een aantal gevallen aan de telefoon onvoldoende duidelijk met welke urgentie en door welke actor zou moeten worden opgetreden. In 21,9% van de meldingen werd de urgentie of de gewenste inzet niet volgens de triagewijzer gecoörd. Deze zijn in het totaaloverzicht opgevat als niet urgent en ingedeeld bij de reguliere zorg. Naar het oordeel van de

Tabel 2 GGZ-triagewijzer naar hoogste urgentie en inzet (N=155)

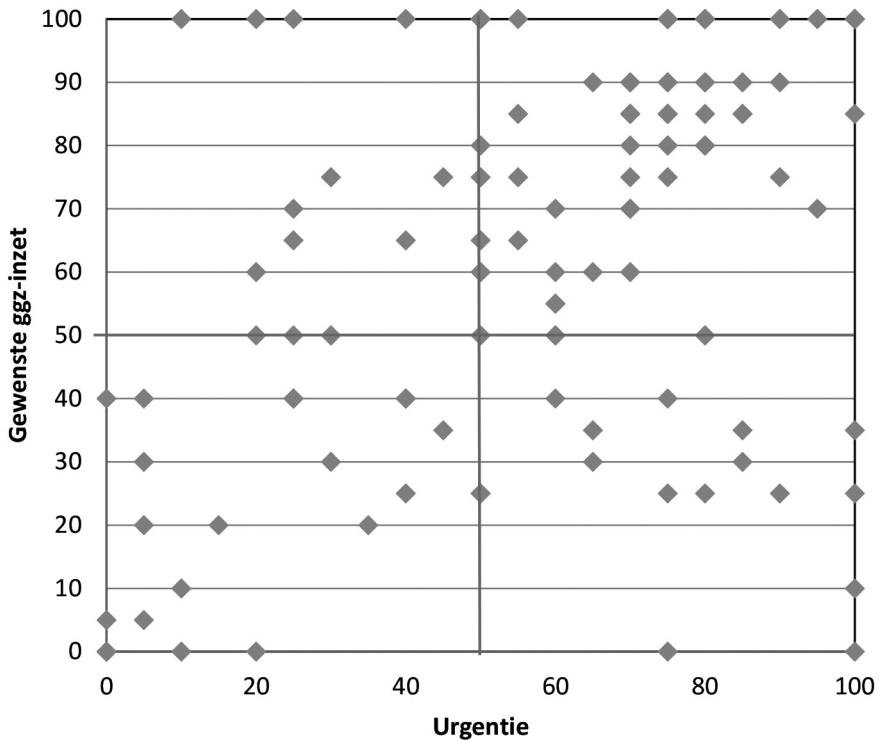
Urgentie	Ambulance SEH	Ambulance/politie	Acute dienst/Huisartsen-post	Eigen behandelaar	Reguliere zorg
< 15 minuten	7,7%	0,6%			1,3%
Binnen 1 uur	1,3%	18,7%	2,6%		0,6%
Binnen 4 uur	1,3%	3,2%	13,5%	3,9%	1,9%
< 24 uur		0,6%	1,9%	7,1%	5,2%
≥ 24 uur	1,3%	0,6%	1,9%	2,6%	21,9%

SPV'ers moet bij 33% van de meldingen binnen één uur actie worden ondernomen. Aan de andere kant van het spectrum is ruim een derde (37%) ingedeeld als niet-urgent of niet te beoordelen en ligt het initiatief bij de eigen behandelaar of de reguliere zorg. In totaal werd 67% van de meldingen als niet-urgent beoordeeld (tijd van melding tot interventie mag langer dan één uur zijn) en zou bijna twee derde deel (65%) kunnen worden opgepakt door de huisarts(enpost), de acute psychiatrie of een andere zorgvoorziening.

De urgentiegraden en gewenste inzet volgens de GGZ-triagewijzer correleerden met de urgentie VAS-scores (Pearsons $r = .58$) en de politie versus GGZ VAS-score ($r = .38$). Deze correlaties zijn begrensd, omdat de triagewijzer en VAS-scores niet exact dezelfde betekenis hebben. De GGZ-triagewijzer onderscheidt ambulance-dienst of politie versus eigen behandelaar of reguliere zorg, terwijl de VAS-indeling meer specifiek de politie tegenover GGZ-inzet benoemt. De triagewijzer heeft de meldkamer als referentiekader waar de centralist urgentie in minuten uitdrukt en de minst urgente categorie 24 uur of langer is. Ook wanneer een vervolg op de melding de volgende dag kan worden ingezet, is soms door SPV'ers hoog gescoord op de urgentie-VAS, bijvoorbeeld wanneer de noodzaak van nazorg van belang werd geacht. Ter illustratie: 'Vrouw in verzorgingshuis zag mannen voor haar raam die niet weg wilden ... Heeft al meerdere meldingen gedaan. Aantekening gemaakt in politiesysteem dat niet wordt uitgerukt. Gemeld bij de woonvoorziening voor gedragsonderzoek.'

