

Verschillende bronnen, één mozaïek

Eindverslag van het project
'Regionale pilots monitor personen
met verward gedrag
in Utrecht en West-Brabant'



Verschillende bronnen, één mozaïek
Eindverslag van het project 'Regionale pilots monitor personen met
verward gedrag in Utrecht en West-Brabant'

Dit project is uitgevoerd door een consortium van RIVM, Trimbos-
instituut, GGD regio Utrecht, GGD West-Brabant en De Praktijk Index in
opdracht van ZonMw. ZonMw heeft dit project (638050213) gefinancierd
in het kader van het 'Actieprogramma lokale initiatieven voor personen
met verward gedrag'.





Colofon

Het project 'Regionale pilots monitor personen met verward gedrag' is uitgevoerd door een consortium van RIVM, GGD regio Utrecht, GGD West-Brabant, Trimbos-instituut en De Praktijk Index. De volgende mensen hebben bijgedragen aan de totstandkoming van het project en de rapportage.

Trimbos-instituut:

Marja van Bon
Ankie Lempens
Jasper Nuijen
Michel Planije

GGD regio Utrecht:

Geke van Dick
Ellen Tromp

GGD West-Brabant:

Maiju Jongeneel
Lieke Raaijmakers
Marieke Rombouts

De Praktijk Index:

Herman Beeksma
Pieter-Frank van Boven
André van der Veen

RIVM:

Matthijs van den Berg
Lea den Broeder
Hans van Oers
Nikkie Post
Annemieke Spijkerman (projectleiding)
Antonia Verweij
Marjolein Weda

Juridische advisering:

E.B. van Veen, Medlaw Consult

Interne reviewers RIVM:

*Carolien van den Brink
Hanneke Drewes
Monique Verschuren*

Externe reviewers:

*Bauke Koekkoek
Martijn Kole (MIND)*



Dit project (638050213) is in opdracht van ZonMw uitgevoerd in het kader van het 'Actieprogramma lokale initiatieven voor personen met verward gedrag'.





Publiekssamenvatting

In Nederland bieden verschillende bronnen informatie over mensen met verward gedrag, bijvoorbeeld bronnen van de politie, GGD meldpunten, en regionaal ambulancevervoer. Op basis van een aantal van deze bronnen is in pilots in de GGD-regio's Utrecht en West-Brabant geprobeerd om regionaal de groep personen met verward gedrag en de onderliggende problematiek in beeld te brengen.

De pilots hebben duidelijk gemaakt dat 'de' persoon met verward gedrag niet bestaat. De groep mensen met verward gedrag is heel divers en vaak kunnen meerdere soorten problemen het gedrag veroorzaken. Dit betekent dat ondersteuning en zorg moet aansluiten bij de diversiteit van de problematiek. Verder blijkt dat het aantal registraties hoger is dan het aantal geregistreerde personen. Het aantal personen met verward gedrag wordt dus overschat als alleen naar het aantal registraties wordt gekeken, bijvoorbeeld omdat personen meerdere keren in dezelfde bron geregistreerd staan.

In de pilots is ook gekeken wat de informatie voor gebruikers, bijvoorbeeld beleidsmakers, oplevert. Zij blijken soms andere doelen en verwachtingen te hebben van een dergelijke 'monitor'. Zo wil de ene gebruiker de omvang van de groep verwarde personen in de regio weten, en de andere wat er met de personen gebeurt in de hele keten van zorgverlening. Het is daarom belangrijk gebruikers te betrekken bij de opzet van de monitor. Hetzelfde geldt voor ervaringsdeskundigen, omdat zij vanuit het perspectief van de cliënt kunnen helpen de cijfers en informatie afkomstig van de gegevensbronnen beter te begrijpen. Het blijkt lastig om de informatie (cijfers en beschrijvingen) uit deze bronnen te ontsluiten en te analyseren, onder andere vanwege privacywetgeving. Het is niet mogelijk om de cijfers uit de verschillende bronnen bij elkaar op te tellen of met elkaar te vergelijken. Naast elkaar geven de cijfers een genuanceerde indruk van de situatie in de regio. Een analyse van de teksten levert waardevolle aanvullende informatie over de problematiek achter de registraties en aanvragen.

De regionale pilots zijn in opdracht van ZonMw uitgevoerd door het RIVM, het Trimbos-instituut, De Praktijk Index, GGD regio Utrecht en GGD West-Brabant. De bedoeling van de pilots is de verdere ontwikkeling van gemeentelijk of regionaal beleid met cijfers en informatie te ondersteunen.





Kernboodschappen

Deze rapportage bevat resultaten van twee regionale pilots die zijn gericht op de verkenning van de mogelijkheden van kwantitatieve en kwalitatieve monitoring van personen met verward gedrag op basis van gegevens van een aantal bestaande databronnen. Hieronder volgen de belangrijkste boodschappen uit de rapportage.

Nuancering van huidig beeld van personen met verward gedrag

Verward gedrag heeft vele verschijningsvormen, oorzaken en achtergronden. Spreken van 'de' groep personen met verward gedrag doet daarom geen recht aan de grote verscheidenheid van verward gedrag en de achtergronden daarvan. 'De' persoon met verward gedrag bestaat niet. De gegevens uit de verschillende databronnen laten deze verscheidenheid duidelijk zien. Vaak is er sprake van meerdere en complexe problemen in verschillende leefgebieden tegelijk. De problematiek die naar voren komt speelt zich veelal af in en rond de woning en minder vaak op straat. Tevens blijkt dat in bepaalde databronnen slechts in een minderheid van de gevallen sprake is van (ernstige) overlast of risico voor anderen. Veelal gaat het dan om risico voor de persoon zelf. Deze bevindingen nuanceren de heersende beeldvorming en komen vooral voort uit de kwalitatieve analyses van de teksten uit de databronnen. Hieruit blijkt de toegevoegde waarde van de tekstanalyses.

Aantal registraties is hoger dan aantal unieke personen

Rapporteren puur op basis van aantallen registraties geeft een overschatting van het aantal personen met verward gedrag. Ten eerste blijkt dat een relatief kleine groep mensen meer dan eens binnen dezelfde bron voorkomt. Dit is vooral het geval bij de E33 registraties in de politiegegevens. Ten tweede komen personen mogelijk in verschillende bronnen voor, maar omdat de gegevens met de huidige werkwijze niet gekoppeld mogen worden is niet duidelijk hoe groot deze overlap is. Verdiepend onderzoek is nodig om de groep die vaker voorkomt in bestaande databronnen goed in beeld te krijgen. Ten derde blijkt bij nadere beschouwing van registraties dat deze niet altijd over de problematiek van personen met verward gedrag gaan, maar bijvoorbeeld over dronkenschap of over problemen in de gezinssfeer.

Gegevens uit verschillende bronnen vullen elkaar aan

Het exacte aantal personen met verward gedrag of de omvang van de groep in een regio is niet uit de resultaten af te leiden. Niet alleen omdat 'de' groep met verward gedrag niet bestaat, maar ook omdat de operationalisaties van verward gedrag mede worden bepaald door de context en het doel van de verschillende databronnen. Het is daarom niet mogelijk om de resultaten van die bronnen direct met elkaar te vergelijken. Wél vullen de resultaten elkaar aan. Door alle resultaten bij elkaar te brengen ontstaat als het ware een mozaïek dat, hoewel incompleet, toch een indruk geeft van de situatie in een regio. Zo ontstaan mogelijk relevante aanknopingspunten voor een passende aanpak vanuit regionale behoeften.



Betrokkenheid van alle stakeholders vanaf het begin is noodzakelijk

De ervaringen die zijn opgedaan in de regionale pilots laten zien hoe belangrijk het is om bronhouders, de doelgroep zelf en andere stakeholders te betrekken bij de duiding van de resultaten. De relevantie van monitoring wordt verder vergroot door hen vanaf het begin in alle fasen te betrekken en zo optimaal aan te sluiten bij de kennisbehoefte in de regio. De doelgroep zelf brengt unieke (ervarings)kennis in die nodig is om de informatie uit de monitor beter te begrijpen en in context te plaatsen.



Samenvatting

Deze rapportage beschrijft de resultaten van het ZonMw-project 'Regionale pilots monitor personen met verward gedrag in Utrecht en West-Brabant'. Deze pilots zijn in 2018 uitgevoerd door een consortium van RIVM, Trimbos-instituut, GGD regio Utrecht, GGD West-Brabant en De Praktijk Index.

Het doel van de regionale pilots was het verkennen van mogelijkheden voor het ontwikkelen van een monitor ter ondersteuning van het lokaal en regionaal beleid. Het is geenszins de bedoeling om de resultaten van de afzonderlijke bronnen met elkaar te vergelijken of om beide regio's met elkaar te vergelijken. Een vergelijking tussen regio's is weinig betekenisvol vanwege de verschillen tussen de regio's in organisatie van zorg en ondersteuning voor personen met verward gedrag. Hetzelfde geldt voor een vergelijking tussen verschillende bronnen omdat zij ieder een andere schakering van personen met verward gedrag bevatten. Er wordt verkend of het mogelijk is een indruk van de situatie in een regio te krijgen door de resultaten van de verschillende bronnen samen te nemen.

Context

In Nederland is de ondersteuning en opvang van personen met verward gedrag de laatste jaren een belangrijk maatschappelijk thema. Veel initiatieven binnen en buiten het ZonMw 'Actieprogramma lokale initiatieven aanpak personen met verward gedrag' hebben als doel deze ondersteuning, opvang en zorg te ontwikkelen of te verbeteren door middel van interventies of onderzoek. Dit project is één van deze initiatieven en biedt verbreding op de eerdere onderzoeken door niet alleen politiegegevens te gebruiken, maar ook gegevens van een breed scala aan organisaties die betrokken zijn bij zorg voor en ondersteuning van personen met verward gedrag.

Vraagstelling

De regionale pilots zijn gericht op de mogelijkheden voor kwantitatieve monitoring van personen met (manifestaties van) verward gedrag op basis van gegevens uit bestaande bronnen. Naast het in kaart brengen van kwantitatieve gegevens uit geselecteerde bronnen, was het doel van deze regionale pilots tevens om te onderzoeken of het mogelijk is een breder beeld te schetsen van personen met verward gedrag en van hun problematiek door het analyseren van vrije tekstvelden van enkele van deze bronnen. Er is onderzocht of dit een meerwaarde heeft voor een monitor. Tot slot is onderzocht of deze manier van regionale monitoring haalbaar en uitvoerbaar is, en informatie oplevert die gebruikt kan worden ter ondersteuning van het regionaal (en lokaal) beleid met betrekking tot een goede integrale aanpak voor personen met verward gedrag.

De twee inhoudelijke hoofdvragen van dit project zijn:

- A. Wat is het voorkomen – aard en omvang - van personen met (manifestaties van) verward gedrag, in de regio Utrecht en de regio West-Brabant in 2017 (en eventueel ook in 2015-2016)?



- B. Hoe moeten deze cijfers worden begrepen (in het licht van de verschillende beleidsinspanningen om de ondersteuning te versterken en daarmee de problematiek te verlichten)?

De twee proceshoofdvragen van dit project zijn:

- C. Wat is de beschikbaarheid, bruikbaarheid en beleidsrelevantie van verschillende regionale bronnen voor het monitoren van personen met (manifestaties van) verward gedrag?
- D. Welke lessen zijn te trekken uit de processen van dataverzameling, dataverwerking en rapportage en wat kunnen andere regio's hiervan leren?

Definitie

Het Schakelteam Personen met verward gedrag sprak over: "Mensen die de grip op hun leven (dreigen te) verliezen, waardoor het risico aanwezig is dat zij zichzelf of anderen schade berokkenen". Echter, niet iedere persoon met verward gedrag vormt een gevaar voor zichzelf of voor anderen. In dit project is daarom een bredere definitie gebruikt: "Mensen die de grip op hun leven (dreigen te) verliezen, waarbij al dan niet het risico bestaat dat zij zichzelf of anderen schade berokkenen".

Bronnen

Er is gebruik gemaakt van bestaande bronnen, waaronder zowel landelijke bronnen met regionale data, als diverse regionale bronnen in de GGD-regio's Utrecht en West-Brabant. Door de selectie van deze bronnen hebben we in deze regionale pilots geprobeerd om tenminste een deel van de variëteit van verward gedrag in beeld te brengen zonder de illusie te hebben volledig te zijn. Voor een overzicht van de gebruikte bronnen: zie onderstaande tabel.



Gebruikte bronnen per regio, met operationalisatie van 'verward gedrag' per bron

Bron	Operationalisatie verward gedrag	Dekking
Regio Utrecht		
Nationale Politie*	E14 melding (poging tot zelfdoding) of E33 melding (overlast door verward of overspannen persoon)	Hele regio Utrecht
Regionale Ambulance Voorziening Utrecht	A-rit met werkdiagnose 'psychiatrie'	Geen regio dekking**
GGZ Altrecht	Crisis-dbc (crisis geregistreerd als een crisis diagnose behandel combinatie)	Gemeenten De Bilt, Bunnik, Houten, IJsselstein, Lopik, Montfoort, Nieuwegein, Oudewater, De Ronde Venen, Stichtse Vecht, Utrecht, Utrechtse Heuvelrug, Vianen, Wijk bij Duurstede, Woerden en Zeist
GGD regio Utrecht	Registratie bij één of meer OGGZ-producten	Geen regio dekking***
Leger des Heils	Registratie bij één of meer van tien geselecteerde zorgproducten m.b.t. verward gedrag	Hele regio Utrecht
Woningcorporatie De Alliantie	Registratie in dossier 'verward gedrag'	Amersfoort
Regio West-Brabant		
Nationale Politie*	E14 melding (poging tot zelfdoding) of E33 melding (overlast door verward of overspannen persoon)	Hele regio West-Brabant
Regionale Ambulance Voorziening Midden- en West-Brabant	A-rit met werkdiagnose 'psychiatrie'	Hele regio West-Brabant
GGD West-Brabant	Gestarte melding bij Meldpunt Zorg & Overlast	Hele regio West-Brabant
Instituut voor Maatschappelijk Welzijn Breda	Gestart traject bij Algemeen Maatschappelijk Werk met hoofdprobleem huisvesting, gezondheid, eenzaamheid, verslaving of andere psychische problematiek	Gemeenten Alphen-Chaam, Baarle-Nassau en Breda
Instituut voor Maatschappelijk Welzijn Breda	Inschakelingen van Crisisdienst Maatschappelijk Werk West-Brabant buiten kantoor tijd	Hele regio West-Brabant
BOPZ-Online	Aanvraag voor lastgeving tot inbewaringstelling (IBS)	Hele regio West-Brabant

* Landelijke bron; alleen de regionale data zijn gebruikt.

** Per mei 2017 is passend vervoer in de U16 ingezet en is de RAVU niet meer dekkend voor de hele regio Utrecht

*** Stad Utrecht neemt geen OGGZ-producten af. Daarnaast wisselt het aantal gemeenten dat een product afneemt per jaar



Per bron is vastgesteld welke informatie over omvang, achtergrondkenmerken, aard en ernst aanwezig is en in welke vorm (i.e. velden met gestructureerde informatie en/of vrije tekstvelden). Per gebruikte bron is 'verward gedrag' geoperationaliseerd om de beschikbare informatie te ontsluiten.

De registraties van de verschillende bronnen bevatten voor een belangrijk deel bestanden met privacygevoelige informatie. Voor de gegevensverwerking en analyses van de datasets zijn in dat kader de benodigde maatregelen genomen op basis van de vereisten in de Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG), de Wet politiegegevens en de Wet op de Geneeskundige behandelingsovereenkomst.

Analyse en duiding

Per bron zijn de velden met gestructureerd vastgelegde informatie geanalyseerd op aantal registraties, aantal unieke personen, demografische kenmerken, aantal nieuw geregistreerde personen, aantal eerder geregistreerde personen, kortste interval tussen twee registraties voor eerder geregistreerde personen, aantal registraties per eerder geregistreerd persoon, herkomst en bestemming van een geregistreerd persoon, en achtergrondproblematiek (aard en/of ernst van de problematiek).

Voor het analyseren van de beschikbare vrije tekstvelden is gestart met clusteranalyse, een 'machine learning' techniek waarbij geen uitkomstmaten bekend zijn (de registraties zijn niet gelabeld met bijvoorbeeld de ernst of achterliggende problematiek). Clusteranalyse heeft tot doel om patronen en eventuele associaties in een dataset te achterhalen. Voor de bronnen met vrije tekstvelden bleek de clusteranalyse geen eenduidige, niet-overlappende, clusters op te leveren. De clusteranalyse was daarmee niet geschikt om de onderzoeksvragen te beantwoorden. In een vervolgstap is daarom per bron bepaald of analyse van de vrije tekstvelden door middel van annoteren relevante informatie op kon leveren en haalbaar (uitvoerbaar binnen looptijd/urenbudget) zou zijn. Annoteren is een voorbereidende stap op 'supervised learning', waarbij met behulp van een set van geannoteerde registraties een algoritme wordt getraind dat de handmatige annotatie op den duur overneemt van de experts. In dit project is, vanwege beperkte beschikbare tijd, alleen de voorbereidende stap (annoteren) gedaan. Deze stap is uitgevoerd voor de gegevens uit de Basisvoorziening Handhaving politie (BVH) van de Nationale Politie, Crisisdienst Maatschappelijk Werk West-Brabant (CMW) en BOPZ-Online lastgevingen tot inbewaringstelling (IBS).

De gevonden resultaten zijn per bron met iedere bronhouder besproken ter duiding. In deze gesprekken is gevraagd naar relevante regionale ontwikkelingen en context die een rol kunnen spelen bij de duiding. In beide regio's, West-Brabant en Utrecht, is vervolgens voor de gehele set met bronnen een regionale duidingssessie met alle bronhouders en andere professionals uit het veld (zoals gemeenteambtenaren, huisartsen, maatschappelijke organisaties, GGZ-zorgverleners) gehouden. In deze duidingssessies zijn de aanpak van de monitor en de voorlopige resultaten van de bronnen per regio gepresenteerd. Er is gediscussieerd over de interpretatie en betekenis van de resultaten en hoe deze te duiden zijn in het licht van de ontwikkelingen en inspanningen in de regio's om de ondersteuning aan personen met verward te versterken en een regionaal



sluitende aanpak te bereiken. Daarnaast is aan deelnemers gevraagd naar de bruikbaarheid van de resultaten voor de lokale praktijk en beleidsvorming.

Inhoudelijke hoofdvragen

De vraag naar het voorkomen, zowel qua aard als omvang, van personen met verward gedrag, in de regio Utrecht en de regio West-Brabant, kan niet eenvoudig beantwoord worden. Dit was vooraf ook voorzien, aangezien er niet één enkele bron is waarin dit eenduidig en volledig wordt vastgelegd. Een andere reden hiervoor is dat een en dezelfde persoon in meerdere bronnen kan voorkomen, met andere woorden dat er enige overlap tussen de bronnen kan zijn. Over de mate van eventuele overlap kan geen uitspraak worden gedaan, omdat binnen de context van dit project het koppelen van persoonsgegevens, vanwege de bescherming van de persoonlijke levenssfeer van betrokkenen, niet mogelijk was. Het doel van de regionale pilots was om tenminste een deel van de variëteit van verward gedrag in beeld te brengen zonder de verwachting te wekken volledig te zijn. Omdat de zorg en opvang voor personen met verward gedrag in beide regio's verschillend georganiseerd is, én vanwege het pilotkarakter van de monitor, zijn per regio deels verschillende bronnen gebruikt. Hierdoor zijn de cijfers van de regio's niet met elkaar te vergelijken. Voor zover dezelfde bronnen zijn gebruikt, in dit geval de BVH en de ambulancegegevens, dienen de cijfers nog altijd met grote behoedzaamheid vergeleken te worden. De verschillen tussen regionale contexten, zoals afspraken over vervoer, kunnen namelijk ook van invloed zijn op de manier van registreren bij deze 'vergelijkbare' bronnen.

