



Position paper GGD GHOR Nederland voor rondetafelgesprek 'Personen met verward gedrag' op 23 september 2019

Inleiding

Het aantal overlastregistraties waarbij personen met verward gedrag betrokken waren is, volgens rapportage van de nationale politie, in de eerste helft van 2019 weer toegenomen. De politie kreeg in de eerste helft van 2019 47.632 meldingen, dat is acht procent meer dan in de eerste helft van 2018 (44.153). Hiermee lijkt de stijging van het aantal incidenten met personen met verward gedrag door te zetten, zoals afgelopen jaren het geval is geweest. Hoewel voorzichtigheid met cijfers geboden is, betreft het hier een maatschappelijk probleem waarvan wij met u van mening zijn dat dit een zeer ongewenste ontwikkeling is.

Oorzaak kan liggen in problematiek veroorzaakt door mensen die in behandeling waren of in een (bijvoorbeeld penitentiaire) inrichting verbleven en die door machteloosheid binnen het systeem, zonder informatie of nazorg, ineens weer terug zijn in de wijk; hun behandeling en/of verblijf is beëindigd en ze zijn op zichzelf aangewezen, geen medicijnen, geen zorg, wel een treinkaartje... GGD'en met hun meldpunten, bemoeizorgteams en wijk-GGD'ers worden hiermee dagelijks, in toenemende mate, geconfronteerd.

Wij constateren dat, ondanks veel positieve inzet (tijd, geld en energie) en goede ontwikkelingen, de laatste jaren op het onderwerp 'personen met verward gedrag' er vaak geen sprake is van een sluitende keten of samenwerkend netwerk voor mensen met verward gedrag. De werelden van zorg en veiligheid liggen vaak nog ver uit elkaar; er is onvoldoende samenwerking en verbinding tussen de het zorgdomein en het veiligheidsdomein.

1. Vroegtijdig signaleren en interveniëren

Als GGD'en leggen wij de focus op 'de voorkant'; iets wat niet acuut is kan acuut worden als je er niks aan doet! Vroegtijdig hulp en/of (bemoei)zorg inschakelen kan voorkomen dat mensen (met risico op het ontwikkelen van verward gedrag) overlast veroorzaken. Dit doen wij op basis van signalen bij niet-acute meldpunten of bij wijk-GGD'ers. We zijn van mening dat er nog winst te behalen is aan deze voorkant.

Regie en verbinding

In de OGGz werken mensen met een brede blik op alle levensgebieden¹. Zij kunnen een belangrijke rol spelen in vroegtijdig signaleren en interveniëren en daarmee verdere escalatie voorkomen. De 'wijk-GGD'er'² heeft een specifieke functie; hij/zij is een verbindende schakel

¹ OGGz-medewerker, interventieteam, bemoeizorgteam, schakelverpleegkundige, wijk-GGD'er: er zijn meerdere functiebenamingen

² De Wijk-GGD'er onderscheidt zich van anderen: heeft niet te maken met DBC's, heeft een vrije en onafhankelijke rol en is niet omzet gedreven, kent niet 'dit is niet van ons', maar zegt 'dit lossen wij op'.

tussen zorg en veiligheid. De wijk-GGD'er kan door te schakelen tussen die twee domeinen vaak een passende oplossing vinden; in situaties die niet bij de politie horen (maar waar de politie wel mee geconfronteerd wordt), bijvoorbeeld een uitbehandelde GGZ-cliënt die terug is de wijk. Van belang hierbij zijn de goede contacten met de burgemeester en de Officier van Justitie en doordat wijk-GGD'ers de beschikking hebben over een goede kennis van en toegang tot een breed lokaal zorg- en maatschappelijk netwerk. Daarnaast kunnen mensen in de wijk terecht bij meldpunten³ en de wijk-GGD'er als ze signalen van verontrustend gedrag zien of als ze hun verhaal kwijt willen.⁴ De wijk-GGD'er *luistert, handelt en blijft regie houden* over een situatie. Hierbij voelt ook de omgeving zich gehoord en gesteund wat bijdraagt aan een sluitende ketenaanpak. Dit creëert draagvlak en begrip wat noodzakelijk is voor een inclusieve samenleving.

Sociaal medische zorg

Veel problematiek is gelegen in het maatschappelijke: eenzaamheid, schulden, dakloosheid, ingewikkeldheid van de samenleving en licht verstandelijke beperkingen. Inzet van hulp om het dagelijks leven op de rit te krijgen is dan nodig en vaak al voldoende. Maar ook inzet van (bemoei)zorg kan nodig zijn, ook als mensen dat niet willen (zorgmijders). Voorgaande kan escalatie van verward gedrag deels voorkomen en de politie ontzorgen. Kleine problemen moet je klein houden; normaliseren en aandacht vanuit de sociaal medische zorg scheelt veel leed bij de personen en de omgeving én scheelt veel kosten. GGD GHOR Nederland gaat de komende tijd ook aandacht vragen voor een betere landelijk dekkende borging van de sociaal medische zorg, vanwege een versnipperd en ontoereikend aanbod bij gemeenten. Lees hier meer over in [deze blog](#).