In figuur 1 is de mate van urgentie op de horizontale as en de gewenste ggz-inzet verticaal gezet om de verdeling van de VAS-scores in beeld te brengen (N=133). In 14% van de gevallen zijn de VAS-scores voor urgentie of politie versus ggz-inzet niet aangegeven. Met een VAS-score van 50 als afkappunt is 23% van de meldingen beoordeeld als niet-urgent en primair een zaak voor de politie (kwadrant linksonder), tegenover 15% als niet-urgent maar die wel vragen om vervolgzorg door de GGZ (kwadrant linksboven). In bijna de helft van de meldingen zou het gaan om acute psychiatrie (kwadrant rechtsboven), terwijl ook een deel van de urgente zaken primair een taak van de politie blijft (kwadrant rechtsonder). Bij ongeveer 20% van de meldingen lagen de beide VAS-scores dicht bij het afkappunt. Net als de ontbrekende scores laat ook dit percentage zien dat de informatie

André Wierdsma, Yvette van Strien, Philip den Hollander & Aram van Reijssen



Figuur 1 *Visueel Analoge Schaal-scores van urgentie en ggz-inzet*

van de melder, soms verrijkt met gegevens van diverse informatiesystemen, in een aantal gevallen toch niet resulteert in een duidelijk beeld van de situatie in termen van urgentie en gewenste inzet.

4 Discussie

4.1 Ggz-deskundigheid op de meldkamer

Met de pilot 'triage en passend vervoer/zorg voor mensen met verward gedrag' is in het plan van aanpak in de regio's Rotterdam-Rijnmond en Zuid-Holland Zuid ingezet op een verkenning van de behoefte aan 24/7 psychiatrische deskundigheid op de politie-meldkamer. Uit de reacties van alle betrokkenen komt naar voren dat het contact tussen centralisten en verpleegkundigen als zeer positief is beoordeeld. De kennis en ervaringen met psychiatrische problematiek en de sociale kaart van de zorg in de regio van de SPV'ers passen goed bij de brede scope en werkwijze van de centralisten op de meldkamer.

De resultaten van de pilot laten echter zien dat de aanwezigheid van SPV'ers op de meldkamer zowel kwantitatief als kwalitatief geen efficiënte inzet van ggz-deskundigheid is. De registratie van de meldingen maakt duidelijk dat de meldkamer

werkt met piekbelasting, waardoor het ook in de gewoonlijk drukke tijdvakken kan voorkomen dat over verwarde personen slechts een beperkt aantal meldingen binnenkomt. Bovendien komen op de politie-meldkamer niet alle gevallen binnen rond verward gedrag en mogelijk vervoer naar psychiatrische voorzieningen. Andere meldpunten en ook de acute diensten van de GGZ-instellingen hebben te maken met zaken die door de politie als E33-meldingen worden aangemerkt. Niet alleen kwantitatief, maar ook naar de inhoud van de meldingen is de meerwaarde van de inzet van psychiatrische deskundigheid op de meldkamer beperkt. Om die inhoud systematisch vast te leggen, is in deze pilotstudie voor het eerst de door GGZ Nederland ontwikkelde GGZ-triagewijzer in de praktijk toegepast. Uit de registratie blijkt dat de beoordeling van de urgentie of de gewenste inzet ontbreekt bij 14% (VAS-scores) tot 21,9% (triagewijzer) van de meldingen. Wanneer bijvoorbeeld omwonenden bellen vanwege overlast of betrokkene zelf in een psychotische toestand aan de telefoon is, kan de informatie voor de triagewijzer ontoereikend zijn.