Met dit voorbehoud in gedachten, is er toch op generiek niveau een aantal opvallende zaken te signaleren uit beide pilot regio's samen.

Allereerst blijkt het aantal registraties over personen met verward gedrag in beide regio's groter dan het aantal unieke personen waarop deze registraties betrekking hebben. Deze belangrijke bevinding laat zien dat rapporteren puur op basis van aantallen registraties een 'overschatting' geeft van het aantal personen met verward gedrag. In het bijzonder lijkt dit te gelden wanneer hiervoor politiegegevens worden gebruikt; dit heeft enerzijds te maken met de manier van registreren in de BVH (zie Hoofdstuk 5) en anderzijds met het kortdurende karakter van de situaties die in de BVH worden geregistreerd. Zo blijkt bijvoorbeeld uit de annotaties van de BVH dat een deel van de registraties die wel onder de code E33 zijn weggeschreven, eigenlijk niet gaan over verward gedrag, of gaan over onderhouds- en zorgcontacten van de politie met burens, naasten of hulpverleners van personen met verward gedrag.

Ten tweede valt op dat er een relatief groot aantal mensen is dat nog niet eerder in een bron voorkwam. Een veel kleiner aantal mensen komt (zeer) geregeld in beeld, zo blijkt uit verschillende bronnen (in het bijzonder de BVH). Bij een klein aantal personen was er sprake van heel korte tijdsintervallen tussen verschillende registraties. Dit vraagt, zoals ook het Schakelteam personen met verward gedrag in zijn eindrapportage aangaf, om verdiepend onderzoek om te achterhalen waarom sommige personen herhaaldelijk in beeld komen terwijl andere



personen slechts één keer voorkomen. Kwalitatief onderzoek, bijvoorbeeld door de eventuele doorontwikkeling van de voorlopige indeling in subgroepen, kan deze kennis opleveren. Zulke kennis kan bijdragen aan het bieden van effectieve hulp en het voorkomen van terugval.

Tot slot laten bijna alle bronnen zien dat er sprake is van multiproblematiek en diversiteit. Veel personen met verward gedrag hebben problemen in verschillende leefgebieden tegelijk. Er zijn echter ook grote verschillen tussen mensen met verward gedrag, die te maken hebben met de achtergrond van hun problemen. Dit blijkt zowel uit de analyses van de gestructureerde velden als uit de annotatie en analyse van de vrije tekstvelden. In de beide duidingssessies brachten de bronhouders en andere stakeholders, vanuit eigen praktijk en inzicht, eveneens deze diversiteit en het veelvuldig voorkomen van multiproblematiek naar voren. De gegevens uit de beide pilots bieden nuancering ten aanzien van stereotiepe beelden van mensen die zich op straat bevinden en een gevaar voor hun omgeving vormen: in de meerderheid van de situaties is de verwarde persoon in de eigen woning en - in twee van de drie bronnen die hierover informatie hebben - is er vaker een risico voor de persoon zelf dan gevaar voor anderen.

Proceshoofdvragen

Wat betreft de beschikbaarheid van bronnen wordt geconcludeerd dat er diverse bronnen zijn waarmee een beeld kan worden geschetst van personen met verward gedrag en hun problematiek. Wat de beste selectie van bronnen is, hangt zowel af van het doel van de monitor, als van de doelen van de betrokken regionale stakeholders.

Alle in deze pilots geselecteerde bronnen leverden voor monitoring bruikbare informatie op over een deel van de groep van personen met verward gedrag, vanuit het perspectief van die betreffende bron. Daarbij moet echter wel in het oog worden gehouden dat de gehanteerde definitie van personen met verward gedrag door de verschillende bronhouders ook verschillend wordt geïnterpreteerd; het is geen vast omschreven concept. Daarom zijn samen met de bronhouders de meest optimale operationalisaties ontwikkeld, passend bij de bewuste bron.

In deze pilots is tevens getest wat de bruikbaarheid is van vrije tekstvelden om tot aanvullende informatie te komen over de aard en achtergrond van het verwarde gedrag. Hoewel dit per bron kan verschillen biedt het zeker mogelijkheden. De tekstanalyses leveren daarnaast relevante context-informatie op (bijvoorbeeld over mogelijke risico's voor de persoon zelf of anderen) die niet uit de analyse van de gestructureerde velden naar voren komt. Het proces van dataontsluiting is tijdens het project gedocumenteerd en in kaart gebracht in een processchema dat ook voor andere regio's bruikbaar is.

Een aandachtspunt is de haalbaarheid en uitvoerbaarheid. De regionale pilots hebben laten zien dat monitoring op de hier beschreven wijze grote zorgvuldigheid en daarmee een forse tijdsinvestering vraagt. De afstemming en samenwerking met bronhouders en andere gebruikers, het voldoen aan de vereisten van de wetgeving rond de bescherming van de persoonlijke levenssfeer en de analyse van vrije tekstvelden



vergen veel tijd en aandacht. Een belangrijke randvoorwaarde is bovendien dat de personen die de annotaties van de vrije tekstvelden uitvoeren voldoende inhoudelijke expertise hebben. Bronhouders en andere gebruikers in de regio hebben verschillende taken; daarmee verschillen ook de verwachtingen die zij ten aanzien van de monitor hebben in het kader van beleidsrelevantie. Dit geldt evenzeer voor de mensen met verward gedrag, als ervaringsdeskundigen. Samen vaststellen van de focus van de monitor vergroot de meerwaarde voor deze gebruikers.

Beschouwing

Het doel van de regionale pilots was het verkennen van mogelijkheden voor het ontwikkelen van een monitor ter ondersteuning van het lokaal en regionaal beleid. Ondanks dat de bevindingen nieuwe informatie verschaffen, geven professionals werkzaam in de regio aan dat de resultaten op dit moment nog te algemeen zijn om concrete ondersteuning te kunnen bieden. Met name als het om lokaal beleid gaat, is er behoefte aan verdieping: welke problemen spelen er binnen de verschillende leeftijdsgroepen en waar in de regio zien we dat vooral terug? De problemen in de regio kunnen volgens de professionals sterk verschillen per gebied, waardoor inzicht op gemeentelijk niveau wenselijk is. Deze wens staat haaks op wat binnen de huidige aanpak vanwege de AVG mogelijk is.

De kracht van de in dit project geteste aanpak is vooral dat zichtbaar wordt gemaakt dat spreken van 'de' groep mensen met verward gedrag geen recht doet aan de verscheidenheid rond verward gedrag en de achtergronden daarvan: 'de' persoon met verward gedrag bestaat niet. De combinatie van analyse van gestructureerde velden en annotatie en analyse van vrije tekstvelden biedt een rijk beeld en aanvullend inzicht in de verschillende soorten problematiek die een rol spelen bij (het ontstaan van) het verwarde gedrag.

De ervaringen die zijn opgedaan in de regionale pilots laten zien hoe belangrijk het is om bronhouders en gebruikers te betrekken bij voorbereiding en uitvoering van monitoractiviteiten. Starten met het gezamenlijk bepalen van de kennisbehoeften van de verschillende gebruikers in een regio bevordert het effectief verzamelen en analyseren van de registraties en het begrip van de resultaten. Daarnaast zal betrokkenheid van de doelgroep zelf nuttig zijn. Zij kunnen unieke (ervarings)kennis en reflectie inbrengen om de informatie uit de monitor beter te begrijpen en in context te plaatsen.





Inhoudsopgave

1	Inleiding — 19
2	Methodologische verantwoording — 23
2.1	Definitie — 23
2.2	Bronnen — 23
2.3	Kwantitatieve analyse — 26
2.4	Analyse vrije tekstvelden — 27
2.5	Resultatenduiding — 29
2.6	Leerpunten — 30
3	Bevindingen pilot GGD regio Utrecht — 33
3.1	GGD regio Utrecht — 33
3.2	Omschrijving bronnen — 34
3.3	Resultaten — 38
3.4	Regionale beschouwing — 54
4	Bevindingen pilotregio West-Brabant — 59
4.1	De regio West-Brabant — 59
4.2	Omschrijving bronnen — 60
4.3	Resultaten — 63
4.4	Regionale beschouwing — 75
5	Bevindingen tekstanalyses — 79
5.1	Steekproef per Bron — 80
5.2	Resultaten BVH-gegevens — 81
5.3	Resultaten BOPZ-Online — 86
5.4	Resultaten Crisisdienst Maatschappelijk Werk buiten kantoortijd — 89
5.5	Voorlopige indeling in subgroepen — 90
5.6	Beschouwing — 96
6	Resultaten en Leerpunten: beschouwing — 99
6.1	Beantwoording inhoudelijke monitorvragen — 99
6.2	Beschikbaarheid van bronnen — 101
6.3	Bruikbaarheid van de verschillende bronnen — 102
6.4	Beleidsrelevante informatie — 104
6.5	Tot slot — 104
7	Referenties — 107
8	Afkortingen — 109
	Bijlage A Bronnenkaart regio Utrecht — 111
	Bijlage B Bronnenkaart regio West-Brabant — 113
	Bijlage C Voorbeeld van een annotatieset; CMW — 114
	Bijlage D Tabellenboek regio Utrecht — 116
	Bijlage E Tabellenboek regio West-Brabant — 124



**Bijlage F Beschrijving voorlopige indeling in subgroepen
BVH — 134**

**Bijlage G Beschrijving voorlopige indeling subgroepen BOPZ-
Online — 139**

Bijlage H Subvragen bij proceshoofdfragen — 145



1 Inleiding

Deze rapportage beschrijft de resultaten van het ZonMw-project 'Regionale pilots monitor personen met verward gedrag in Utrecht en West-Brabant'. Deze pilots zijn in 2018 uitgevoerd door een consortium van RIVM, Trimbos-instituut, GGD regio Utrecht, GGD West-Brabant en De Praktijk Index.

Context

In Nederland is de ondersteuning en opvang van en de zorg voor personen met verward gedrag de laatste jaren een belangrijk maatschappelijk thema (*Schakelteam, 2016, 2017, 2018a; Hoekstra, 2018*). Veel initiatieven binnen en buiten het ZonMw 'Actieprogramma lokale initiatieven aanpak personen met verward gedrag' hebben als doel deze ondersteuning, opvang en zorg te ontwikkelen of te verbeteren door middel van interventies of onderzoek. Het ZonMw-project 'Regionale pilots monitor personen met verward gedrag in Utrecht en West-Brabant' is één van deze initiatieven. Deze regionale pilots kunnen bijdragen aan de ontwikkeling van een monitor ter ondersteuning van het regionale en lokale beleid met betrekking tot personen met (manifestaties van) verward gedrag, kortweg personen met verward gedrag.

Een monitor heeft als functie inhoudelijk zicht te krijgen op een bepaald thema, in dit geval personen met verward gedrag, en de ontwikkelingen in de tijd te volgen. Veel aspecten van personen met verward gedrag zijn nog onderbelicht en gegevens over ontwikkelingen en problematiek ontbreken. Eerdere onderzoeken op dit thema waren meestal beperkt tot gegevens van de politie en/of gericht op kwantitatieve data (*Projectgroep, 2018a; Planije, 2016; Kuppens, 2016; Jongeneel, 2016; Koekkoek, 2017*). Andere onderzoeken waren gericht op het monitoren van de implementatie van de aanbevolen integrale aanpak van het Schakelteam bij gemeenten (*Significant, 2018; Schakelteam, 2018b*).

Doelstelling pilots

Het doel van deze pilots is het onderzoeken van de mogelijkheden voor kwantitatieve monitoring van personen met verward gedrag op basis van gegevens van bestaande bronnen. De huidige 'Regionale pilots monitor personen met verward gedrag' bieden verbreding op de eerdere onderzoeken door niet alleen politiegegevens te gebruiken maar ook gegevens van een breed scala aan organisaties die betrokken zijn bij zorg voor en ondersteuning van personen met verward gedrag. Dit brede scala aan bronnen is noodzakelijk om te zorgen dat de vele schakeringen van verward gedrag in de monitor in beeld komen. Verward gedrag is sterk uiteenlopend, variërend van mild tot zeer ernstig, (zeer) kort, langdurig of chronisch, en met een diversiteit aan problematiek als oorzaak en gevolg. Dit kan psychische problematiek zijn, maar net zo goed sociale of sociaal maatschappelijke problematiek. Verward gedrag wordt daarnaast mede bepaald door de context of situatie: de omgeving bepaalt de norm en kan bijdragen aan een oplossing, maar ook aan een escalatie.



De geselecteerde bronnen variëren van politie, ambulancevoorzieningen, meldpunten zorg en overlast, de crisisdienst van een GGZ instelling, het registratiesysteem van gedwongen opnames in de psychiatrische zorg, crisisdienst maatschappelijk werk tot het Leger des Heils. Door de selectie van deze bronnen hebben we in deze regionale pilots geprobeerd om tenminste een deel van de variëteit van verward gedrag in beeld te brengen zonder de illusie te hebben volledig te zijn.

Naast het in kaart brengen van kwantitatieve gegevens uit de geselecteerde bronnen, is het doel van deze pilots tevens om te onderzoeken of het mogelijk is een breder beeld te schetsen van personen met verward gedrag en van hun problematiek door het analyseren van vrije tekstvelden van enkele van deze bronnen. Er is onderzocht of dit een meerwaarde heeft voor een monitor. Tot slot is bekeken of deze manier van regionale monitoring haalbaar en uitvoerbaar is, en informatie oplevert die gebruikt kan worden ter ondersteuning van het regionaal (en lokaal) beleid met betrekking tot een goede integrale aanpak voor personen met verward gedrag. Ook voor dit doel is de brede selectie van bronnen van belang.

Hoofdvragen behorend bij de doelstelling

De twee inhoudelijke hoofdvragen van dit project zijn:

- A. Wat is het voorkomen – aard en omvang - van personen met (manifestaties van) verward gedrag, in de regio Utrecht en de regio West-Brabant in 2017 (en eventueel ook in 2015-2016)?
- B. Hoe moeten deze cijfers worden begrepen (in het licht van de verschillende beleidsinspanningen om de ondersteuning te versterken en daarmee de problematiek te verlichten)?

De twee proceshoofdvragen van dit project zijn:

- C. Wat is de beschikbaarheid, bruikbaarheid en beleidsrelevantie van verschillende regionale bronnen voor het monitoren van personen met verward gedrag?
- D. Welke lessen zijn te trekken uit de processen van dataverzameling, dataverwerking en rapportage en wat kunnen andere regio's hiervan leren?

Gehanteerde definitie

Het Schakelteam Personen met verward gedrag spreekt over: "Mensen die de grip op hun leven (dreigen te) verliezen, waardoor het risico aanwezig is dat zij zichzelf of anderen schade berokkenen" (*Schakelteam, 2018a*). Echter, niet iedere persoon met verward gedrag vormt een gevaar voor zichzelf of voor anderen. Voor de uitvoering van deze pilots voor het ontwikkelen van een monitor is daarom de volgende definitie gebruikt: "Mensen die de grip op hun leven (dreigen te) verliezen, waarbij al dan niet het risico bestaat dat zij zichzelf of anderen schade berokkenen".

Belangrijke notie

De rapportage betreft resultaten van twee regionale pilots. Ze zijn opgezet om deze manier van monitoring uit te proberen, te verkennen. De verkenning is gericht op de mogelijkheden voor kwantitatieve monitoring van personen met verward gedrag op basis van gegevens van bestaande bronnen. Om de (on)mogelijkheden zo goed mogelijk voor het voetlicht te brengen, is het belangrijk om zowel inhoudelijke



informatie als procesmatige informatie te verzamelen om tot leerpunten te komen. Om die reden is een diversiteit aan bronnen bekeken en zijn de resultaten voor beide regio's, Utrecht en West-Brabant, uitgebreid gerapporteerd. Om de administratiedruk van de deelnemende organisaties niet verder te vergroten zijn de pilots gebaseerd op beschikbare gegevens uit bestaande bronnen. De analyses in de pilots zijn op regionaal niveau uitgevoerd en niet op lokaal niveau, dit om herleidbaarheid naar individuen te voorkomen. Ook al worden de resultaten van de verschillende bronnen naast elkaar of onder elkaar gepresenteerd, het is geenszins de bedoeling om de resultaten van de afzonderlijke bronnen met elkaar te vergelijken of om beide regio's met elkaar te vergelijken. Een vergelijking tussen regio's is weinig betekenisvol vanwege de verschillen tussen de regio's in organisatie van zorg en ondersteuning voor personen met verward gedrag. Hetzelfde geldt voor een vergelijking tussen verschillende bronnen omdat zij ieder een andere schakering van personen met verward gedrag bevatten. De resultaten die de analyses opleveren hebben per bron elk een eigen registratiecontext, en vormen samen een mozaïek aan gegevens over personen met verschillende manifestaties of schakeringen van verward gedrag.

Leeswijzer

Deze rapportage is als volgt samengesteld: In Hoofdstuk 2 staat de methodologische verantwoording van de pilots. In Hoofdstuk 3 worden de resultaten beschreven voor de regio Utrecht. Hoofdstuk 4 bevat de resultaten voor de regio West-Brabant. Hoofdstuk 5 bespreekt de resultaten van de analyses van vrije tekstvelden. Tot slot wordt in Hoofdstuk 6 stilgestaan bij de lessen die geleerd zijn tijdens de pilots voor een monitor, aan de hand van de genoemde inhoudelijke vragen en procesvragen.





2 Methodologische verantwoording

In dit hoofdstuk wordt ingegaan op de gebruikte definitie van 'verward gedrag' ten behoeve van deze pilot en wordt de keuze voor de gebruikte bronnen toegelicht. Vervolgens wordt op hoofdlijnen aangegeven hoe de kwantitatieve analyses en de analyse van de vrije tekstvelden zijn uitgevoerd. Tot slot wordt vermeld op welke wijze de resultaten zijn geduid en leerpunten zijn opgehaald.

2.1 Definitie

Verward gedrag is een zeer breed begrip en er bestaan vele schakeringen. Ook de achterliggende problematiek kan zeer divers zijn. Verward gedrag wordt daarnaast mede bepaald door de context of situatie: de omgeving bepaalt de norm en kan bijdragen aan een oplossing, maar ook aan een escalatie. Het Schakelteam Personen met verward gedrag spreekt over: "Mensen die de grip op hun leven (dreigen te) verliezen, waardoor het risico aanwezig is dat zij zichzelf of anderen schade berokkenen" (*Schakelteam, 2018a*). Echter, niet iedere persoon met verward gedrag vormt een gevaar voor zichzelf of voor anderen. In dit project is daarom de volgende definitie gebruikt: "Mensen die de grip op hun leven (dreigen te) verliezen, waarbij al dan niet het risico bestaat dat zij zichzelf of anderen schade berokkenen".

2.2 Bronnen

2.2.1 Keuzecriteria

Er is gebruik gemaakt van bestaande bronnen, waaronder zowel landelijke bronnen met regionale data, als diverse regionale bronnen in de GGD-regio's Utrecht en West-Brabant. De eerste stap in het selectieproces was het maken van een zo volledig mogelijke bronnenkaart per regio (zie Bijlagen A en B). Vervolgens is een set met bronnen geselecteerd die een zo breed mogelijk spectrum van verward gedrag en bijbehorende problematiek vertegenwoordigt. Daarbij is gestreefd naar enkele gelijke bronnen voor beide regio's en naar diversiteit in bronnen over beide regio's. Elk van de bronnen is beoordeeld op de volgende criteria:

- 1) Beschikbaarheid van data met betrekking tot de omvang van de groep personen met verward gedrag;
- 2) Beschikbaarheid van data met betrekking tot achtergrondkenmerken van deze groep;
- 3) Beschikbaarheid van data met betrekking tot de aard en ernst van de problematiek die ten grondslag liggen aan het verwarde gedrag;
- 4) Mogelijkheid tot ontsluiten van de data, zowel vanuit technisch oogpunt als met het oog op wetgeving met betrekking tot privacy;
- 5) Bereidheid van de bronhouder tot (tijdig) leveren van de dataset;
- 6) Beschikbaarheid van data over tenminste één jaar (maar bij voorkeur alle jaren) uit de periode 2015-2017.