Signaleren en melden, landelijk nummer en netwerken, monitoring

GGD GHOR Nederland heeft landelijk een ondersteunende rol in de opzet van de (pilots) niet-acute meldpunten. Op dit moment zijn nog niet alle gemeenten in Nederland aangesloten op een meldpunt niet-acute zorg. Wij denken dat een landelijk dekkend netwerk van deze meldpunten nodig is, met daarachter een goed samenwerkende en sluitende keten of netwerk van hulp en zorg (lokaal en regionaal) dat ook goed aansluit op de veiligheidsketen. De GGD en de politie hebben beiden een publieke taak, niet omzet gedreven, trekken gemakkelijk samen op. Het is noodzakelijk om het regionaal goed te regelen en tevens het toekomstige landelijk telefoonnummer niet-acute zorg succesvol te maken. GGD'en zijn goed in staat om vanuit hun onafhankelijke rol⁵, werkzaam voor de gemeenten in de regio, de netwerken te organiseren en te faciliteren. Een aantal GGD'en werkt aan een regionale monitor OGGz/kwetsbare groepen. Voor het duiden van cijfers en het ontwikkelen van toekomstig beleid is dit van belang en we onderzoeken hoe dit te verbreden is naar alle regio's en naar een landelijke monitor OGGz.

³ Niet acute zorg, OGGz, Zorg & Overlast, ...

⁴ Veel zorgvragen zijn aandachtvragen

⁵ Een aantal GGD'en werkt momenteel samen met gemeenten aan de ontwikkeling en implementatie van het deel melding en verkennende fase (hoorplicht) in de nieuwe Wet verplichte GGZ.

Wat hebben wij nodig?

GGD GHOR Nederland pleit voor de doorontwikkeling naar één coördinatievoorziening voor niet-acute zorg in iedere regio onder regionale gemeentelijke regie, bestaande uit:

- een meldpunt niet-acute zorg;
- een stevige 'eropaf-functie' die 1) aan het meldpunt niet-acute zorg gekoppeld is, 2) die de verbindende schakel is tussen de zorgketen en de veiligheidsketen, dus nauw samenwerkt met de politie en justitie en 3) goed bekend is en samenwerkt met *het lokale netwerk*;
- een regionale monitor om bovenstaande punten uit te voeren, met een minimale dataset voor landelijke aggregatie van regionale data.

Gemeenten kunnen deze regierol met inzet van hun GGD adequaat inzetten. GGD'en kunnen – vanuit een publiek belang – verbinden met het zorgveld, het sociaal domein én veiligheidsdomein en kunnen lokale netwerken goed organiseren en faciliteren.

Gemeenten zien zich momenteel gesteld voor grote financiële tekorten op het sociale domein vanwege de onlangs gedecentraliseerde taken. Om de coördinatievoorziening kans van slagen te geven vragen wij de Rijksoverheid opdracht voor realisatie ervan in alle regio's, voorzien van financiële ondersteuning. Ook vragen wij om de monitorfunctie structureel te borgen in regelgeving.

2. Verbetering aansluiting niet acute zorg en acute zorg op veiligheid; de cliënt centraal

Zoals we hierboven al aanhaalden is er nog niet altijd een sluitende keten of samenwerkend netwerk voor mensen met verward gedrag in de regio en liggen de werelden van zorg en veiligheid nog vaak ver uit elkaar. Hierdoor staat de persoon met verward gedrag vaak niet centraal, maar de verantwoordelijkheden, taken en (on)mogelijkheden van de organisaties centraal. Dit onderbouwt Bauke Koekkoek in zijn [Verslag Verkenning Verward Gedrag](#). Idealiter zou een organisatie een cliënt pas moeten 'loslaten' als er een warme overdracht heeft plaatsgevonden naar relevante organisaties. Dit voorgaande gebeurt nu vaak niet, oorzaken hiervan zijn onder andere hoge werkdruk, onvoldoende menskracht en mogelijkheden tot informatie/gegevensdeling, het financieringsstelsel, sterk uiteenlopende regionale verschillen in de zorg voor kwetsbaren en onvoldoende kennis van het zorg- en veiligheidsnetwerk.

Ook belangrijk voor goede samenwerking is elkaar kennen en op de hoogte zijn wat de ander kan bieden, wat mogelijkheden zijn en waar grenzen liggen. *Het gaat dan om het verbinden – vertrouwen – loslaten principe*. Dat is niet vanzelfsprekend. Een verbeterde samenwerking tussen en op elkaar aansluitende werkprocessen voor de zorgpartners en die van veiligheid komt ten goede aan de professionals en hun organisaties, maar vooral ook aan mensen die verward gedrag vertonen en hun omgeving die daar zorgen over of last van heeft.

Wat hebben wij nodig?

- Interprofessionele scholing op het thema verward gedrag. Professionals uit het domein zorg (acuut en niet-acuut), preventie, veiligheid (politie) en uit het gemeentelijke domein volgen gezamenlijk masterclasses en intervisies zowel op landelijk als regionaal niveau. Elkaars professionele afwegingen leren kennen, het (leren) delen van informatie en het afstemmen van werkprocessen zijn belangrijke onderwerpen in de aanpak van personen met verward gedrag.
- Het versterken van verdere samenwerking tussen het domein van hulp en zorg en dat van veiligheid door ook werkprocessen beter op elkaar af te stemmen.

De zorg- en veiligheidspartners moeten dit in de eerste instantie samen oppakken. Wij vragen hierin wel een stimulerende rol van de Rijksoverheid om middelen beschikbaar te stellen voor de ontwikkeling van een landelijk aanbod van deze interprofessionele scholing.

3. Tot slot

Met bovenstaande oplossingsrichtingen kunnen wij er mede voor zorgen dat verward gedrag van personen in de wijk niet leidt toch escalatie en maatschappelijke onrust. Daarom roepen wij u op:

- één coördinatievoorziening niet-acute zorg in iedere Veiligheids-/GGD-regio te stimuleren
- de afstemming en samenwerking tussen de domeinen hulp, zorg en veiligheid verder te ontwikkelen

Met vriendelijke groet,



Henriëtte Treurniet

Adjunct directeur GGD GHOR Nederland