4.2 Aantal meldingen

In de onderzoeksperiode registreerden SPV'ers 155 meldingen tijdens middag- en avonddiensten in een tijdvak van ongeveer vier weken. Wanneer actief alle meldingen beoordeeld waren, was dit aantal aanzienlijk hoger uitgekomen. De omvang van de problematiek moet dan ook niet worden onderschat. In de grote steden is het aantal E33-meldingen in de afgelopen jaren gestegen van 4000 à ruim 5000 tot rond 6500 per jaar, gemiddeld ongeveer 125 per week in 2015 (Kuppens et al., 2016). Het aantal meldingen van personen met verward gedrag ligt nog hoger, omdat de politie andere categorieën gebruikt voor bijvoorbeeld dronkenschap en strafbare feiten. Niet alle E33-meldingen komen binnen via het noodnummer op de politie-meldkamer. E33-zaken worden ook gemeld via het algemene politie-nummer (0800) of de wijkagenten. Bovendien zijn er incidenten die geen inzet van de politie vragen. Wanneer bij verward gedrag somatische problemen vooropstaan, is er hulp van de huisarts(enposten) en SEH-afdeling, rechtstreeks of via de ambulancedienst. Naast de wijkagenten zijn de wijkteams van de gemeente en het Vangnet & Advies-team van de GGD actief in de begeleiding van mensen die zelf de weg naar de maatschappelijke voorzieningen en de gezondheidszorg moeilijk weten te vinden. Eind 2016 is daar in Rotterdam het Meldpunt Verwarde Personen bij gekomen, waar burgers signalen kunnen afgeven van verward gedrag van mensen in de eigen omgeving. Ook de telefonische hulpdienst (Sensor), het crisiscentrum en de acute diensten van de GGZ en verslavingszorg zijn 24/7 bereikbaar. In Rotterdam maken alleen al de psychiatrische crisisdiensten jaarlijks bijna 3000 contacten, waarvan minder dan één op de vijf meldingen een acute noodsituatie betreft met politie als verwijzer of het politiebureau als contactplaats (Mulder et al., 2017b).

4.3 Psychiatrische achtergrond

Een aanzienlijk deel (55%) van de meldingen rond verwarde personen op de politie-meldkamer betreft bekenden in de ggz. Ook eerdere studies laten zien dat een belangrijk deel van de meldingen gaat over psychiatrische patiënten. In de

André Wierdsma, Yvette van Strien, Philip den Hollander & Aram van Reijssen

door Kuppens en collegae (2016) bestudeerde meldingen kon uit 29% van de E33-registraties worden opgemaakt dat de betrokkene een psychiatrisch verleden in een instelling had. Opgemerkt wordt dat het percentage waarschijnlijk een onderschatting is, omdat in de andere gevallen soms ook sprake was van ernstige ziektebeelden en multiproblematiek. Een deel van deze mensen is mogelijk een periode in zorg geweest, ook al is dat in de rapportage niet naar voren gekomen. Bovendien beperkte deze studie zich tot de E33-registraties. Volgens Abraham en Nauta (2014) wordt het verwarde gedrag van personen met ggz-problematiek voor een belangrijk deel onder andere codes weggeschreven (bijv. E13: huiselijke twist of E14: poging tot zelfdoding). Hekkert en De Jong (2015) kwamen in een studie van E33- en andere registratiecategorieën dan ook op een hoger percentage uit: 45% psychiatrische patiënten.

4.4 *Passend vervoer*

Een verkennend onderzoek naar de mogelijkheden voor betere triage op de meldkamer vormde een eerste stap naar passend vervoer en zorg voor mensen met verward gedrag. In de registratie van de gesprekken op de meldkamer is echter niet systematisch nagegaan of de politie ter plaatse ging en betrokkene naar een zorgvoorziening of het politiebureau werd vervoerd. Daarom kunnen vragen over onnodige ritten of benodigde capaciteit aan alternatieve vormen van vervoer niet goed worden beantwoord. Uit de omschrijvingen is op te maken dat in de helft van de gevallen er geen sprake was van vervoer van personen met verward gedrag. Mogelijk in 80 gevallen wel, hetgeen omgerekend neerkomt op ongeveer 3 ritten per dienst en mogelijk 20 ritten per week. Daarmee is een ondergrens voor de vervoersbewegingen aangegeven, omdat het geplande vervoer tussen zorgvoorzieningen en ander passend vervoer niet zijn meegerekend. Uit de registratiegegevens van de acute diensten blijkt dat er in de regio wekelijks 4 à 5 zogenoemde gastplaatsingen zijn. Dan wordt een opname door een andere instelling overgenomen, maar met de afspraak dat binnen vijf dagen de patiënt wordt teruggenomen. Naast dit geplande vervoer zijn er andere situaties buiten het zicht van de 112-meldkamer die om passend vervoer vragen. Gemiddeld per week zijn er meer dan 10 meldingen bij de acute dienst waarbij de patiënt naar een opnameafdeling moet worden vervoerd (opname is de gerealiseerde interventie, exclusief voortzetting van opname waarbij de plaats van het contact een ggz-opnameafdeling was). In totaal zijn er in de regio naar schatting 35 gevallen per week, waarbij nu vaak politiemensen of andere hulpverleners het vervoer van personen met verward gedrag voor hun rekening nemen. Vervoer met psychiatrische deskundigheid, zoals een zogenoemde psycholance of zorgtaxi, zou in deze situaties een meer passende vorm kunnen zijn.