Voor de eerste drie criteria geldt dat tenminste aan het eerste criterium moest worden voldaan.



De bovengenoemde selectieprocedure resulteerde in zes bronnen per regio (zie Tabel 2.1).

Tabel 2.1. Gebruikte bronnen per regio, met operationalisatie van 'verward gedrag' per bron

Bron	Operationalisatie verward gedrag	Dekking
Regio Utrecht		
Nationale Politie*	E14 melding (poging tot zelfdoding) of E33 melding (overlast door verward of overspannen persoon)	Hele regio Utrecht
Regionale Ambulance Voorziening Utrecht	A-rit met werkdiagnose 'psychiatrie'	Geen regio dekking ¹
GGZ Altrecht	Crisis-dbc (crisis geregistreerd als een crisis diagnose behandel combinatie)	Gemeenten De Bilt, Bunnik, Houten, IJsselstein, Lopik, Montfoort, Nieuwegein, Oudewater, De Ronde Venen, Stichtse Vecht, Utrecht, Utrechtse Heuvelrug, Vianen, Wijk bij Duurstede, Woerden en Zeist
GGD regio Utrecht	Registratie bij één of meer OGGZ-producten	Geen regio dekking ²
Leger des Heils	Registratie bij één of meer van tien geselecteerde zorgproducten m.b.t. verward gedrag	Hele regio Utrecht
Woningcorporatie De Alliantie	Registratie in dossier 'verward gedrag'	Amersfoort
Regio West-Brabant		
Nationale Politie*	E14 melding (poging tot zelfdoding) of E33 melding (overlast door verward of overspannen persoon)	Hele regio West-Brabant
Regionale Ambulance Voorziening Midden- en West-Brabant	A-rit met werkdiagnose 'psychiatrie'	Hele regio West-Brabant
GGD West-Brabant	Gestarte melding bij Meldpunt Zorg & Overlast	Hele regio West-Brabant
Instituut voor Maatschappelijk Welzijn Breda	Gestart traject bij Algemeen Maatschappelijk Werk met hoofdprobleem huisvesting, gezondheid, eenzaamheid, verslaving of andere psychische problematiek	Gemeenten Alphen-Chaam, Baarle-Nassau en Breda
Instituut voor Maatschappelijk Welzijn Breda	Inschakelingen van Crisisdienst Maatschappelijk Werk West-Brabant buiten kantoor tijd	Hele regio West-Brabant
BOPZ-Online	Aanvraag voor lastgeving tot inbewaringstelling (IBS)	Hele regio West-Brabant

* Landelijke bron; alleen de regionale data zijn gebruikt.

¹ Per mei 2017 is passend vervoer in de U16 ingezet en is de RAVU niet meer dekkend voor de hele regio Utrecht

² Stad Utrecht neemt geen OGGZ producten af. Daarnaast wisselt het aantal gemeenten dat een product afneemt per jaar.



2.2.2 *Karakteristieken van de bron*

Voor beschrijvingen van bovengenoemde bronnen wordt verwezen naar de regiorapportages in Hoofdstukken 3 en 4. Per gebruikte bron is in samenspraak met de bronhouder vastgesteld hoe 'verward gedrag' geoperationaliseerd is (zie Tabel 2.1). Per bron is tevens vastgesteld welke informatie over omvang, achtergrondkenmerken, aard en ernst aanwezig is en in welke vorm (i.e. velden met gestructureerde informatie en/of vrije tekstvelden).

2.2.3 *Juridisch kader*

De registraties van de verschillende bronnen bevatten voor een belangrijk deel bestanden met privacygevoelige informatie. Voor de gegevensverwerking en analyses van de datasets zijn verschillende wetten van toepassing: de Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG), de Wet politiegegevens (Wpg) en de Wet op de Geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO). De bronhouders hebben, waar nodig, hun gegevens eenweg gepseudonimiseerd voordat zij deze aan het consortium ter beschikking stelden. Er is nauwe afstemming gezocht met de functionarissen gegevensbescherming van de betreffende organisaties bijvoorbeeld i.v.m. het aanleveren van een minimale gegevensset. Uitgebreide informatie hierover is samengevat in een stroomschema en leerdocument (*Projectgroep, 2018b*). Leger des Heils en Altrecht hebben zelf de analyses uitgevoerd en alleen de geaggregeerde resultaten ter beschikking gesteld.

Voor de gegevens uit de BVH is een gegevensbeschermings-effectbeoordeling (GEB) uitgevoerd, in het kader van de AVG. Voor het gebruik van de BVH-gegevens en de gegevens uit BOPZ-Online was tevens toestemming vereist van de burgemeesters van de gemeenten in de twee regio's. Alle onderzoekers vanuit de consortiumpartijen die betrokken waren bij de analyse van de politiedata hebben een Verklaring Omtrent het Gedrag aangeleverd en een Geheimhoudingsverklaring getekend.

Voor de OGGZ-gegevens van GGD regio Utrecht en voor de BVH-gegevens van de politie zijn in overeenkomsten afspraken gemaakt over gebruik, beveiliging, en bewaartermijn van de gegevens en publicatie van de resultaten.

2.2.4 *Processtappen*

Om informatie uit de bronnen te ontsluiten, zijn de volgende stappen doorlopen:

- a. Formaliseren van toestemming voor gebruik van data (bijv. data transfer agreement, verwerkersovereenkomst);
- b. Operationalisering om de onderzoeksvragen te kunnen beantwoorden;
- c. Voorbereiding van data-extractie (bijv. selectie van data per jaar, anonimiseren);
- d. Data-extractie door de bronhouder;
- e. Levering van databestand aan het consortium;
- f. Kwantitatieve analyse van gestructureerde velden;
- g. Beoordeling bruikbaarheid en relevantie van vrije tekstvelden voor kwalitatieve tekstanalyse, indien beschikbaar;



- h. Tekstanalyse, indien beschikbaar en relevant, kwalitatief en deels kwantitatief;
- i. Inhoudelijke duiding met de bronhouder, per bron;
- j. Regionale duidingssessie met alle bronhouders en andere stakeholders.

2.3 Kwantitatieve analyse

De twee inhoudelijke hoofdvragen van dit project zijn:

- A. Wat is het voorkomen – aard en omvang - van personen met (manifestaties van) verward gedrag, in de regio Utrecht en de regio West-Brabant in 2017 (en eventueel ook in 2015-2016)?
- B. Hoe moeten deze cijfers worden begrepen (in het licht van de verschillende beleidsinspanningen om de ondersteuning te versterken en daarmee de problematiek te verlichten)?

Voor de beantwoording van deze inhoudelijke hoofdvragen is een aantal subvragen geformuleerd:

- Hoeveel unieke personen zijn geregistreerd als zijnde verward in een bepaalde periode?
- Hoeveel van deze personen zijn voor het eerst geregistreerd in deze periode (nieuw geregistreerde personen)?
- Hoeveel van deze personen zijn al eerder geregistreerd in deze periode?
- Wat is de frequentie van registraties in totaal en per geregistreerd persoon in deze periode?
- Hoe groot zijn de intervallen tussen de geregistreerde registraties per persoon?
- Wat is, vanuit het perspectief van elke bronregistratie, de herkomst en bestemming van een geregistreerd persoon?
- Wat is de aard c.q. onderliggende problematiek van het verward gedrag?
- Wat is de ernst van het verward gedrag?

Per bron zijn daartoe de velden met gestructureerd vastgelegde informatie geanalyseerd wat betreft de volgende parameters:

- Aantal registraties
- Aantal unieke personen
- Demografische kenmerken
- Aantal nieuw geregistreerde personen³
- Aantal eerder geregistreerde personen⁴
- Kortste interval tussen twee registraties voor eerder geregistreerde personen
- Aantal meldingen per eerder geregistreerde persoon
- Herkomst en bestemming van een geregistreerd persoon
- Achtergrondproblematiek: aard en/of ernst van de problematiek

³ Een 'nieuw geregistreerd persoon' is gedefinieerd als: een persoon voor wie in 365 dagen voorafgaand aan de betreffende registratie geen andere registratie is gedaan in de betreffende bron.

⁴ Een 'eerder geregistreerde persoon' is gedefinieerd als: een persoon voor wie in 365 dagen voorafgaand aan de betreffende registratie nog één of meer andere registraties zijn gedaan in de betreffende bron.



2.4 Analyse vrije tekstvelden

Een aantal inhoudelijke monitorvragen, zoals die naar de ernst en de aard van het verwarde gedrag, kunnen niet (volledig) beantwoord worden op basis van gestructureerde gegevens uit bronnen. In sommige bronnen zijn, naast gestructureerde velden, ook vrije tekstvelden beschikbaar. Dit is het geval voor de BVH, BOPZ-Online, CMW en OGGZ-data van GGD regio Utrecht. Er is onderzocht of analyse van deze tekstvelden van toegevoegde waarde was in aanvulling op de gegevens uit de gestructureerde velden. Voor het analyseren van de beschikbare vrije tekstvelden is 'machine learning' toegepast. Deze techniek is in twee delen uitgevoerd (zie hieronder). De achtergronden en details over de uitvoering van deze twee delen zijn eerder gepubliceerd (*Projectgroep, 2018b*).

2.4.1 *Unsupervised learning: clusteranalyse*

Voor de vrije tekstvelden beschikbaar in BOPZ-Online en OGGZ-data is gestart met een clusteranalyse. Dit is een 'machine learning' techniek waarbij geen uitkomstmaten bekend zijn (de registraties zijn niet gelabeld met bijvoorbeeld de ernst of achterliggende problematiek). Clusteranalyse heeft tot doel om patronen en eventuele associaties in een dataset te achterhalen. Er wordt geprobeerd om stabiele, reproduceerbare clusters te vinden zonder als input te geven welke clusters worden verwacht. Als de data duidelijke clusters bevat, kan clusteranalyse deze met zekerheid vinden. De menselijke inbreng bij de toepassing van deze techniek is zeer gering. Voor de vrije tekstvelden beschikbaar in de E33 en E14 meldingen in de BVH van de politie, was deze clusteranalyse al eerder uitgevoerd en gepubliceerd (*Projectgroep 2018b*).

2.4.2 *Vorbereiding op supervised learning: annoteren*

Voor drie bronnen, BVH, BOPZ-Online en OGGZ-data van GGD regio Utrecht, bleek de clusteranalyse geen eenduidige, niet-overlappende, clusters op te leveren. Het aantal aanvragen van de CMW was te klein voor het uitvoeren van clusteranalyse. De clusteranalyse was daarmee niet geschikt om de onderzoeksvragen te beantwoorden. In een vervolgstap is daarom per bron bepaald of analyse van de vrije tekstvelden door middel van annoteren relevante (voldoende toegevoegde waarde) informatie op kon leveren en haalbaar (uitvoerbaar binnen looptijd/urenbudget) zou zijn. Annoteren is het proces van toewijzen van informatie uit de vrije tekstvelden aan bepaalde van te voren vastgestelde categorieën (in de sociale wetenschappen ook wel labelen of coderen genoemd). Bij een positief oordeel over de geschiktheid werd gestart met annoteren.

Dit werd uitgevoerd in vijf stappen:

- a. Verkenningstap, waarin een beperkt aantal random gekozen registraties per bron werd bekeken door meerdere onderzoekers. Doel van deze stap was om na te gaan (1) of de informatie uit de vrije tekstvelden belangrijke aanvullende waarde opleverde ten opzichte van de informatie uit de gestructureerde velden, en (2) welke onderwerpen en categorieën konden worden onderscheiden.



- b. Testfase, waarin door meerdere onderzoekers de set van de categorieën uit de verkenningstap werd uitgeprobeerd op een aantal registraties per bron. Doel van deze stap was verfijning tot een concept annotatieset.
- c. Interbeoordelaarsbetrouwbaarheidstest, waarbij een aantal registraties per bron elk door meerdere onderzoekers werd geannoteerd en de resultaten vervolgens met elkaar vergeleken. Doel van deze stap was om (1) na te gaan of de concept annotatieset tot eenduidige annotaties van de onderzoekers leidde en (2) zo nodig nog enkele aanpassingen door te voeren voor de definitieve annotatieset.
- d. Annotatiefase, doel van deze stap was het toepassen van de definitieve annotatieset op een vooraf vastgestelde hoeveelheid random gekozen registraties per bron.
- e. De aldus verkregen dataset is vervolgens geanalyseerd en de resultaten van de analyses zijn weergegeven in Tabellen en/of figuren.

Annoteren is een voorbereidende stap op 'supervised learning', waarbij met behulp van een set van geannoteerde registraties een computer algoritme wordt getraind dat de handmatige annotatie op den duur overneemt van de experts, een zogenaamde 'classifier'. In dit project is, vanwege beperkte beschikbare tijd, alleen de voorbereidende stap (annoteren) uitgevoerd. Voor de BVH en BOPZ-Online zijn de gegevens afkomstig uit de annotatie eerst apart geanalyseerd en vervolgens in samenhang met de gegevens uit de gestructureerde velden om te komen tot een allereerste aanzet voor een indeling in subgroepen (zie voor details paragraaf 2.4.3).

Annotatiesets

Voor de BVH, BOPZ-Online en CMW kwam uit de verkenning een voorlopige set van onderwerpen naar voren die voor annotatie in aanmerking kwamen. Vervolgens is na het doorlopen van bovenstaande stappen a-c voor alle bronnen een definitieve annotatieset met een lijst onderwerpen en antwoordcategorieën vastgesteld (zie Bijlage C). Uit de verkenning van de OGGZ-data van GGD regio Utrecht bleek dat annotatie niet zinvol zou zijn omdat de vrije tekstvelden van deze bron niet volledig en te ongelijksoortig zijn ingevuld (zie Hoofdstuk 5 voor meer details).

Voor de BVH ging het om de volgende onderwerpen: beoordeling meldtekst, directe aanleiding voor de melding, melding door persoon zelf of door een ander, aanwezigheid mentale, somatische of cognitieve problemen, aanwezigheid sociaal-maatschappelijke problemen, hoofdproblematiek van de melding, aanwezigheid van risico op schade/letsel of gevaar, belangrijkste risico, relatie hulpverlening, nazorg en aanwezigheid van aanwijzingen voor een reeks van incidenten.

Voor de BOPZ-Online ging het om: woon-/verblijfplek, locatie(s) van het incident, huidige zorgsituatie en voorgeschiedenis in de zorg, politiebetrokkenheid en aanwezigheid van aanwijzingen voor een reeks van incidenten.



Voor de CMW zijn de volgende onderwerpen in kaart gebracht: mate van acuutheid, aanwezigheid van risico op schade/letsel of gevaar, voorgeschiedenis, locatie incident en bestemming binnen de zorgketen.

Bij de verkenning en ontwikkeling van de annotatiesets voor de drie bronnen waren onderzoekers vanuit verschillende disciplines (sociale wetenschappen, psychologie, epidemiologie en culturele antropologie) betrokken. Een deel van de gebruikte categorieën is gebaseerd op de categorieën uit de geneeskundige verklaring van de BOPZ-Online.

2.4.3

Verkenning van de mogelijkheden tot onderscheid in subgroepen

Tijdens het annoteren van de vrije tekst ontstaat na verloop van tijd een beeld van een aantal steeds terugkerende typen registraties: de details ervan zijn elke keer anders, maar er ligt een duidelijk herkenbaar en consistent patroon aan ten grondslag. Elk type registratie heeft een aantal kenmerken gemeen, meestal op basis van de belangrijkste problematiek in combinatie met andere informatie afkomstig uit vrije tekst of gestructureerde velden. Door alle geannoteerde onderwerpen in samenhang te analyseren, in combinatie met gestructureerde informatie, is verkend of het mogelijk is om per bron een allereerste, voorlopige indeling in subgroepen (ook wel een typologie genoemd) te maken van betrokkenen of registraties.

Een indeling in subgroepen kan van meerwaarde zijn omdat hiermee in de toekomst ontwikkelingen in de omvang en kenmerken van relevante subgroepen kunnen worden gemonitord en geëvalueerd. Zo'n indeling kan verdieping bieden op vragen rond aard en ernst van problematiek en kan meer begrip opleveren van kenmerken en context van verward gedrag. Het is een manier om de aanvullende informatie die besloten ligt in de vrije tekstvelden te ontsluiten en te gebruiken.

Het ontwikkelen van een indeling in subgroepen is echter een iteratief proces, waarvan we in deze pilots alleen de allereerste stap hebben kunnen zetten voor de BVH en BOPZ-Online. Vanwege de beperkt beschikbare tijd kon deze stap niet worden uitgevoerd voor CMW. De huidige voorlopige indeling in subgroepen is geconstrueerd op basis van een steekproef waarbij volledige saturatie nog niet is bereikt. Dat wil zeggen dat de indeling mogelijk nog onvolledig is en/of juist te weinig onderscheidend. Om deze reden presenteren we geen cijfers over de mogelijke subgroepen, maar beperken we ons tot beschrijvingen.

2.5

Resultatenuiding

De gevonden resultaten zijn per bron met iedere bronhouder besproken ter duiding. In deze gesprekken is gevraagd naar relevante regionale ontwikkelingen en context die een rol kunnen spelen bij de duiding. Ook is de uitvoering van de analyses besproken en is om extra achtergrondinformatie over de (historie van de) bron gevraagd.

In beide regio's, West-Brabant en Utrecht, is vervolgens voor de gehele set met bronnen een regionale duidingssessie met alle bronhouders en andere professionals uit het veld (zoals gemeenteambtenaren, huisartsen, maatschappelijke organisaties, GGZ-zorgverleners) gehouden. In deze duidingssessies zijn de aanpak van de monitor en de



resultaten van de bronnen per regio gepresenteerd. Er is gediscussieerd over de interpretatie en betekenis van de resultaten en hoe deze te duiden zijn in het licht van de ontwikkelingen en inspanningen in de regio's om de ondersteuning aan personen met verward te versterken en een regionaal sluitende aanpak te bereiken. Daarnaast is aan deelnemers gevraagd naar de bruikbaarheid van de resultaten voor de lokale praktijk en beleidsvorming. Tot slot is gevraagd naar de aanbevelingen voor de toekomst.

2.6 Leerpunten

Naast het – bij wijze van proef – kwantitatief beschrijven van de groep personen met (manifestaties van) verward gedrag, is tevens bekeken of deze manier van regionale monitoring haalbaar en uitvoerbaar is, en informatie oplevert die gebruikt kan worden ter ondersteuning van het regionaal (en lokaal) beleid met betrekking tot een goede integrale aanpak voor personen met verward gedrag.

Voor dit doel zijn de volgende twee proceshoofdvragen gesteld:

- C. Wat is de beschikbaarheid, bruikbaarheid en beleidsrelevantie van verschillende regionale bronnen voor het monitoren van personen met (manifestaties van) verward gedrag?
- D. Welke lessen zijn te trekken uit de processen van dataverzameling, dataverwerking en rapportage en wat kunnen andere regio's hiervan leren?

Voor de beantwoording van deze proceshoofdvragen is een aantal subvragen beantwoord:

1. Welke potentiële bronnen voor de monitor zijn er voor de pilotregio's en welke bronnen betrekken we om welke redenen al dan niet?
2. Welke informatie over aard en omvang bevatten deze bronnen en hoe is deze informatie het makkelijkst en AVG-proof te ontsluiten?
3. Hoe wordt verward gedrag per bron geoperationaliseerd?
4. Welke indicatoren kunnen de bronnen leveren?
5. (Hoe) kunnen deze operationalisaties (zie vraag 3) en indicatoren worden gestandaardiseerd zodat ze toepasbaar zijn op vergelijkbare databronnen?
6. In hoeverre zijn de beschikbare vrije tekstvelden bruikbaar en relevant voor analyse?
7. Welke extra informatie geeft de duiding van resultaten met regionale partners en op welke manier draagt relevante documentatie en literatuur bij aan de interpretatie van resultaten?
8. Is het mogelijk om indicatoren voor risicogroepen voor verward gedrag te identificeren en, zo ja, welke?

In aanvulling op de inhoudelijke monitorresultaten per pilot-regio en de tekstanalyses, zijn voor de beantwoording van de bovengenoemde procesvragen de volgende documenten geanalyseerd:

- de verslagen van de projectgroep overleggen;
- de verslagen van de regionale duidingssessies;



- interviews met vertegenwoordigers van elk van de in de projectgroep deelnemende organisaties.

Deze documenten zijn met behulp van kwalitatieve analyse software (MaxQDA2018) gecodeerd per procesvraag en vervolgens per code inhoudelijk geanalyseerd.





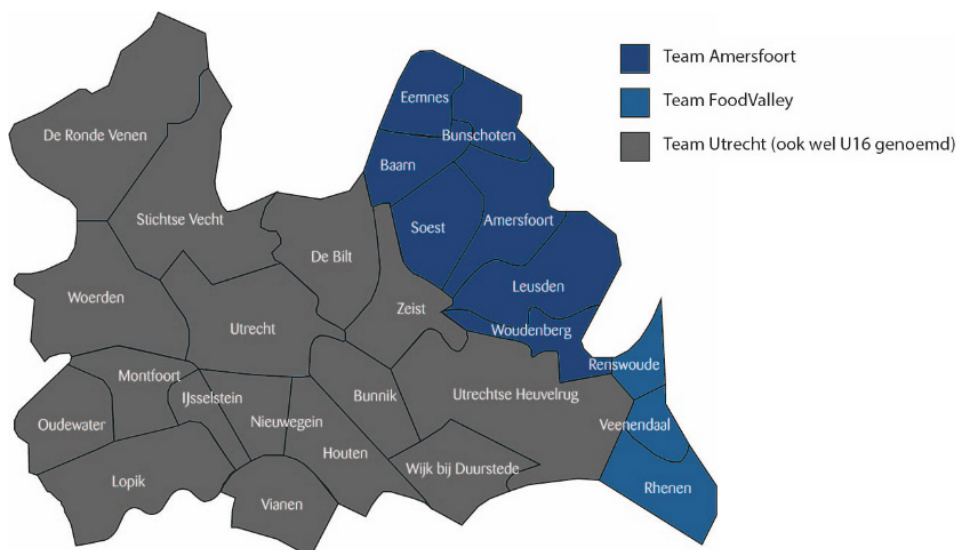
3 Bevindingen pilot GGD regio Utrecht

3.1 GGD regio Utrecht

De GGD regio Utrecht bestrijkt alle 26 gemeenten in de provincie Utrecht. In 2017 telde de regio ongeveer 1.285.000 inwoners. Het aandeel 65-plussers ligt in regio Utrecht lager vergeleken met de rest van Nederland terwijl het aandeel inwoners met een hoog opleidingsniveau juist weer hoger ligt. In regio Utrecht ervaren bijna acht op de tien inwoners hun gezondheid als (zeer) goed. Desondanks voelt bijna 10% zich ernstig eenzaam, 4% zich sociaal uitgesloten en heeft 6% een hoog risico op angststoornissen en/of depressieve klachten (*GGDrU, 2016*). Vergeleken met landelijk, is er in de afgelopen jaren in regio Utrecht meer gebruik gemaakt van de geestelijke gezondheidszorg (GGZ). Zo hebben in 2016 gemiddeld 408 op de 10.000 verzekerden GGZ-hulp ontvangen, in Nederland was dit 366 op de 10.000 verzekerden (*Vektis, 2016*).

3.1.1 Regionale implementatieteams

In 2016 is het Schakelteam ingesteld met als opdracht om in alle gemeenten in Nederland een sluitende aanpak te realiseren om de ondersteuning aan mensen met verward gedrag te verbeteren. In regio Utrecht zijn drie regionale implementatieteams actief om deze aanpak uit te voeren (zie Figuur 3.1). Het gaat om team Amersfoort, dat verantwoordelijk is voor de gemeenten Amersfoort, Baarn, Bunschoten, Eemnes, Leusden, Soest en Woudenberg, met in totaal bijna 300.000 inwoners. In de gemeenten Veenendaal, Rhenen en Renswoude, circa 90.000 inwoners, is team FoodValley Utrecht actief. Ten slotte team Utrecht (ook wel U16 genoemd), bestaande uit de 16 gemeenten De Bilt, Bunnik, Houten, IJsselstein, Lopik, Montfoort, Nieuwegein, Oudewater, De Ronde Venen, Stichtse Vecht, Utrecht, Utrechtse Heuvelrug, Vianen, Wijk bij Duurstede, Woerden en Zeist. In deze gemeenten zijn bijna 900.000 mensen woonachtig.



Figuur 3.1 Verdeling implementatieteams sluitende aanpak personen met verward gedrag in regio Utrecht



3.1.2 Regionale ontwikkelingen

In regio Utrecht is door de implementatieteams al veel in gang gezet ten behoeve van een sluitende aanpak personen met verward gedrag. Zo is de U16 in mei 2017 begonnen met de pilot passend vervoer, als alternatief en aanvulling op vervoer door de politie en ambulance. Team Amersfoort en FoodValley Utrecht zijn in 2018 gestart met deze pilot. Daarnaast bestaan sinds 2016 in de U16 proeftuinen GGZ in de wijk. Hierbij wordt geëxperimenteerd met integrale GGZ wijkteams van waaruit zowel behandeling als begeleiding wordt geboden gericht op herstel en voorkomen van opname. Ook is er, sinds 2018, een Schakelpunt Personen met Verward gedrag en Gevaarsrisico, dat vooral gericht is op continuïteit van zorg en voorkomen van overlast en gevaar. Bij de GGZ crisisdiensten in regio Utrecht zijn sinds 2017 beoordelingsruimten waar mensen dag en nacht terecht kunnen voor beoordeling en opvang bij een (vermoedelijke) psychiatrische crisis. Hierdoor hoeven mensen in crisis in de nachtelijke uren, in afwachting van een beoordeling, niet meer in een politiecel te verblijven. Tenslotte lopen er in de regio verschillende andere projecten en initiatieven, zoals het voorkomen van stigmatiseren, gebruik van een crisiskaart en 'mental health first aid' (hoe eerste hulp te bieden aan mensen met psychische klachten). Voor een volledig overzicht van de projecten en initiatieven voor de negen bouwstenen⁵ van het Schakelteam in regio Utrecht, wordt verwezen naar de website <https://monitorverwardgedrag.nl/> (Significant, 2018).

Om ontwikkelingen van een goede aanpak voor personen met verward gedrag te ondersteunen is deze kwantitatieve monitor als pilot ontwikkeld.

3.2 Omschrijving bronnen

Voor het beschrijven van personen met verward gedrag en de verschillende schakeringen waarin het verwarde gedrag in de samenleving voorkomt, is uitgegaan van een piramide model in dit hoofdstuk. Het topje van de piramide is op te vatten als de mensen met verward gedrag die door een acute situatie in beeld komen bij instanties zoals de politie of crisisdienst. Meestal leidt het verwarde gedrag echter niet tot acute situaties, deze personen vragen zelf om hulp bij de (geestelijke) gezondheidszorg en/of komen in beeld bij zorginstanties zoals het wijkteam of het meldpunt van de GGD. Het kan ook zijn dat personen met verward gedrag niet in beeld komen bij een zorginstantie, bijvoorbeeld omdat zij in een isolement leven en/of zorg mijden. Onder in de piramide bevindt zich de meerderheid van de mensen, zij hebben (nog) geen manifestaties van verward gedrag. Een deel hiervan heeft echter wel een hoger risico op het ontstaan van verward gedrag omdat ze in verschillende levensdomeinen tegelijk problemen hebben zoals dreigende huisuitzetting, schulden- en verslavingsproblematiek.

Met behulp van bovenstaand concept is een regionale bronnenkaart (zie *Bijlage A*) opgesteld. Hierin zijn bronnen zoals meldpunten, politie,

⁵ De negen bouwstenen zijn: 1) Inbreng van mensen met verward gedrag en hun omgeving; 2) Preventie en levensstructuur; 3) Vroegtijdige signalering; 4) Melding; 5) Beoordeling en risicotaxatie; 6) Toeleiding; 7) Passend vervoer; 8) Passende ondersteuning, zorg en straf; 9) Informatie voorziening.



vervoer, crisisdienst, zorg en opvang weergegeven. Vervolgens is een set met bronnen geselecteerd die verschillende schakeringen van verward gedrag en bijbehorende problematiek vertegenwoordigt (zie Hoofdstuk 2 voor de methodologische verantwoording van de bronkeuze). Voor GGD regio Utrecht zijn voor de pilot zes bronnen geselecteerd (zie Tabel 3.1).

Tabel 3.1 Operationalisaties verward gedrag per bron regio Utrecht

Bron	Operationalisatie verward gedrag	Dekking
Nationale Politie	E14 melding (poging tot zelfdoding) of E33 melding (overlast door verward of overspannen persoon)	Hele regio
Regionale Ambulance Voorziening Utrecht	A-rit met werkdiagnose 'psychiatrie'*	Geen regio dekking ⁶
GGZ Altrecht	Crisis-dbc (crisis geregistreerd als een crisis diagnose behandel combinatie)	U16
GGD regio Utrecht	Registratie bij één of meer OGGZ producten	Geen regio dekking ⁷
Leger des Heils	Registratie bij één of meer van tien geselecteerde zorgproducten m.b.t. verward gedrag	Hele regio
Woningcorporatie De Alliantie	Registratie in dossier 'verward gedrag'	Amersfoort

* A-ritten: acute ritten (B-ritten: bestelde ritten)

3.2.1

Nationale Politie

De Basisvoorziening Handhaving (BVH) is het registratiesysteem van de politie waarin alle meldingen geregistreerd worden waarmee een politieagent te maken krijgt. De melding kan door de politieagent zelf aangemaakt worden op basis van een eigen waarneming of naar aanleiding van een melding vanuit de meldkamer of regionaal servicecentrum. De BVH is een registratiesysteem van meldingen, niet van personen. Per melding kent de agent één code toe. Er zijn o.a. maatschappelijke codes (bijvoorbeeld voor overlast), codes voor overtredingen en codes voor misdrijven. Meldingen over personen met verward gedrag die tevens een strafbaar feit plegen zullen onder de code van het strafbaar feit geregistreerd worden. Ook kunnen meldingen over verward gedrag onder andere codes geregistreerd staan (overlast zwerver, overlast alcohol/drugs). Deze meldingen zijn niet meegenomen in de analyses. Van alle codes sluiten twee maatschappelijk codes het beste aan bij de definitie van verward gedrag van het Schakelteam, namelijk E33 (overlast door verward of overspannen persoon) en E14 (poging tot zelfdoding).

Bij meldingen onder de codes E33 en E14 is op basis van de registratie niet iedere persoon met verward gedrag te identificeren en tot een uniek persoon te herleiden. In de resultaten wordt daarom onderscheid

⁶ Per mei 2017 is passend vervoer in de U16 ingezet en is de RAVU niet meer dekkend voor de hele regio Utrecht

⁷ Stad Utrecht neemt geen OGGZ producten af. Daarnaast wisselt het aantal gemeenten dat een product afneemt per jaar.



gemaakt tussen meldingen die wel en meldingen die niet herleidbaar zijn tot unieke personen (voor meer toelichting zie: *Projectgroep, 2018a*).

Met toestemming van de burgemeesters van alle gemeenten van regio Utrecht zijn gegevens verstrekt over de E33 en E14 meldingen uit de BVH van de Nationale Politie. Voor deze pilot zijn de E33 en E14 meldingen van de jaren 2015, 2016 en 2017 bekeken⁸.

3.2.2 *Regionale Ambulance Voorziening Utrecht*

De Regionale Ambulance Voorziening Utrecht (RAVU) biedt ambulance vervoer in alle 26 gemeenten van regio Utrecht. In het registratiesysteem van de RAVU wordt onderscheid gemaakt tussen acute zorgverlening en vervoer (A1 en A2-ritten) en besteld ambulance vervoer (B-ritten). Het verschil tussen A- en B-ritten is de uitvoeringsurgentie: A1 en A2 zijn spoedritten (A1 binnen 15 minuten en A2 binnen 30 minuten op locatie) en B is een geplande rit (niet tijdsgebonden).

A1 en A2-ritten met werkdiagnose 'psychiatrie' komen het meest overeen met de definitie van verward gedrag. Deze ritten zijn uit 2014, 2016 en 2017 meegenomen voor deze pilot monitor⁹. De data uit 2015 waren niet bruikbaar, vanwege gebreken in de registratie van een aantal maanden.

3.2.3 *GGZ Altrecht*

In regio Utrecht zijn drie GGZ organisaties actief: Altrecht (regio U16), GGZ Centraal (regio Amersfoort) en GGZ Pro Persona (regio Food Valley Utrecht). Het bleek binnen de mogelijkheden van deze pilot niet haalbaar om data van alle drie de organisaties te ontsluiten en daarom is voor deze pilot alleen data van Altrecht ontsloten.

Altrecht behandelt in totaal ongeveer 18.000 patiënten per jaar in de specialistische GGZ. Van alle personen binnen de specialistische GGZ komt het gedrag van personen bij de crisisdienst het meest overeen met de definitie van het Schakelteam. Een melding bij de crisisdienst komt binnen via de crisislijn. De crisislijn kan alleen worden gebeld door de huisartsen(post), politie, (andere) GGZ-instellingen of ziekenhuis/spoedeisende hulp. Meldingen over personen in crisis worden op twee manieren afgehandeld door Altrecht. Als de persoon nog niet in zorg is, zal de crisisdienst ter plaatse komen. Wanneer de persoon in behandeling is bij Altrecht, komt meestal de eigen behandelaar ter plaatse en is het managen van het verwarde gedrag onderdeel van de reguliere behandeling. De crisisdienst komt dan alleen ter plaatse als de persoon hulp nodig heeft buiten kantooruren. Wegens registratiebeperkingen kunnen crisissen binnen de reguliere behandeling niet ontsloten worden uit het systeem; deze zijn niet meegenomen in de analyses. Voor deze pilot zijn alle crisissen geregistreerd als een crisis diagnose behandel combinatie (dbc) bij Altrecht uit 2015, 2016 en 2017 meegenomen.

⁸ Data uit 2014 is gebruikt voor de analyses m.b.t. eerder geregistreerde personen.

⁹ Data uit 2013 is gebruikt voor de analyses m.b.t. eerder geregistreerde personen.



Naast de data uit het registratiesysteem zijn ook gegevens van zogenoemde “meetmaanden” ter beschikking gesteld voor de pilot. Sinds 2009 is zesmaal gedurende één kalendermaand een uitgebreide, handmatige registratie bijgehouden van iedere crisis door de psychiaters van de crisisdienst¹⁰. Deze gegevens vormen een aanvulling op de gegevens uit de crisis-dbc’s.

3.2.4 GGD regio Utrecht

De Openbare Geestelijke Gezondheidszorg (OGGZ) van de GGD regio Utrecht richt zich op sociaal kwetsbare mensen. De GGD biedt 25 gemeenten in regio Utrecht (niet stad Utrecht) verschillende OGGZ-producten aan. Het aantal gemeenten dat deze producten afneemt, kan per jaar wisselen. Door het Schakelteam zijn personen met verward gedrag geoperationaliseerd als mensen die door multiproblematiek de grip op het leven dreigen te verliezen. Alle registraties uit 2014 t/m 2017 van de volgende drie OGGZ-producten voldoen aan dit criterium en zijn voor deze pilot meegenomen:

- Meldpunt Zorg & Overlast en Meldpunt Bijzondere Zorg en Overlast (hier te noemen als GGD Meldpunt): zorgt voor vraagverheldering en leidt door naar passende zorg voor mensen met meervoudige problemen waar hulpverleners of burgers zich zorgen over maken. Het kan gaan om iemand die zichzelf verwaarloost, woonoverlast veroorzaakt of vreemd of verward gedrag laat zien. Het GGD Meldpunt heeft gedurende de onderzoeksperiode van deze pilot voor 18 gemeenten gewerkt.
- Woon hygiënische problematiek (WHP): coördineert en organiseert passende hulp voor mensen die hun woning vervuilen of problematisch verzamelen. Gedurende de onderzoeksperiode van deze pilot is WHP actief geweest in 23 gemeenten.
- Voorkomen huisuitzetting (ViA): is een vorm van tweede kansbeleid met als doel huisuitzettingen van huurders te voorkomen. Om in aanmerking te komen voor een ViA-traject moet er naast een dreigende huisuitzetting sprake zijn van meervoudige problematiek. ViA is gedurende de onderzoeksperiode van deze pilot actief geweest in de gemeenten Amersfoort en Soest.

3.2.5 Leger des Heils

Het Leger des Heils (LdH) is een landelijke organisatie en biedt verschillende zorgproducten aan. Een product bevat meerdere programma’s gericht op een bepaald cliëntprofiel. Producten kunnen gericht zijn op laagdrempelige ondersteuning, verandering of continuïteit. In principe ontvangt één persoon op één moment één product. Bijvoorbeeld thuisbegeleiding of (nood-)opvang. Combinaties zijn echter mogelijk bij laagdrempelige producten (bijvoorbeeld dagbesteding). In eerder onderzoek heeft LdH bepaald dat er tien zorgproducten zijn die zich richten op personen met (manifestaties van) verward gedrag (*Leger des Heils, 2015*). Enkele van deze producten worden gefinancierd op basis van een vaste vergoeding. Registraties van deze producten zijn niet in alle gevallen volledig, het volledig registreren is lastig vanwege het laagdrempelige contact van LdH met deze

¹⁰ Alle resultaten van de meetmaanden zijn eerder gepubliceerd (*Hoek, 2017*).



personen. Voor de analyses zijn alle cliënten die uit de regio Utrecht komen en in 2016 of 2017 één of meerdere zorgproducten voor personen met verward gedrag hebben ontvangen, meegenomen (zie voor een overzicht van de geselecteerde zorgproducten: Bijlage D).

3.2.6 *Woningcorporatie De Alliantie*

In de regio Utrecht zijn circa 40 verschillende woningcorporaties gevestigd. Eén van deze woningcorporaties is De Alliantie. De Alliantie verhuurt woningen in de regio's Amsterdam, Almere, Amersfoort en Gooi en Vechtstreek. In Amersfoort verhuurt De Alliantie circa 13.000 woningen (5% vrije sector, 95% sociale huur). Omdat de problematiek rond verward gedrag onder huurders de afgelopen jaren aanzienlijk is toegenomen, is De Alliantie in Amersfoort in 2017 gestart met het registreren van huurders met verward gedrag. De definitie van verward gedrag van het Schakelteam is hierbij zoveel mogelijk aangehouden. Alle registraties uit het dossier 'verward gedrag' zijn meegenomen in deze pilot.

3.3 Resultaten

In dit hoofdstuk staat in de eerste paragraaf voor alle bronnen het aantal registraties en unieke personen weergegeven, waarna dieper ingegaan wordt op de unieke personen. Hoe ontwikkelt het aantal unieke personen zich in de tijd en wat zijn de achtergrondkenmerken van deze unieke personen? In de volgende paragraaf wordt ingegaan op welk aandeel van de unieke personen al eerder geregistreerd is in de afgelopen 12 maanden en welk aandeel niet. Daarbij wordt gekeken naar hoeveel registraties deze eerder geregistreerde personen hebben en de kortste tijdsspanne waarbinnen twee registraties elkaar opvolgen. Vervolgens staan in de laatste twee paragrafen de registraties centraal. Vanuit waar en hoe zijn de registraties binnengekomen en waar heeft het toe geleid? En welke problematiek ligt eraan ten grondslag?