5 Scenario's

Bij de meldingen die zijn beoordeeld als niet-urgent en ook niet primair als taak voor politie of ambulancedienst, komt een andere aanpak in beeld waarbij passend vervoer onderdeel is van een breder palet van voorzieningen. Van Neerbos

en van Riet (2013) onderscheiden verward gedrag in vier typen waaraan met de GGZ-triagewijzer verschillende scenario's zijn te verbinden.

- Ten eerste zijn er de zogenoemde notoire bellers die geen aanleiding geven tot onmiddellijke inzet van politie of GGZ (in figuur 1 de kwadrant linksonder). Wanneer er tijd en gelegenheid is, gaan in de huidige situatie de centralisten op de meldkamer het gesprek aan, maar dan ontbreekt specifieke deskundigheid en goede kennis van de sociale kaart in de regio. In de terugkoppelingsbijeenkomsten is daarom voorgesteld vanuit de meldkamer een directe telefonische link te leggen met de GGZ. Daarin kan bijvoorbeeld worden voorzien door de telefonische hulpdienst verbonden aan het crisiscentrum uit te breiden.
- Een tweede categorie van meldingen beoogt de aandacht te vestigen op de psychosociale problemen (figuur 1: kwadrant linksboven). Niet altijd gaat het om mensen met ernstige psychische problematiek, maar bijvoorbeeld om een verstandelijke handicap of dementie of om een stressreactie door schulden. Veel gevallen zijn niet urgent, hetgeen mogelijkheden biedt voor goede screening en nazorg zoals in het PPP-samenwerkingsverband. Zo kunnen bekende ggz-patiënten worden gesignaleerd en waar nodig behandelafspraken worden aangepast. In andere gevallen bezoeken de GGZ-medewerkers de persoon in de thuissituatie of leggen zij verbinding met een wijkteam.
- Ten derde kan een deel van de meldingen worden getypeerd als een schreeuw om hulp (figuur 1: kwadrant rechtsboven). Bij suïcidepogingen of eerste psychoses ligt het voor de hand dat acute psychiatrische hulp wordt geboden. Nu komt het voor dat bij een suïcidedreiging de gijzelingsonderhandelaar van de politie wordt ingezet of dat de politie of ambulancedienst langs verschillende voorzieningen moet rijden om iemand opgenomen te krijgen. Convenantafspraken tussen meldkamer en GGZ kunnen hier een oplossing bieden. Een groot deel van de meldingen betreft bekenden in de ggz. Een probleem bij patiënten met ernstige psychiatrische aandoeningen is dat ziekte-inzicht en motivatie tot behandeling ontbreken, waardoor crisissituaties herhaaldelijk voorkomen. Draaideurpatiënten kunnen baat hebben bij programma's gericht op verbetering van het ziekte-inzicht (Staring et al., 2009), het voorkomen van medicatie-ontrouw door inname financieel te belonen (Noordraven et al., 2017) of het opstellen van een crisiskaart waarin afspraken worden vastgelegd hoe te handelen in crisissituaties (Ruchlewska et al., 2014).
- Tot slot zijn er meldingen waarbij sprake is van urgente dreiging voor de persoon zelf of voor de directe omgeving (figuur 1: kwadrant rechtsonder). In veel gevallen zal de politie dan toch uitrukken. Aanvullende informatie over de persoon kan dan belangrijk zijn voor de veiligheid van alle betrokkenen. Het delen van informatie tussen instellingen draagt er ook toe bij dat patiënten tijdig deskundige hulp krijgen en geeft continuïteit van zorg (Wierdsma et al., 2009).