Het kalenderjaar 2017 wordt bij het beschrijven van de resultaten als uitgangspunt genomen. De registraties van voorgaande jaren worden gebruikt om ontwikkelingen in de tijd te kunnen beschrijven in het aantal unieke personen en om personen die meerdere keren in de registratie voorkomen te berekenen. De resultaten worden aangevuld met mogelijke verklaringen die naar voren zijn gekomen uit gesprekken met iedere bronhouder en andere professionals uit het veld (zie Hoofdstuk 2.5 voor meer informatie). In Bijlage D is een Tabellenboek opgenomen met een gedetailleerde weergave van de resultaten. Omdat achter elk cijfer een verhaal schuilgaat, zijn er van iedere bron casusbeschrijvingen¹¹ opgenomen in dit hoofdstuk.

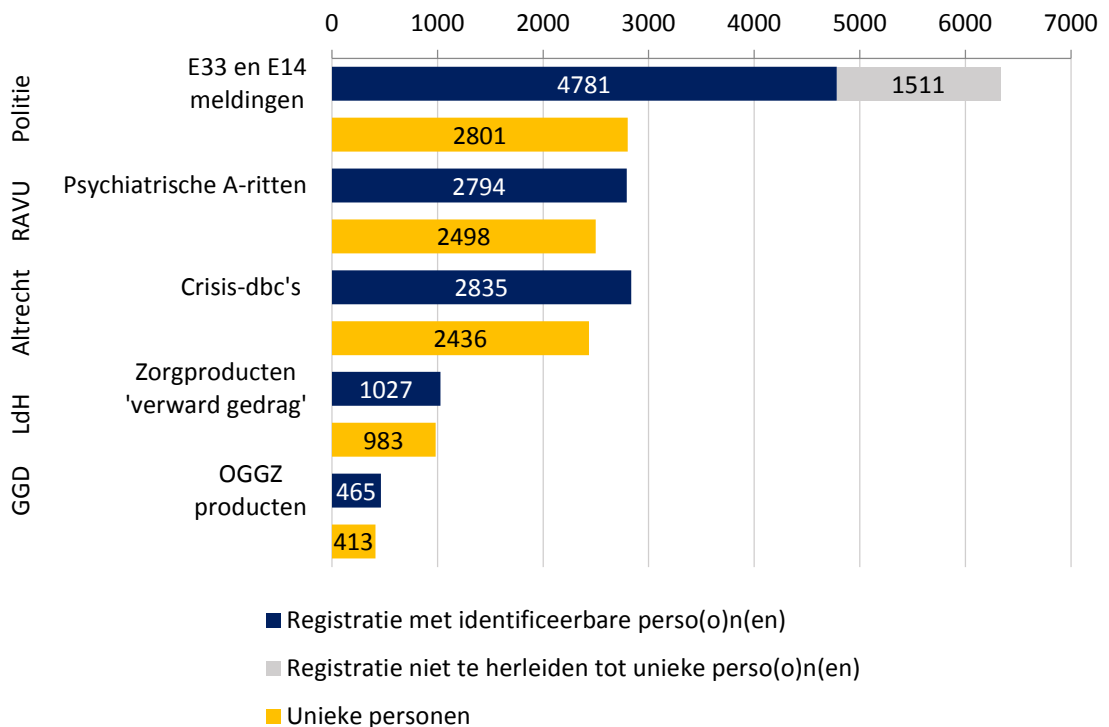
¹¹ vanwege privacy redenen zijn alle casusbeschrijvingen in de rapportage onherkenbaar gemaakt. De gebeurtenissen zijn aangepast en de gebruikte namen gefingeerd.



3.3.1 Registraties en unieke personen

Een persoon kan meerdere registraties in een jaar hebben met betrekking tot verward gedrag. In één bron ligt daarom doorgaans het aantal registraties hoger dan het aantal unieke personen. Het aantal unieke personen van de verschillende bronnen kan niet bij elkaar opgeteld worden, omdat niet te herleiden is of personen bij meerdere bronnen geregistreerd staan.

In Figuur 3.2 is te zien dat het bij de politie in 2017 om bijna 6.300 E33 en E14 meldingen gaat. Van deze meldingen heeft 96% betrekking op code E33 (overlast door verward of overspannen persoon) en 4% op code E14 (poging tot zelfdoding). Door het ontbreken van persoonsgegevens kunnen niet alle registraties herleid worden tot unieke personen. Van de 6.300 meldingen in 2017 zijn ruim 4.700 meldingen te herleiden tot 2.800 unieke personen. Bij de overige bronnen liggen het aantal registraties en het aantal unieke personen veel dicht bij elkaar.



Figuur 3.2 Aantal registraties en unieke personen per bron in 2017

Het aantal registraties en unieke personen van GGD en LdH ligt, vergeleken met de andere bronnen, aanmerkelijk lager. Bij GGD en LdH gaat het vooral om niet-acute situaties. De doelgroep die hiermee te maken heeft, kan naast GGD en LdH ook bij andere zorgpartners in regio Utrecht terecht.

In 2017 zijn bij De Alliantie in Amersfoort over 360 huurders één of meerdere overlastmeldingen binnengekomen (van de in totaal 12.800 huurders). Bij 60 huurders is een dossier opgebouwd waarbij verward



gedrag de bron van overlast was. Het gaat om huurders die meestal al eerder bij De Alliantie in beeld zijn geweest.

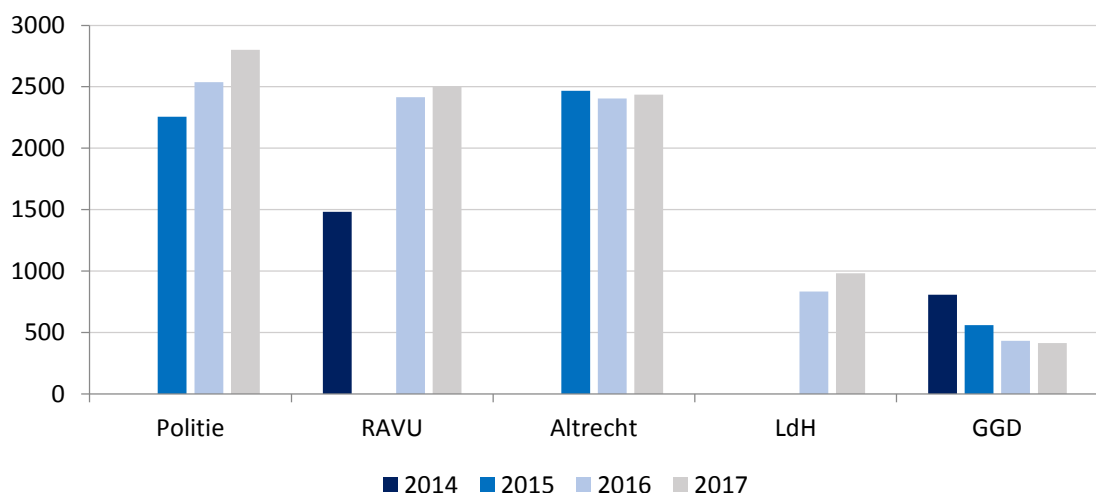
Fred Proper, een 56-jarige man, wordt aangemeld bij het Leger des Heils door een medewerker van de GGD. De cliënt is al meerdere keren in contact geweest met politie voor afwijkend gedrag. Hij beticht mensen op een agressieve manier van pedofilie. GGZ heeft cliënt afgewezen wegens het ontbreken van ziekte-inzicht. Cliënt denkt te handelen als dienaar van God om kinderen te beschermen. Met zijn betichtingen maakt hij mensen angstig, ook zijn ouders, ex-vrouw en kinderen. Cliënt is echter van mening het goede te doen.

Momenteel is er een verhoogd risico op escalaties door het mooie weer, waardoor meer kinderen op straat zijn. De conclusie van het Leger des Heils is dat de cliënt een gevaar vormt en opgenomen moet worden.

- Casus Leger des Heils -

Unieke personen: ontwikkelingen in de tijd

In Figuur 3.3 is het aantal unieke personen per bron over verschillende jaren van registratie weergegeven. Opmerkelijk is dat alleen het aantal unieke personen bij Altrecht gelijk is gebleven. Bij de politie, de RAVU en LdH is sprake van een toename van het aantal unieke personen. Vooral de toename bij de RAVU van 1481 personen in 2014 naar 2498 personen in 2017 is opmerkelijk (stijging van 70%). De RAVU verklaart dat er wijzigingen zijn geweest in de werkwijze. Omdat de RAVU sneller ter plaatse wil zijn, worden er meer acute (A-ritten) in plaats van bestelde (B-ritten) ritten ingezet. Dit kan deels een verklaring zijn voor de toename.



Figuur 3.3 Aantal unieke personen per bron in 2014-2017

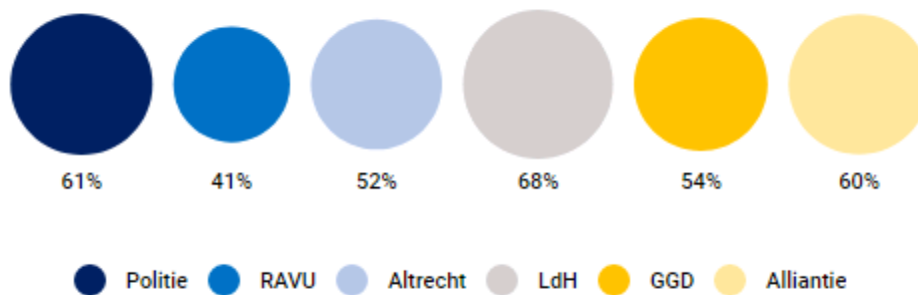
Bij de GGD neemt het aantal unieke personen echter gestaag af. Vooral in 2015, toen de nieuwe Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) van kracht ging en de meeste gemeenten (sociale) wijkteams oprichtten, is de afname bij het GGD Meldpunt aanzienlijk (zie ook



Figuur 3.12). De niet-acute situaties worden sinds 2015 steeds meer door de wijkteams opgepakt.

Unieke personen: achtergrondkenmerken

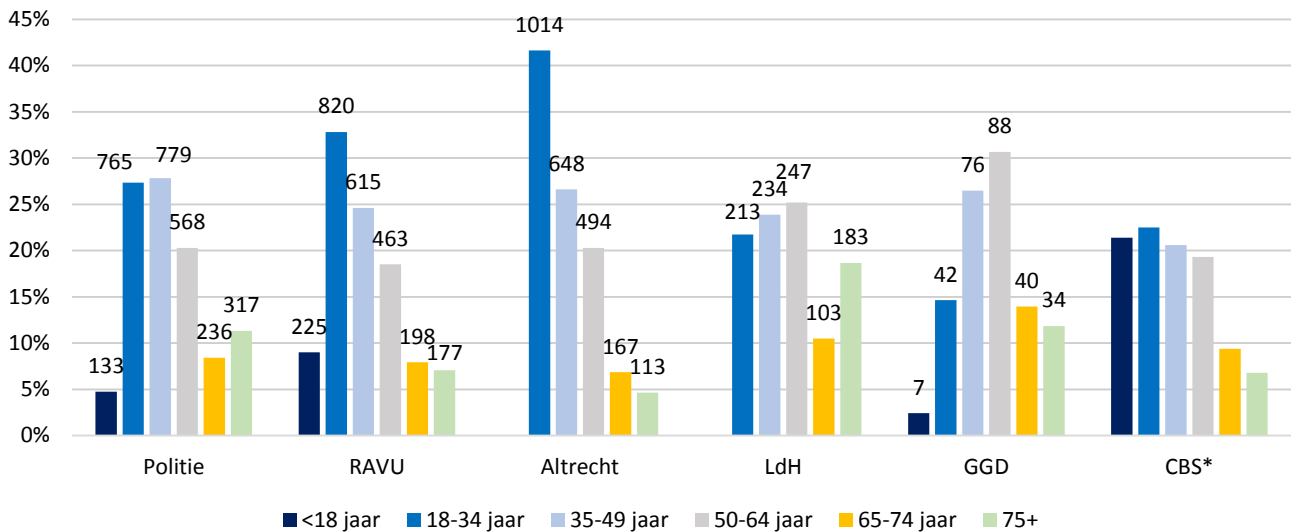
Zoals te zien in Figuur 3.4 kwamen bij De Alliantie, LdH en de politie in 2017 meer mannen dan vrouwen in de registraties voor. Opvallend is dat alleen bij de RAVU minder mannen dan vrouwen zijn geregistreerd. In de gesprekken met professionals is verschillende keren genoemd dat deze verschillen tussen de bronnen kunnen komen omdat mannen hun problemen meer externaliseren. Door het agressieve gedrag van mannen is men sneller geneigd de politie te bellen (voor meer informatie over mogelijk indeling in subgroepen binnen de BVH, zie Hoofdstuk 5). Bij vrouwen is vaker sprake van internaliserende problematiek, wat zich onder andere uit in intoxicaties waarvoor de RAVU ingezet wordt. De verdelingen in geslacht voor 2017 zijn, indien bekend, bij alle bronnen vergelijkbaar met voorgaande jaren.



Figuur 3.4 Percentage mannen van de unieke personen per bron in 2017

Figuur 3.5 laat zien dat de leeftijdsverdeling vanaf 35 jaar bij de RAVU en Altrecht redelijk overeenkomt met de CBS leeftijdsverdeling van de totale bevolking van GGD regio Utrecht in 2017. Voor de crisisdienst ontbreken, wegens technische redenen, de crisis-dbc's van personen onder de 18 jaar. Bij LdH zijn de geselecteerde zorgproducten alleen gericht op volwassenen (>18 jaar).

Bij Altrecht is het grootste aandeel van de unieke personen in de leeftijd van 18 tot 35 jaar. Altrecht geeft als mogelijke verklaring dat de allereerste manifestaties van psychiatrische aandoeningen zich gemiddeld bij mannen voordoen rond de 18 jaar en bij vrouwen gemiddeld rond de 28 jaar. Vaak zijn de eerste signalen van psychiatrie in de vorm van escalaties, aangezien de weg naar zorg (nog) onbekend is.



Figuur 3.5 Percentage (en absolute aantallen) unieke personen naar leeftijd per bron in 2017.

*CBS leeftijdsverdeling van de totale bevolking van de GGD regio Utrecht in 2017 (GGDrU, 2017).

Voor de GGD en LdH is de leeftijdscategorie 50-64 jaar het meest vertegenwoordigd. Een verklaring kan zijn dat de problemen zich jarenlang hebben opgebouwd, men al dan niet zorg mijdt en uiteindelijk dan toch terecht komt bij de GGD of LdH. Verder is te zien dat bij LdH relatief veel 75-plussers komen. Een verklaring hiervoor kan zijn dat één van de zorgproducten van LdH die in deze pilot is meegenomen vooral gericht is op de oudere doelgroep. Het zorgproduct biedt intramuraal verblijf aan met behandeling, verpleging en verzorging, zoals revalidatie/respijtzorg en palliatieve/terminale zorg.

Bij De Alliantie, waar een iets andere leeftijdsindeling is gehanteerd, komt de categorie 45-59 jaar het meest voor (45%). De sociaal beheerder van De Alliantie geeft aan dat het in deze leeftijdscategorie veelal gaat om mensen die in het verleden bekend zijn geweest met psychiatrische problematiek. Mede omdat bij de GGZ minder snel tot opname wordt overgegaan, kunnen ze niet (meer) terecht om de nodige hulp te krijgen en komen ze meer in beeld bij de woningcorporatie.

3.3.2 Unieke personen: eerder of niet eerder geregistreerd?

Eerder geregistreerd houdt in dat over deze persoon tenminste één registratie is gedaan in het desbetreffende kalenderjaar, én een of meer registraties in de 365 dagen voorafgaand hieraan bij de betreffende bron. Een persoon waarover één registratie is gedaan en waarvoor in de 365 dagen voorafgaand daaraan geen registratie is gedaan, wordt getypeerd als niet eerder geregistreerd persoon in deze pilot.



Piet is automonteur en de politie heeft al ruim 40 keer met hem te maken gekregen in het afgelopen jaar. Piet is zwaar verslaafd aan grote hoeveelheden GHB, daarnaast gebruikt hij heroïne, cocaïne en alcohol. In september zijn er meerdere meldingen binnengekomen over Piet.

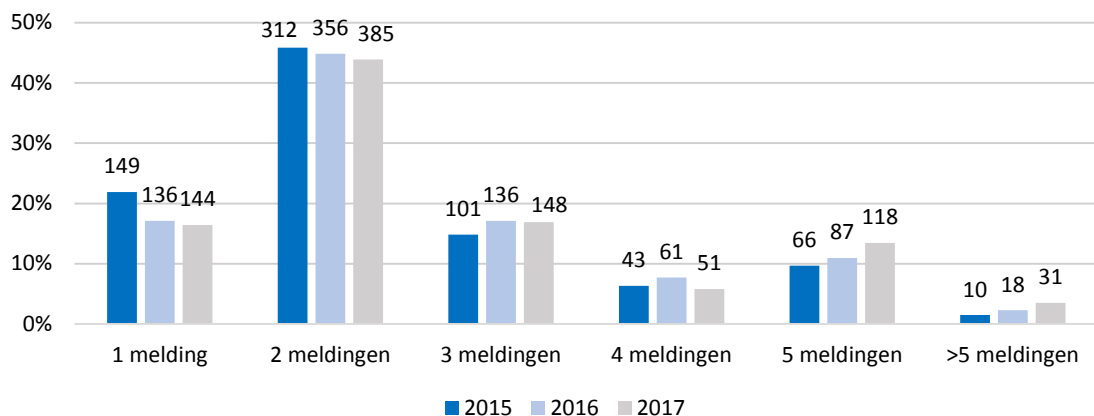
Op 15 september krijgt de politie een melding dat Piet op straat ligt te kronkelen, hij wordt met een ambulance naar het ziekenhuis gebracht. Twee dagen later rukt de politie weer uit als Piet zich gedraagt als inbreker in zijn eigen huis. Uren later komt de politie weer langs, Piet schreeuwt de hele buurt bij elkaar. Hij heeft zichzelf opgesloten in zijn woning en dreigt uit het raam naar beneden te vallen. Ook brandweer en ambulance moeten uitrukken om hem uit die benarde positie te halen. Uiteindelijk wordt Piet met een hoogwerker naar beneden gehaald. Binnen worden brandplekken aangetroffen. Omwonenden zijn heftig overstuur. Dit alles leidt tot een korte opname gevolgd door een snel ontslag. Op 18 september wordt Piet door de politie van de snelweg gehaald. Piet krijgt alsnog een IBS.

- Casus Nationale Politie -

Nationale Politie

In 2017 waren 877 van de 2.801 unieke personen (31%) al eerder geregistreerd onder een E33 en/of E14 code en 69% niet. Deze verhouding is vanaf 2015 gelijk gebleven. Van de bijna 4.800 E33 en/of E14 meldingen in 2017 is 60% toe te schrijven aan deze 877 eerder geregistreerde personen. Vergeleken met eerdere jaren, is dit aandeel geleidelijk toegenomen van 54% in 2015 en 57% in 2016 naar 60% in 2017.

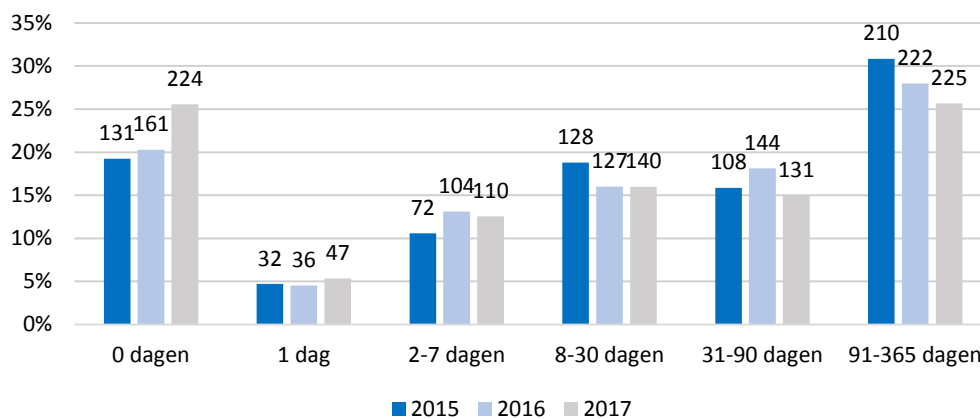
In 2017 is over 144 eerder geregistreerde personen (16%) één melding binnengekomen (zie Figuur 3.6). Deze personen met één melding in 2017 hebben, 365 dagen voorafgaand aan deze melding, één of meer meldingen in 2016 gehad. Het aantal meldingen van eerder geregistreerde personen is in alle drie de jaren vrijwel gelijk verdeeld. Alleen het aandeel personen met vijf en meer dan vijf meldingen is iets toegenomen. In 2017 gaat het bij 31 personen om meer dan 5 meldingen, dit aantal loopt bij één persoon zelfs op tot 47 meldingen.



Figuur 3.6 Percentage (en absolute aantallen) eerder geregistreerde personen naar frequentie van E33 en E14 meldingen bij de Nationale Politie in 2015-2017



In Figuur 3.7 is te zien dat in 2017 bij 381 eerder geregistreerde personen (43%) het kortste interval tussen twee meldingen binnen één week valt. Bij een kwart vindt de tweede melding zelfs op dezelfde dag plaats. Vergeleken met eerdere jaren, is het interval tussen de meldingen steeds korter geworden: in 2015 had 35% van de eerder geregistreerde personen binnen één week twee meldingen; dit nam toe tot 43% in 2017. De politie geeft aan dat een verklaring voor meerdere meldingen in een korte periode kan wijzen op een opbouw van een crisis en/of dat het gaat om een casus die lastig op te lossen is (zie ook casusbeschrijving).

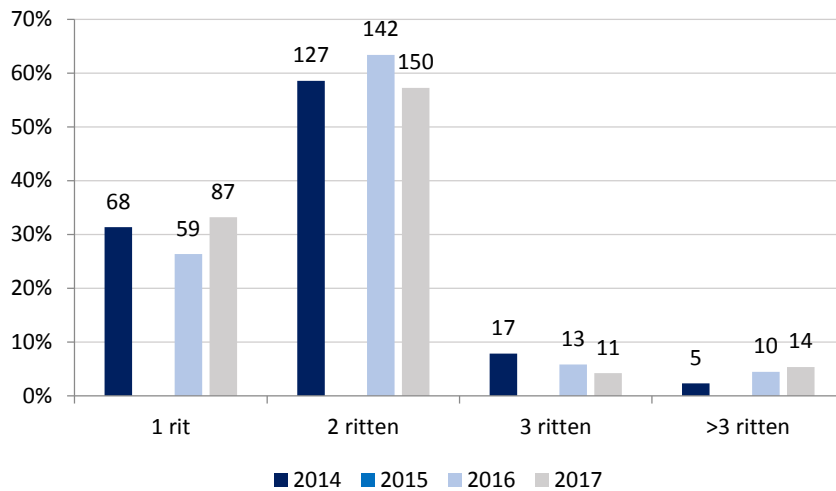


Figuur 3.7 Percentage (en absolute aantallen) eerder geregistreerde personen naar kortste interval tussen E33 en E14 meldingen bij de Nationale Politie in 2015-2017

RAVU

Bij de RAVU hadden 262 van de 2.498 unieke personen al eerder een psychiatrische A-rit (10%) in 2017. De overige 90% was niet eerder geregistreerd. Dit aandeel is licht toegenomen vergeleken met 2014. Van de bijna 2.800 psychiatrische A-ritten in 2017 zijn zo'n 560 ritten toe te schrijven aan deze 262 eerder geregistreerde personen (20%). Vergeleken met eerdere jaren, is dit aandeel iets afgenomen, van 25% in 2014 naar 20% in 2017.

Een derde van de eerder geregistreerde personen heeft één A-rit in 2017 gehad (zie Figuur 3.8) en ruim de helft twee. De frequentieverdeling van de A-ritten is in 2017 vrijwel gelijk aan de verdeling in 2014 en 2016.



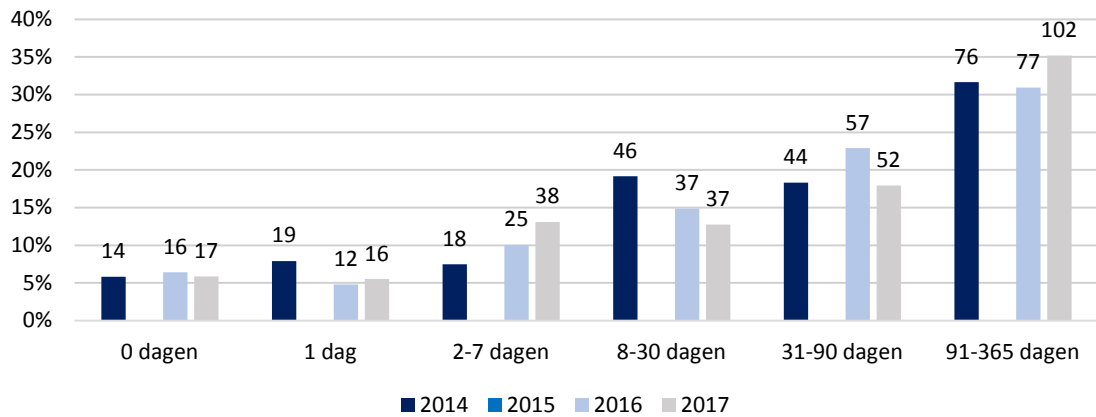
Figuur 3.8 Percentage (en absolute aantallen) eerder geregistreerde personen naar frequentie van A-ritten bij de RAVU in 2014-2017

De meldkamer van de RAVU ontvangt een melding van een beller via 112 dat zij zojuist bij haar vriendin is geweest die pillen heeft ingenomen. Zij is nog wel aanspreekbaar maar erg slaperig, de ademhaling is aanwezig en de kleur is goed. Het is de beller niet duidelijk welke medicatie het is en hoeveel. De RAVU stuurt de dichtstbijzijnde eenheid ter plaatse en krijgt na een half uur terugkoppeling dat het een psychiatrisch patiënte betreft die medicatie-abusief heeft toegepast. Er is overleg geweest met de huisarts. Er is geen medische indicatie tot vervoer van deze patiënte, afgesproken wordt dat de huisarts de casus overneemt. Eenheid meldt zich vrij (eerste hulp(EH)/ geen vervoer).

's Middags belt de huisarts met de meldkamer dat in overleg met de behandelaren van Altrecht er toch gekozen wordt voor opname en het wenselijk is, gezien haar algemene en psychische conditie, dat vervoer plaats vindt met een ambulance. Ambulance vervoegt zich bij het opgegeven huisadres en patiënte wordt vervoerd naar de behandel locatie.

- Casus RAVU -

Net als de politie geeft de RAVU aan dat er sprake kan zijn van een opbouw van een crisis (ter illustratie: zie casusbeschrijving van de RAVU). Zoals te zien in Figuur 3.9 rukt de RAVU voor eenzelfde persoon soms meer dan één keer op een dag uit. In 2017 was dit 17 keer (6%). Hierbij zijn niet de registraties meegenomen waarbij eerst een motor of personenauto zonder mogelijkheid tot personenvervoer ('rapid responder') is ingezet en pas daarna een ambulanceauto.



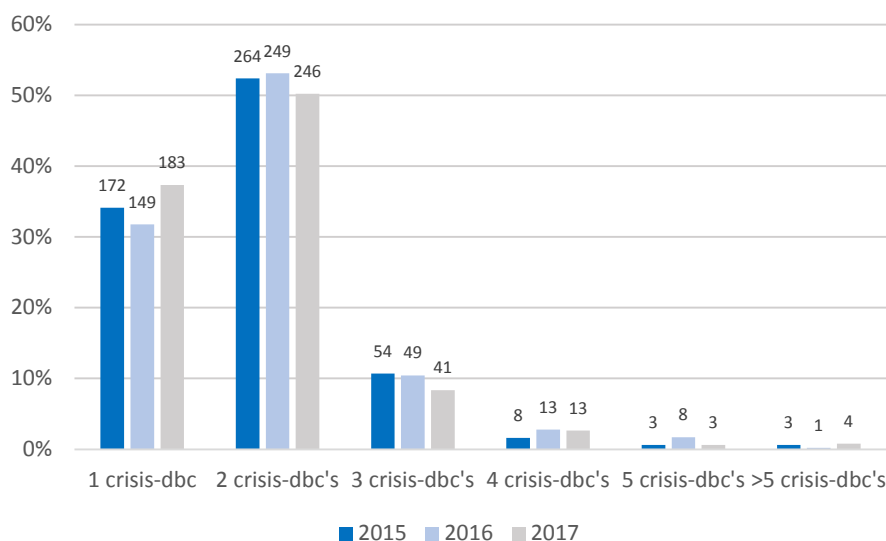
Figuur 3.9 Percentage (en absolute aantallen) eerder geregistreerde personen naar kortste interval tussen A-ritten bij de RAVU in 2014-2017

Bij circa 25% van de eerder geregistreerde personen in 2017 valt het kortste interval tussen twee A-ritten binnen één week. Dit aandeel is niet veranderd in vergelijking tot 2014 en 2016.

GGZ Altrecht

In 2017 waren 490 van de 2.436 unieke personen (20%) al eerder geregistreerd bij de crisisdienst van Altrecht, de overige 80% niet. Mogelijk zijn deze personen al wel in zorg bij Altrecht of een andere GGZ instelling en/of zijn ze in het afgelopen jaar bij een andere crisisdienst geweest. Van de 2.835 crisis-dbc's in 2017 zijn 889 crisis-dbc's (31%) toe te schrijven aan deze eerder geregistreerde personen. Beide verhoudingen zijn in de afgelopen jaren gelijk gebleven.

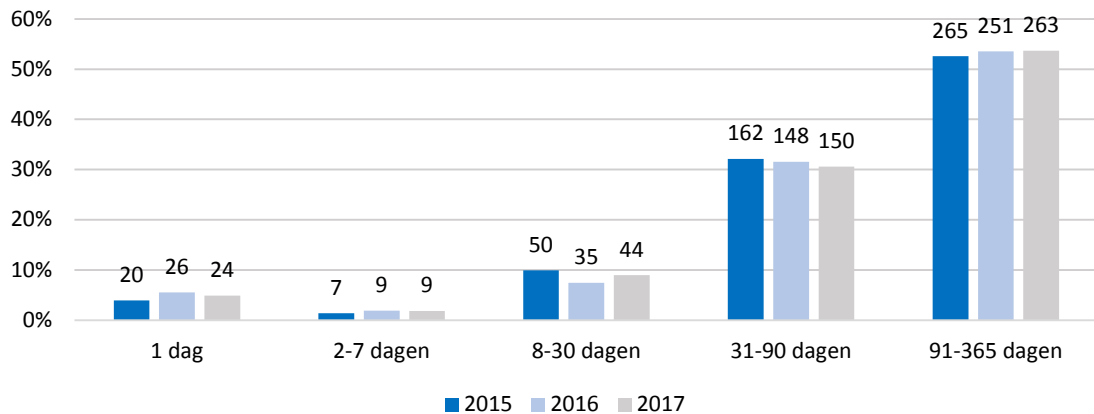
Van de eerder geregistreerde personen hadden in 2017 183 personen (37%) één crisis-dbc (zie Figuur 3.10), de meeste hadden twee crisis dbc's (50%). De frequentieverdeling van de crisis-dbc's in 2017 is vrijwel gelijk aan 2015 en 2016.



Figuur 3.10 Percentage (en absolute aantallen) eerder geregistreerde personen naar frequentie van crisis-dbc's bij GGZ Altrecht in 2015-2017



Zoals te zien in Figuur 3.11 wordt bij 77 personen (15%) in 2017 een tweede crisis-dbc geregistreerd binnen één maand na de eerste crisis. Het is niet mogelijk om tweemaal op één dag een crisis-dbc te registreren. Het interval tussen twee crisis-dbc's is bij 54% tussen de 91 en 365 dagen. Vergeleken met 2015 en 2016 is het kortste interval tussen twee crisis-dbc's gelijk gebleven.



Figuur 3.11 Percentage (en absolute aantallen) eerder geregistreerde personen naar kortste interval tussen crisis-dbc's bij GGZ Altrecht in 2014-2017

Leger des Heils

Voor LdH kunnen geen betrouwbare gegevens over eerder en niet eerder geregistreerde personen weergegeven worden omdat de cliënten meerdere zorgproducten tegelijk kunnen ontvangen. Bijvoorbeeld als ze twee zorgproducten tegelijk ontvangen; één voor opvang en één voor dagbesteding, waarbij het ene product eerder gestart is dan het andere. Dit betekent in dit geval dus niet dat een persoon opnieuw in beeld bij LdH is gekomen. Het is enkel een uitbreiding van de geboden zorg en ondersteuning. Daarnaast duren verschillende zorgproducten langer dan één jaar. Voor sommige producten geldt zelfs dat cliënten het product tot overlijden ontvangen.



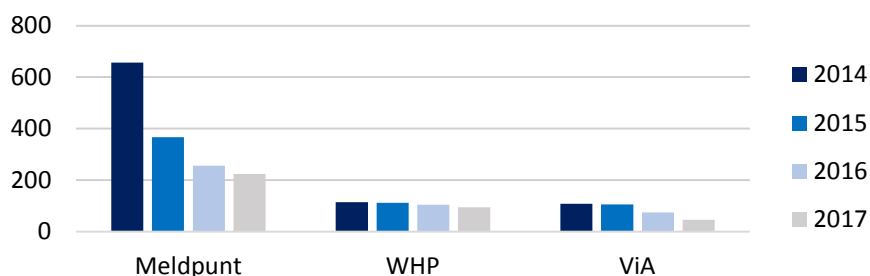
Man (melder) belt GGD Meldpunt met zorgen over zijn buurvrouw (79 jaar) op de camping. Ze verblijft al geruime tijd in haar caravan. De caravan is verwaarloosd; half ingestort dak en enkele gesneuvelde ramen. De buurman heeft de indruk dat het in de caravan vervuild is. De camping is al geruime tijd gesloten. Gas, water en/of elektriciteit zijn afgesloten. Mevrouw brandt kaarsen, mogelijk is er sprake van brandgevaar. Als de buurman op de camping is, komt mevrouw, enigszins in verwaarloosde toestand, naar buiten en vraagt om voedsel. Mevrouw heeft voor zover bekend geen sociaal netwerk.

Op verzoek van het GGD Meldpunt heeft de buurman mevrouw geïnformeerd over de melding en achterhaalt dat mevrouw geen huisarts heeft. In overleg met het wijkteam wordt bemoeizorg ingezet. Bemoeizorg gaat samen met mevrouw naar een huisarts. De indruk van de huisarts is dat mevrouw mogelijk dementerend is en verwijst haar door. Dementie wordt vastgesteld. Mevrouw wordt opgenomen en wordt ingeschreven op de wachtlijst voor langdurig verblijf.

- Casus GGD regio Utrecht -

GGD regio Utrecht

Over de totale OGGZ-registratie van de GGD zijn geen betekenisvolle cijfers over eerder en niet eerder geregistreerde personen af te leiden. De OGGZ-producten van de GGD zijn verschillend van aard en personen kunnen van het ene naar het andere product overgezet worden. Zo kan er bij het GGD Meldpunt een melding zijn gedaan die, als later blijkt dat de problematiek vooral woningvervuiling betreft, doorgezet is naar woonhygiënische problematiek (WHP). Deze persoon staat tweemaal geregistreerd en zal onterecht als eerder geregistreerd persoon aangemerkt worden. In de analyses is daarom een splitsing gemaakt in registraties bij het GGD Meldpunt en WHP/huisuitzetting (ViA). Zie Figuur 3.12 voor de registratieverdeling van de OGGZ-producten van de GGD.



Figuur 3.12 Aantal registraties per OGGZ-product van GGDrU in 2014-2017.

In 2017 waren bij het GGD Meldpunt 18 van de 212 personen (9%) al eerder geregistreerd bij het meldpunt. Dit aandeel is in de afgelopen jaren aanzienlijk afgenomen van 18% in 2015 naar 9% in 2017. Bij WHP en/of ViA waren 8 van de 135 personen al eerder geregistreerd in 2017 (6%). Het aandeel is van 11% in 2015 afgenomen tot 6% in 2017.



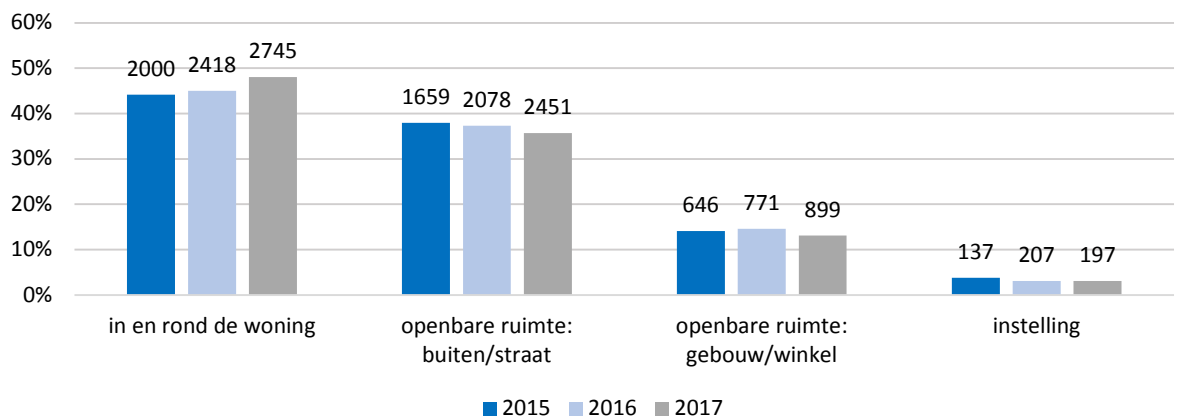
Hoewel het aantal personen met meerdere registraties in de afgelopen jaren is afgenomen bij het GGD Meldpunt en WHP/ViA, geven de OGGZ-medewerkers van de GGD aan dat de casussen complexer zijn geworden. Ze geven als verklaring hiervoor dat mogelijk nu meer casussen binnen komen die eerder bij de specialistische GGZ terecht kwamen. Daarnaast lijkt het erop dat medewerkers van de wijkteams soms (te) laat opschalen.

3.3.3 Registraties: van aanmelding tot vervolg

In deze paragraaf wordt ingegaan op de parameters herkomst en bestemming. Voor elke bron zijn deze parameters anders geoperationaliseerd en ook niet voor iedere bron te herleiden.

Nationale Politie

De herkomst van een melding is voor de politie geoperationaliseerd als de locatie van het incident. Figuur 3.13 laat zien dat de meeste E33 en E14 meldingen zich afspelen in huiselijk sfeer in en rond de woning (voor meer informatie over de vervolgcacties van de politie, zie Hoofdstuk 5).