André Wierdsma, Yvette van Strien, Philip den Hollander & Aram van Reijssen

6 Conclusie

Een eerste triage door ggz-deskundigen van de meldingen die binnenkomen op de politie-meldkamer is niet efficiënt, (a) omdat vaak geen onmiddellijke inzet van hulpverlening en vervoersmiddelen nodig is en (b) omdat bij een deel van de meldingen de beschikbare informatie onvoldoende is om triage op straat te voorkomen. De niet-urgente zorg rond verwarde personen kan worden verbeterd wanneer meldingen kunnen worden doorgezet naar een telefonische hulpdienst of ambulante outreach voor screening en nazorg. De acute zorg bij verward gedrag kan worden versterkt door heldere afspraken tussen politie en ambulancedienst en de acute psychiatrie en mogelijk ook door de inzet van een psycholance of zorgtaxi. Randvoorwaarden hierbij zijn: informatie delen, heldere financiering van vervoersmiddelen en voldoende opnamecapaciteit in de psychiatrie in de regio.

Literatuur

- Aanjaagteam Verwarde Personen (2016) *Doorpakken!*. Den Haag, september.
- Abraham M. & O. Nauta (2014) *Politie en 'verwarde personen'*. *Onderzoek naar optreden van de politie in relatie tot personen met verward gedrag*. Amsterdam: WODC, Ministerie van Justitie.
- De Vries, S., A. Spruit & G.J. Stams (2016) *Een verkennend literatuuronderzoek naar de omvang en aard van de problematiek bij verwarde personen*. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam, Afdeling Forensische Orthopedagogiek.
- De Winter, R.F.P. (2016) Een aanjaagteam voor verwarde personen. *Ned Tijdschr Geneeskd* 160:D55, 1-2.
- Hekkert, A. & M. de Jong (2015) *De Eenheid in verwarden*. *Verwarden in de Eenheid Rotterdam*. Rotterdam: Politie.
- Koekkoek, B. (2016) *Verward in Nederland*. Houten.
- Kuppens J., A. van Wijk, T. van Ham & D. Jager (2016) *Stijging meldingen verwarde personen in de regio Rotterdam*. Bureau Beke.
- Mulder, C.L., J. van Weeghel, A.I. Wierdsma, J. Zoeteman & A.H. Schene (2017a) GGz in de frontlinie bij de aanpak van verwarde personen. *Tijdschr Psychiatr*, n.n.g.
- Mulder, C.L., A.I. Wierdsma & A. van Hemert (2017b) Epidemiologie. In: R.A. Achilles, R.J. Beerthuis, W.M. van Ewijk & J.B. Zoeteman (red.), *Handboek spoedeisende psychiatrie* (p. 34-50). Utrecht: De Tijdstroom.
- Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGz (2017) *Generieke module Acute psychiatrie Utrecht*. www.ggzstandaarden.nl/generieke-modules/acute-psychiatrie.
- Noordraven, E.L., A.I. Wierdsma, P. Blanken, A.F.T. Bloemendaal, A.B.P. Staring & C.L. Mulder (2017) Financial incentives for improving adherence to maintenance treatment in patients with psychotic disorders (Money for Medication): a multicentre, open-label, randomised controlled trial. *The Lancet Psychiatry*, 4(3), 199-207.
- Ruchlewska, A., A.I. Wierdsma, A.M. Kamperman, M. van der Gaag, R. Smulders, B.-J. Roosenschoon, et al. (2014) Effect of Crisis Plans on Admissions and Emergency Visits: A Randomized Controlled Trial. *PLoS ONE*, 9(3), e91882.
- Staring, A.B.P., M. van der Gaag, M. van den Berge, H.J. Duivenvoorden & C.L. Mulder (2009) Stigma moderates the associations of insight with depressed mood, low self-

- esteem, and low quality of life in patients with schizophrenia spectrum disorders. *Schizophr Res*, 115, 363-369.
- Van Baars, A.W.B. (2006) De schaal voor gevaar Het belang van de ontwikkeling van een meetinstrument ter beoordeling van gevaar bij psychiatrische patienten. In: C.L. Mulder & A. Snijedewind (red.), *De epidemie van dwangtoepassingen in de psychiatrie* (p. 85-100). Badhoevedorp: Mension.
- Van Neerbos, T.P.W. & F.A.M. van Riet (2013) *Vroegsignalering & persoonsgerichte aanpak verwarde dreigers volgens de 3A-methodiek*. Rotterdam: Dienst Regionale Informatie Organisatie/Dienst Regionale Recherche.
- Wierdsma, A.I., C.L. Mulder, S. de Vries & S. Sytema (2009) Reconstructing continuity of care in mental health services: a multilevel conceptual framework. *Journal of Health Services Research & Policy*, 14(1), 52-7.