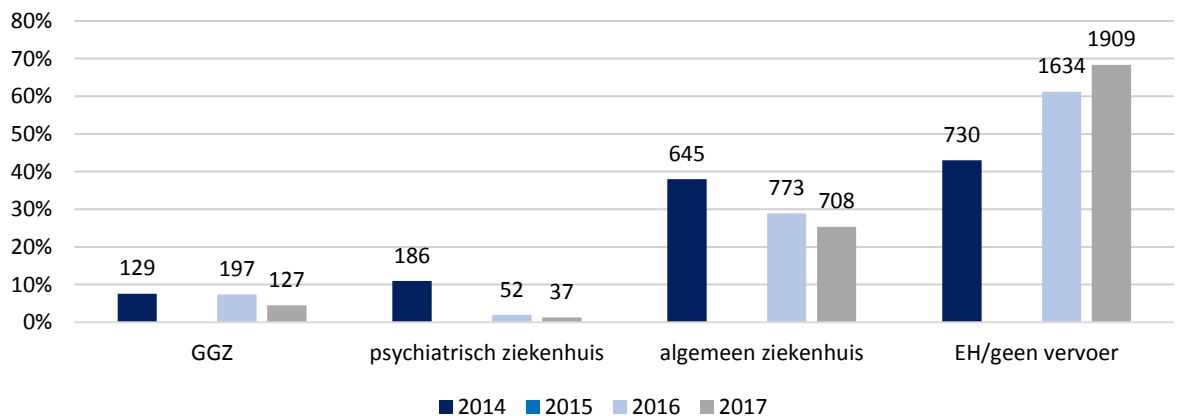
Figuur 3.13 Percentage (en absolute aantallen) E33 en E14 meldingen naar locatie van het incident bij de Nationale Politie in 2015-2017

RAVU

De bestemming van een registratie is bij de RAVU geoperationaliseerd als de plaats van bezorging. In Figuur 3.14 is te zien dat de RAVU steeds vaker eerste hulp/geen vervoer registreert. Bij deze categorie heeft er geen vervoer door de RAVU plaatsgevonden omdat behandeling ter plekke afdoende was. Vaak is bij zo'n registratie ook een huisarts of crisisdienst betrokken die het verder over heeft genomen. Deze categorie is toegenomen van 43% in 2014 naar 68% in 2017. De RAVU geeft aan dat het huidige triage systeem hier mogelijk de oorzaak van is. Psychiatrische A-ritten worden met indicatie vanuit de meldkamer aangevraagd. Veel huisartsenposten gebruiken een gestandaardiseerde intake met triage systeem dat een directe link naar de meldkamer heeft. Omdat er bij dit systeem geen medisch behandelaar aan te pas komt, worden de meldingen nu vaak 'hoog' ingeschaald door middel van een A-rit. Achteraf blijkt dan dat de inzet van een ambulance niet nodig was.



In Figuur 3.3 was een opmerkelijke toename bij de RAVU te zien van 1481 personen in 2014 naar 2498 personen in 2017. Echter deze stijging wordt vooral veroorzaakt door de categorie 'eerste hulp/geen vervoer' (zie Figuur 3.14). Als alleen gekeken wordt naar het aantal unieke personen dat door de RAVU is vervoerd naar een GGZ instelling of psychiatrisch of algemeen ziekenhuis, blijkt dat het aantal unieke personen lager ligt en over de jaren ongeveer gelijk is gebleven: 834 unieke personen in 2014 en 789 unieke personen in 2017.



Figuur 3.14 Percentage (en absolute aantallen) psychiatrische A-ritten naar plaats van bezorging bij de RAVU in 2014-2017

GGZ Altrecht

Bij Altrecht worden personen in crisis vooral aangemeld door de huisarts (29%) en de politie (25%). De GGZ, huisartsenpost en ziekenhuis/spoedeisende hulp zorgen ieder voor ongeveer tien procent van de aanmeldingen. In uitzonderlijke gevallen meldt de persoon in crisis zichzelf aan (4%). In 2017 was 52% van de unieke personen met een crisis-dbc al in beeld bij Altrecht, vanwege het ontvangen van zorg of het staan op de wachtlijst.

Na een crisis is bijna twee derde (1.590 patiënten) in zorg bij Altrecht gekomen, hiervan heeft de helft nog niet eerder zorg van Altrecht ontvangen. Het is mogelijk dat (een gedeelte van) de overige personen (35%) toch in zorg komt, bijvoorbeeld bij een andere GGZ instelling. Hierover zijn binnen deze pilot echter geen data beschikbaar.

Van de 1.590 patiënten die in 2017 in zorg kwamen bij Altrecht waren de meeste patiënten (53%) tien dagen na afloop van de crisis-dbc in zorg bij een team zonder crisis voorkomende functie, aangezien de kans op een nieuwe crisis bij deze personen (zeer) laag ingeschat werd. Ruim een vijfde was tien dagen na de crisis opgenomen bij de acute psychiatrie. Bij 61 patiënten (4% van het totaal) ging het om zorg bij een forensisch ACT ('assertive community treatment')-team. Volgens Altrecht ligt het percentage patiënten dat zorg van een forensisch ACT-team nodig heeft echter hoger, maar worden deze patiënten wegens wachtlijsten eerst bij de acute psychiatrie geplaatst om vervolgens bij een vrijgekomen plek door te stromen naar een forensisch ACT-team. Voorgaande jaren geven een soortgelijk beeld. Van alle opnames is ongeveer de helft van de opnames na een crisis-dbc onvrijwillig.



Leger des Heils

Bijna de helft van de zorgproducten van LdH (48%) is in 2017 beëindigd volgens plan. Daarnaast is een derde voortijdig afgesloten, 13% beëindigd vanwege overlijden van de cliënt en 6% vanwege doorstroming naar een ander zorgproduct binnen LdH.

Het is kwart over vijf 's ochtends. Op het politiebureau beoordelen twee crisisdienstmedewerkers Daniël, 41 jaar. Hij is aangehouden vanwege extreme geluidsoverlast. De burens raakten verontrust omdat hij op de muren dreunde. Daniël had zich dreigend uitgelaten naar de burens en riep dat hij zichzelf zou ophangen. De politie trof hem in een sterk verwaarloosd appartement. Hij had een houten knuppel en een priem binnen handbereik. Zonder verzet ging hij met de agenten mee naar het bureau.

De psychiatrische voorgeschiedenis vermeldt schizofrenie. Daniël had meerdere jaren ambulante zorg gehad, maar nadat hij een eigen bijdrage voor de psychiatrische hulpverlening moest gaan betalen, haakte hij af. Daniël stemt niet in met een voorstel tot behandeling en krijgt een inbewaringstelling. Er volgt een opname van ruim drie maanden, waarbij ook een rechterlijke machtiging nodig is. Nadat een voorwaardelijke machtiging is verkregen gaat Daniël naar huis. Hij heeft wekelijks contact met het ambulante behandelteam en krijgt woonbegeleiding. Daniël blijft de medicatie gebruiken, omdat het hem helpt tegen stemmen.

- Casus GGZ Altrecht -

GGD regio Utrecht

In 2017 zijn de meeste meldingen die bij de GGD zijn binnengekomen, gedaan door burgers zoals een familielid, kennis of buur (24%). Andere frequente melders zijn het wijkteam (22%), diverse zorginstanties (19%), woningcorporatie en politie (beide 14%).

In 2017 had 12% van de meldingen betrekking op een persoon die nog niet bekend was bij een zorginstantie. Na een melding is 44% van de personen toe geleid naar bemoeizorg, bij 40% is advies aan derden verstrekt en/of heeft afstemming/bij elkaar brengen van betrokken partijen plaatsgevonden en 8% is doorverwezen naar WHP.

Bij WHP en/of ViA heeft 28% van de registraties betrekking op een persoon die nog niet bekend is bij een zorginstantie. In 2017 is het bij 14 van de 135 mensen (10%) niet gelukt om de gehele interventie succesvol te doorlopen. Dit aandeel is in de afgelopen jaren sterk afgenomen van 20% in 2015 tot 10% in 2017.

Woningcorporatie De Alliantie

Meldingen uit het dossier 'verward gedrag' zijn vooral vanuit buurtbewoners binnengekomen, soms is er ook uitwisseling met de politie geweest. Gemiddeld woonden de 60 huurders uit het dossier 'verward gedrag' al 9,4 jaar in een huurwoning van woningcorporatie De Alliantie. De huurperiode varieerde van een aantal maanden tot bijna 44 jaar.



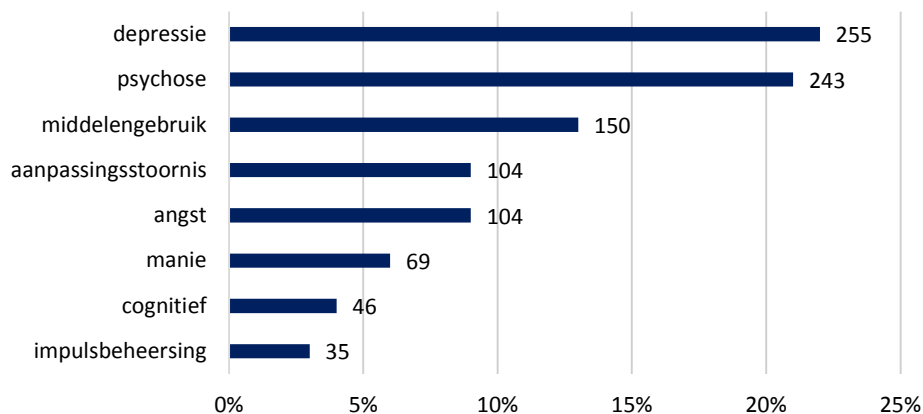
Bij twee derde van de huurders is uiteindelijk de woonoverlast gestopt (40 huurders). 17 van deze 40 huurders huren nog een woning bij De Alliantie en geven (tijdelijk) geen overlast meer. De overige 23 huurders zijn verhuisd, overleden of opgenomen in een instelling. Uiteindelijk zijn 11 gedwongen huuropzeggingen gedaan (met zes huisuitzettingen). Het is onbekend waar deze mensen heen zijn gegaan. Als uitzetting dreigt, doet De Alliantie altijd, vanuit maatschappelijk oogpunt, een melding bij het meldpunt van de gemeente Amersfoort. Vergeleken met eerdere jaren, is het aantal huisuitzettingen onder deze doelgroep fors toegenomen. Voorheen ging het bij De Alliantie om hooguit één huisuitzetting per drie jaar vanwege verward gedrag.

3.3.4 Registraties: onderliggende problematiek

In deze laatste paragraaf staat de aard van de onderliggende problematiek beschreven. Net als herkomst en bestemming is ook in deze paragraaf de parameter per bron verschillend geoperationaliseerd en niet uit iedere registratie herleidbaar. Voor de meeste registraties, behalve GGZ Altrecht, wordt de classificatie van de problematiek niet door gedragsdeskundigen gedaan en gaat het daarom niet om een objectieve beoordeling. Voor de politiegegevens wordt in Hoofdstuk 5 verder ingegaan op welke problematiek aan de registraties ten grondslag ligt en welke risico's en gevaren voor overlast, schade of letsel er zijn.

GGZ Altrecht

Bij een crisis-dbc geven de aanmeldreden en medische diagnose een goede indicatie van de aard van de onderliggende problematiek. De meest voorkomende aanmeldreden is suïcidaliteit (43%), wat kan variëren van gedachten aan suïcide tot een serieuze poging. De andere aanmeldredenen zijn crisis externaliserend (22%), agressie en crisis internaliserend (beide 8%) en overig (19%). Na de aanmeldreden stelt de psychiater een (eerste) medische diagnose vast. De drie meest voorkomende diagnoses zijn depressie, psychose en middelengebruik (zie Figuur 3.15).



Figuur 3.15 Percentage (en absolute aantallen) crisis-dbc's naar medische diagnoses bij GGZ Altrecht



GGD regio Utrecht

Bij iedere melding bij het GGD Meldpunt wordt, op basis van de informatie die bij de melding gegeven wordt en/of na het eerste contact met de cliënt, een inschatting gemaakt over de aard van de problematiek. De OGGZ-medewerker kan hiervoor één of meerdere (in totaal 13) categorieën aanvinken. De categorieën die het meest zijn aangevinkt zijn sociaal (36%), woningvervuiling (34%), psychisch (31%) en psychiatrisch (26%).

Leger des Heils

Bij LdH is de aard van de problematiek af te leiden uit het ontvangen zorgproduct. In 2016 en 2017 zijn de vier meest geregistreerde zorgproducten voor personen met verward gedrag bij LdH:

1. In Balans: Woonbegeleiding in de thuissituatie voor zorgmijdende cliënten met langdurige meervoudige en complexe problematiek (o.a. psychi(atri)sch) gericht op het behoud of bereiken van optimale zelfstandigheid en zelfredzaamheid, zodat de cliënt zo zelfstandig mogelijk kan blijven wonen en leven (32% in 2017).
2. Huis en Haard: Intramuraal verblijf met behandeling, verpleging en verzorging, op basis van de behoefte, voor cliënten met een combinatie van lichamelijke of psychogeriatrische problemen en psychi(atri)sche, verslavings- en/of gedragsproblemen, die gezien hun complexe problematiek niet in een reguliere voorziening kunnen verblijven (28% in 2017).
3. Van de Straat: Tijdelijke avond/nacht (nood)opvang voor dak- en thuislozen zonder een sociaal vangnet die een meervoudige hulpvraag hebben op het gebied van huisvesting, gezondheid en psychische problematiek. Binnen de (nood)opvang wordt de cliënt uitgedaagd om stappen te ondernemen in de richting van een vervolgtrajec (15% in 2017).
4. Domus: Intramuraal verblijf voor dak- en thuislozen met een combinatie van psychiatrische problematiek, langdurige verslaving aan (hard)drugs en/of alcohol en veelal contacten met politie en justitie (10% in 2017).

In het afgelopen jaar zijn door diverse buurtgenoten bij De Alliantie meldingen binnengekomen over huurster mevrouw Bos, 52 jaar. Ze veroorzaakt veel geluidsoverlast met name 's nachts door harde muziek op te zetten. Overdag schreeuwt ze naar burens en voorbijgangers en ze is regelmatig onder invloed van alcohol. De burens zijn het inmiddels zat, de overlast is al jaren een probleem. Naar aanleiding van deze meldingen is de sociaal beheerder van De Alliantie bij mevrouw Bos langs geweest.

De sociaal beheerder rapporteert dat mevrouw Bos zich erg wantrouwig gedroeg. In eerste instantie was het al moeilijk om binnen te komen. Eenmaal binnen sprak mevrouw Bos wartaal over duivels en kwade geesten. Ook zag de woning er zeer verwaarloosd uit. De sociaal beheerder besluit om mevrouw Bos aan te melden bij het GGD Meldpunt om te kijken of zorg ingezet kan worden.

- Casus Woningcorporatie De Alliantie -



Woningcorporatie De Alliantie

Volgens de sociaal beheerder van De Alliantie gaat het bij 43 huurders uit het dossier 'verward gedrag' om psychiatrische problematiek (72%). Bij elf huurders (18%) is het moeilijk om contact te maken omdat ze zorg mijndend zijn. Bij tien huurders (17%) is sprake van een verslaving (alcohol/drugs) en negen huurders (15%) vertonen agressief gedrag tegen burens en/of medewerkers van De Alliantie en kunnen gevaarlijke situaties veroorzaken. De sociaal beheerder van De Alliantie geeft voorbeelden van incidenten waarbij een huurder die ernstig in de war was, bijvoorbeeld brand stichtte in de woning of opzettelijk het gas openzette met een explosie als gevolg.

3.4 Regionale beschouwing

Deze regionale pilot geeft zicht op het aantal personen met verward gedrag dat bij verschillende bronnen in regio Utrecht in beeld is gekomen en op de ontwikkelingen hierin. Het vergelijken van de zes verschillende bronnen die in deze pilot geanalyseerd zijn, is niet goed mogelijk omdat verward gedrag per bron anders geoperationaliseerd is en omdat niet alle bronnen de hele regio dekken. Het aantal personen met verward gedrag afkomstig uit de regionale bronnen kan niet bij elkaar opgeteld worden, omdat in deze pilot niet gekeken is in hoeverre personen bij meerdere bronnen geregistreerd staan.

Uit de pilot komt naar voren dat personen met verward gedrag via verschillende instanties en onder diverse omstandigheden in beeld kunnen komen. Sommige personen komen door een acute situatie in beeld middels een E33 of E14 melding, psychiatrische A-rit of crisis-dbc. Voor andere personen geldt dat het verwarde gedrag niet leidt tot acute meldingen. Zo kunnen mensen zelf om hulp vragen en/of komen ze in beeld bij zorginstanties zoals het GGD Meldpunt of LdH. Hiervan kan een deel al onder behandeling zijn in de reguliere (geestelijke) gezondheidszorg en een ander deel niet. Tenslotte zijn er nog personen met verward gedrag die (nog) bij geen enkele (zorg)organisatie in beeld zijn, mogelijk omdat men de zorg mijndt, en zijn dus niet meegenomen in deze pilot. De problematiek kan eveneens divers zijn. Naast psych(iatr)ische problemen als depressie en psychose komen problemen in de sociale omgang, alcohol/drugsverslavingen, huisvervuiling, financiële moeilijkheden en huiselijk geweld veelvuldig in de registraties voor. In tegenstelling tot de beelden in de media, met verwarde mensen op straat, laten de resultaten in deze pilot zien dat het voor de onderzochte bronnen vooral gaat om incidenten die zich in en rond de eigen woning afspelen.

Omdat een persoon meerdere registraties in een jaar kan hebben, ligt het aantal registraties doorgaans hoger dan het aantal unieke personen. De verhouding tussen het aantal unieke personen en het aantal registraties per bron laat in deze pilot grote verschillen zien en is vooral bij de politie afwijkend in vergelijking tot de andere bronnen. Bij de politie komen veel meldingen binnen die betrekking hebben op een relatief kleine groep mensen. Om de problematiek rondom verward gedrag goed te duiden is het belangrijk dat in rapportages ook het aantal unieke personen genoemd wordt. Rapporteren alleen op basis



van het aantal meldingen geeft een 'overschatting' van het aantal personen met verward gedrag.

Van de zes regionale bronnen zijn de meeste registraties van verward gedrag in de vorm van E33 en E14 meldingen bij de politie gedaan. Bij de politie gaat het in 2017 om 2.800 unieke personen. Dit aantal ligt slechts iets hoger dan het aantal unieke personen bij de crisisdienst van Altrecht en de RAVU (beide circa 2.500). Deze laatste twee bronnen zijn echter niet dekkend voor de hele regio. Bij het aantal mensen met een crisis-dbc zijn de registraties van de crisisdienst van GGZ Centraal en GGZ Pro Persona niet meegenomen. Voor de psychiatrische A-ritten geldt dat sinds mei 2017 in de U16 met passend vervoer wordt gereden. Voor mensen met verward gedrag die in een crisis komen, sluit ambulancevervoer, omdat deze vooral ingericht is voor somatisch zieke mensen, niet goed aan bij de situatie van een angstige of verwarde persoon. Met passend vervoer wordt geprobeerd het vervoer zoveel mogelijk af te stemmen op de problematiek en behoeften van de persoon die wordt vervoerd.

In de afgelopen jaren is er een toename van unieke personen met een E33 en/of E14 melding bij de politie. Ook bij LdH is een lichte stijging te zien tot bijna 1.000 unieke personen in 2017. Daarentegen is het aantal mensen dat met een psychiatrische A-rit door de RAVU is vervoerd en het aantal mensen bij Altrecht met crisis-dbc's gelijk gebleven. Bij de GGD is het aantal unieke personen vanaf 2014 zelfs met bijna de helft afgenomen tot circa 400 personen. De daling bij de GGD heeft vooral te maken met landelijke beleidsveranderingen. Sinds 2015 is de Wmo, beschermd wonen en maatschappelijke opvang onder de verantwoordelijkheid van gemeenten komen te vallen. Om dichterbij de burger te komen en zodoende zwaardere en duurdere zorg te voorkomen zijn in veel gemeenten sociale (wijk) teams opgericht. Dit heeft gevolgen gehad voor de werkzaamheden van de GGD. De GGD is steeds meer een adviespunt geworden voor bijvoorbeeld medewerkers van wijkteams. OGGZ-medewerkers van de GGD geven aan dat ondanks dat er minder meldingen bij het meldpunt zijn binnen gekomen, de casussen complexer zijn geworden. Mogelijk komen casussen die eerder bij de specialistische GGZ terecht kwamen, nu vaker bij het GGD Meldpunt binnen. Ook lijkt het erop dat medewerkers van de wijkteams te lang doorgaan met casussen met ernstige, ingewikkelde problematiek en pas opschalen als ze vastlopen.

Ook voor woningcorporatie De Alliantie hebben de landelijke beleidsveranderingen gevolgen gehad. Door de afbouw van het aantal GGZ-bedden, neemt jaarlijks het aantal nieuwe huurders met een GGZ-urgentie bij De Alliantie toe. Zo is het aantal woningen dat verhuurd wordt aan mensen met een GGZ-urgentie toegenomen van 21 woningen in 2014 tot 170 woningen in 2017. Er komt echter geen enkele huurder met een GGZ-urgentie voor in het dossier 'verward gedrag'. In tegenstelling tot de 60 huurders uit dat dossier, veroorzaken de huurders met een GGZ-urgentie geen of slechts lichte overlast, mede omdat door een goede samenwerking met de hulpverlenende instanties snel ingegrepen kan worden.



De bevinding in deze pilot dat het aantal crisis-dbc's in de afgelopen drie jaar niet is toegenomen, komt overeen met het landelijke beeld. Uit gedeclareerde zorgdata ingediend bij zorgverzekeraars in Nederland komt naar voren dat het aantal patiënten met een crisisbehandeling in 2016 met 5% is afgenomen ten opzichte van 2015 (*Vektis, 2016*). Deze bevindingen zouden er mogelijk op kunnen wijzen dat de bezuinigingen in de GGZ niet geleid hebben tot meer crisis aanmeldingen bij de GGZ. Ook publiceerde het NIVEL recentelijk dat tussen 2015 en 2017 het aantal contacten van mensen met verward gedrag met de huisartsenpost vrijwel gelijk bleef (*Nivel, 2018*).

De aandacht voor incidenten rondom personen die verward gedrag vertonen, is in de media onverminderd groot en de bevindingen in deze pilot tonen een groeiend aantal (overlast)registraties bij de politie, LdH en de woningcorporatie. Voor deze toename zijn diverse verklaringen te geven, die echter (nog) niet onderbouwd kunnen worden met onderzoeksresultaten.

Een eerste verklaring kan zijn dat in onze maatschappij de tolerantie afneemt voor mensen die zorg behoeven, kwetsbaar of anders zijn. Een situatie wordt sneller als 'verontrustend' aangemerkt. De extra aandacht in onze maatschappij voor afwijkend gedrag kan geleid hebben tot meer meldingsbereidheid. De weg om te melden bij politie wordt beter gevonden (*Koekkoek, 2017*).

Door een cultuur van toenemende risicovermijding kunnen ook registratie-effecten zijn ontstaan (*Broer, 2018*). Zo houdt de politie vaker een oogje in het zeil bij personen waarover zorgen zijn, waardoor over de betreffende persoon meerdere registraties, o.a. E33 meldingen, gedaan worden. Bij de RAVU komen de aanmeldingen tegenwoordig met een hogere urgentie vanuit de huisartsenpost binnen. Ook rijdt de RAVU steeds meer op tijd door minder B- en meer A-ritten in te zetten.

Een andere mogelijke verklaring is dat de toename bij politie, LdH en de woningcorporatie zou kunnen wijzen op haperingen in de ambulantisering. Als de afbouw van intramurale GGZ-zorg niet goed afgestemd is op de opbouw van andere zorg- en ondersteuningsvoorzieningen, vallen er mensen tussen wal en schip. Volgens verschillende zorgprofessionals escaleren problemen rondom verward gedrag omdat er vaak geen goede (tijdige) ambulante hulp of time-out voorzieningen aanwezig zijn. Hierdoor krijgen bijvoorbeeld woningcorporaties steeds meer te maken met overlast veroorzaakt door huurders met verward gedrag (*Aedes, 2017*). Diverse zorgprofessionals gaven aan handelingsverlegen te zijn. Vaak is het onduidelijkheid wie ingeschakeld kan worden en in hoeverre er op korte termijn hulp kan worden geboden (*Planije, 2016*).

Om de ondersteuning aan mensen met verward gedrag te verbeteren is aandacht nodig voor extramurale GGZ-begeleiding en verbetering in de ketenzorg. Samenwerking, continuïteit en flexibiliteit zijn van cruciaal belang voor de ondersteuning van mensen met meervoudige problematiek (*Planije, 2016*), veelvoorkomend bij personen met verward gedrag. Hierbij is samenwerking tussen GGZ, politie, gemeenten en andere maatschappelijke organisaties essentieel. Woningcorporatie De



Alliantie laat zien dat voor de groep mensen met een GGZ-urgentie goede samenwerking tussen (zorg)instanties helpt. Voor een domein-overstijgende ketensamenwerking zijn wel duidelijke afspraken over verantwoordelijkheden en overdrachtmomenten nodig. Naast samenwerking is door professionals herhaaldelijk het belang van preventie en vroegsignalering benadrukt. De grote vertegenwoordiging van relatief jonge mensen in de registraties van politie, de RAVU en Altrecht onderstreept dit belang. Het gaat immers niet alleen om (eerste) escalaties rondom verward gedrag te voorkomen maar vooral om te zorgen dat mensen minder in de problemen komen. De meldingen bij het GGD Meldpunt laten zien dat een deel van de problematiek al vroeg in beeld komt en dat door tijdige signalering en passende ondersteuning escalaties deels voorkomen kunnen worden. Belangrijk is dat iedere organisatie goed signaleert en registreert en dat tussen organisaties ervaringen uitgewisseld worden en samen wordt gewerkt.

Preventie zou zich vooral moeten richten op het wegnemen van veel misstanden over wat een psychische ziekte is (destigmatisering), het herkennen van signalen en hierop in actie komen door gerichte ondersteuning. Ook wijkgerichte GGZ, met inzet van ervaringsdeskundigen die hun ervaringen overdragen aan anderen is een oplossingsrichting. Daarnaast zou in onze samenleving minder nadruk moeten liggen op het signaleren van afwijkingen en meer op levensfasegerichte ondersteuning met aandacht voor diversiteit en individuele behoeften.

Voor verschillende bronnen komt een relatief klein aandeel van de mensen geregeld in beeld bij de betreffende organisatie. Zo heeft de politie 31% van de unieke personen eerder geregistreerd in de afgelopen 12 maanden. Bij de RAVU en Altrecht ligt dit percentage op respectievelijk 10% en 20%. Bij de meeste al eerder geregistreerde personen gaat het om twee registraties in het betreffende kalenderjaar. Tot nu toe is onbekend waarom het na een eerste melding toch weer mis is gegaan en welke risicofactoren hieraan hebben bijgedragen. Verdiepende analyses zijn daarom nodig om de groep eerder geregistreerde personen beter te kunnen karakteriseren. Dit met het doel om door vroegsignalering en intensivering van de begeleiding de zorg voor deze personen te optimaliseren. Personen met verward gedrag zijn tenslotte verschillend, wat tevens vraagt om een gedifferentieerde aanpak (Koekkoek, 2017). Daarnaast is het van belang om te zorgen dat de relatief grote groep mensen met één registratie niet na verloop van tijd tot de groep mensen met meerdere registraties rondom verward gedrag gaat behoren.

Van het beeld dat in deze pilot geschetst wordt, kan, zoals professionals terecht opmerkten in de regionale duidingsbijeenkomst, geen film gemaakt worden; het zijn nog teveel snapshots. Een film over hoe mensen met verward gedrag bepaalde trajecten hebben doorlopen en welke knelpunten ze hierbij hebben ervaren wordt niet in deze pilot getoond. Uit de duidingsbijeenkomst kwam naar voren dat daar wel behoefte aan is. Het doel van deze pilot is echter niet geweest om trajecten in de ketenzorg te beschrijven en ook niet om registraties van verschillende bronnen aan elkaar te koppelen. Door het opnemen van een casusbeschrijving voor iedere regionale bron is wel geprobeerd om



naast het tellen ook nog iets te 'vertellen'. In deze casusbeschrijvingen komt naar voren dat politie, de RAVU, GGZ, GGD en woningcorporatie soms gezamenlijk voor dezelfde persoon met verward gedrag in actie komen. Ook bieden de tekstanalyses van de politie verderop in deze rapportage veel aanvullende informatie over de achterliggende problematiek (zie Hoofdstuk 5 Bevindingen tekstanalyses). Zo laten de analyses bijvoorbeeld zien dat het belangrijkste acute gevaar bij een E33 melding vooral de betrokkene persoon zelf betreft en niet het gevaar dat de betrokkene een ander ernstig letsel zal toebrengen.

Deze pilot beoogt vooral om de stand van zaken en ontwikkelingen hiervan in de tijd voor de regionale bronnen weer te geven, wat richting kan geven aan regionaal en lokaal beleid.

De resultaten laten zien dat er veel verschillende organisaties rondom deze kwetsbare groep actief zijn. Het zorgaanbod is erg versnipperd. Voor een sluitende aanpak rondom personen met verward gedrag is een goede samenwerking nodig waarbij duidelijk is wie de regie en het eigenaarschap op zich neemt.



4 Bevindingen pilotregio West-Brabant

4.1 De regio West-Brabant

De GGD regio West-Brabant telt 703.071 inwoners (peildatum 2018, CBS), verdeeld over 18 gemeenten. De bevolkingsopbouw naar leeftijd en geslacht is in West-Brabant vergelijkbaar met de landelijke verdeling. In West-Brabant ervaart meer dan de helft van de volwassenen en ouderen hun gezondheid als (zeer) goed (respectievelijk 61% en 62%). Eén op de tien volwassenen en ouderen voelt zich (zeer) ernstig eenzaam en één op de zes volwassenen en ouderen voelt zich psychisch ongezond. Van de volwassenen en ouderen heeft een klein aandeel een hoog risico op angststoornissen en/of depressieve klachten (respectievelijk 5% en 4%) (*GGD West-Brabant, 2016*).

De afgelopen jaren is er in de regio West-Brabant gewerkt aan een verbetering van de aanpak van verward gedrag. Deze inzet was nodig omdat de regio in 2016 nog voldoende uitdagingen kende om de zorg voor personen met verward gedrag goed te kunnen uitvoeren (*Jongeneel, 2016*). Om een samenhangende aanpak te realiseren voor personen met verward gedrag, is in 2016 een regionaal project in West-Brabant gestart onder de naam 'ontwikkeling, coördinatie en afstemming lokale aanpak personen met verward gedrag'. Een projectgroep, bestaande uit beleidsmedewerkers van de politie, de veiligheidshuizen, de ambulance, de GGZ, maatschappelijk werk, de GGD, ervaringsdeskundigen en gemeenten, voert dit project uit. Bestuurlijke verantwoordelijkheid ligt bij burgemeesters (Moerdijk en Zundert) en wethouders (Breda en Bergen op Zoom).

In zeven deelprojecten, die gezamenlijk alle negen bouwstenen¹² van het Schakelteam Personen met verward gedrag omvatten, is er de afgelopen periode gewerkt aan een verbetering van zorg voor mensen met verward gedrag. Met het einde van het project in zicht (februari 2019), zijn veel deelprojecten afgerond of in de afrondende fase (*Significant, 2018*). Zo is er onder andere een training ontwikkeld voor niet-zorgprofessionals die geschoold worden in het vroegtijdig kunnen signaleren, herkennen en toeleiden van personen met verward gedrag. Ook zijn er voor de ontwikkeling van een de-escalatiemodel in vier gemeenten regiekaarten gemaakt die afspraken bevatten over op- en afschalen van casuïstiek. Daarnaast zijn er twee locaties voor een spoedeisende psychiatrische onderzoeksruimte gerealiseerd bij de GGZ (één in de subregio Bergen op Zoom en één in de subregio Breda). Personen met verward gedrag worden in eerste instantie naar deze beoordelingsruimte gebracht. De crisisdienst GGZ kijkt ter plekke wat er aan de hand is en welke hulp op korte en lange termijn geboden moet worden. Afgesproken is dat het vervoer van personen van en naar deze locaties voor spoedeisend psychiatrisch onderzoek, wordt verzorgd door de Regionale Ambulance Voorziening. Opvallend is dat ondanks de

¹² De negen bouwstenen zijn: 1) Inbreng van mensen met verward gedrag en hun omgeving; 2) Preventie en levensstructuur; 3) Vroegtijdige signalering; 4) Melding; 5) Beoordeling en risicotaxatie; 6) Toeleiding; 7) Passend vervoer; 8) Passende ondersteuning, zorg en straf; 9) Informatie voorziening.



inspanningen van de afgelopen tijd de minderheid van de gemeenten en instellingen aangeeft dat hun gemeente een goed werkende aanpak voor personen met verward gedrag heeft op 1 oktober 2018 (*Significant, 2018*). De komende periode blijft dus inzet vragen. Deze inzet zal zich met name richten op de realisatie van een meldpunt voor acute en niet-acute hulpbehoeften.

Ter ondersteuning van het regionaal en lokaal beleid rondom verward gedrag, heeft in West-Brabant in 2015 een eerste analyse plaatsgevonden van beschikbare data uit bestaande bronnen (*Jongeneel, 2016*). Bronnen die destijds bekeken zijn, waren: E33 meldingen uit de BVH, meldingen bij het GGD Meldpunt Zorg en Overlast, crisismeldingen bij de Crisisdienst Maatschappelijk Werk, casussen die besproken zijn in het casuïstiekoverleg van het Maatschappelijk Steunsysteem (MASS) en meldingen van crisissituaties die door crisisdiensten van de GGZ zijn afgehandeld. Uit dit onderzoek bleek dat de omvang van de problematiek veroorzaakt door personen met verward gedrag, moeilijk vast te stellen is. Alleen de politie registreerde op personen met verward gedrag. De andere organisaties in het onderzoek en ook daarbuiten, duiden casuïstiek niet met dit begrip. Bij de hulpverlenende organisaties lag de focus in de registratie op de achterliggende problemen, de reden waarom iemand in een verwarde toestand verkeert.

De huidige regionale pilot betreft een verdieping op het eerder uitgevoerde onderzoek in 2015, waarbij we niet alleen kijken naar de registraties (meldingen) maar ook naar de personen achter deze registraties. Hiertoe zijn een vijftal (deels) andere bronnen naast de politiegegevens uit de Basisvoorziening Handhaving Politie geanalyseerd, te weten: meldingen bij het GGD Meldpunt Zorg en Overlast, psychiatrische A-ritten uitgevoerd door de Regionale Ambulance Voorziening, inschakelingen van Algemeen Maatschappelijk Werk, inschakelingen van de Crisisdienst Maatschappelijk Werk buiten kantoor tijd en aanvragen voor lastgeving tot inbewaringstelling (IBS) zoals geregistreerd in BOPZ-Online. Bij een drietal van deze bronnen zijn niet alleen de gestructureerde velden, maar ook de vrije tekstvelden geanalyseerd, te weten: de E33/E14 meldingen bij de politie, de inschakelingen van de Crisisdienst Maatschappelijk Werk buiten kantoor tijd en de IBS-aanvragen. De bevindingen van deze tekstanalyses staan beschreven in Hoofdstuk 5.

4.2 Omschrijving bronnen

Hieronder volgt een beschrijving van de vijf regionale bronnen die in West-Brabant geanalyseerd zijn in het kader van deze pilot. De operationalisatie van verward gedrag per bron, is weergegeven in Tabel 4.1.



Tabel 4.1 Operationalisaties verward gedrag per bron voor regio West-Brabant

Bron	Operationalisatie verward gedrag	Dekking
Nationale Politie	E14 melding (poging tot zelfdoding) of E33 melding (overlast door verward of overspannen persoon)	Hele regio
Regionale Ambulance Voorziening Midden- en West-Brabant	A-rit met werkdiagnose 'psychiatrie'*	Hele regio
GGD West-Brabant	Gestarte melding bij Meldpunt Zorg & Overlast	Hele regio
Instituut voor Maatschappelijk Welzijn Breda	Gestart traject bij Algemeen Maatschappelijk Werk met hoofdprobleem huisvesting, gezondheid, eenzaamheid, verslaving of andere psychische problematiek	Gemeenten Alphen-Chaam, Baarle-Nassau en Breda
Instituut voor Maatschappelijk Welzijn Breda	Inschakelingen van Crisisdienst Maatschappelijk Werk West-Brabant buiten kantoor tijd	Hele regio
BOPZ-Online	Aanvraag voor lastgeving tot inbewaringstelling (IBS)	Hele regio

* A-ritten: acute ritten (B-ritten: bestelde ritten)

4.2.1 *Nationale politie*

Voor de beschrijving van de E33 en E14 meldingen wordt verwezen naar paragraaf 3.2.1. Met toestemming van burgemeesters van alle gemeenten in de regio West-Brabant zijn gegevens verstrekt over de E33 en E14 meldingen uit de BVH van de nationale politie. Voor deze pilot zijn de E33 en E14 meldingen van de jaren 2015, 2016 en 2017 bekeken.

4.2.2 *Regionale Ambulance Voorziening Midden- en West-Brabant*

De Regionale Ambulance Voorziening Midden- en West-Brabant (RAV MWB) biedt ambulance vervoer in 43 gemeenten van regio Midden- en West-Brabant. In het registratiesysteem van de RAV wordt onderscheid gemaakt tussen acute zorgverlening en vervoer (A1 en A2-ritten) en besteld ambulance vervoer (B-ritten). Het verschil in A en B-ritten is de uitvoeringsurgentie: A1 en A2 zijn spoedritten (A1 binnen 15 minuten en A2 binnen 30 minuten op locatie) en B is een geplande rit (niet tijdsgebonden). Voor deze pilot zijn de A-ritten met werkdiagnose 'psychiatrie' in de jaren 2015-2017 voor de 18 gemeenten van West-Brabant bekeken. Deze selectie komt namelijk het meest overeen met de definitie van verward gedrag.

4.2.3 *Meldpunt Zorg en Overlast GGD West-Brabant*

Het Meldpunt Zorg en Overlast (Meldpunt Z&O) van de GGD West-Brabant werkt voor de gehele regio West-Brabant en kan benaderd worden door burgers en professionals bij overlast en/of bij zorgen om mensen die problemen hebben of probleemgedrag vertonen maar niet altijd zelf om hulp vragen (zorgmijders). Het meldpunt is dagelijks bereikbaar tijdens kantooruren; daarnaast kunnen online meldingen worden gedaan. De sociaal verpleegkundigen van het Meldpunt Z&O onderzoeken iedere melding, geven advies, bieden zelf hulp of



schakelen hulp in van anderen. Vaak is dat de hulp van het bemoeizorgteam bestaande uit professionals van maatschappelijk werk, verslavingszorg en geestelijke gezondheidszorg in de regio. Voor deze pilot zijn alle meldingen die gestart zijn in 2017 bekeken. Wegens de overstap op een ander registratiesysteem waren de gegevens van eerdere jaren niet beschikbaar voor deze pilot.

4.2.4 *Instituut voor Maatschappelijk Welzijn Breda*

Van het Instituut voor Maatschappelijk Welzijn Breda en omstreken (IMW Breda) zijn twee registraties meegenomen in deze pilot: het Algemeen Maatschappelijk Werk en de Crisisdienst Maatschappelijk Werk West-Brabant.

Algemeen Maatschappelijk Werk

Maatschappelijk werkers van het IMW voeren de eerstelijns psychosociale en sociaal juridische dienstverlening uit die zich in samenwerking met anderen richt op het helpen van mensen met persoonlijke, psychosociale of maatschappelijke problemen, met als doel de zelfredzaamheid te herstellen, bevorderen of ondersteunen. Dit doen zij in de gemeenten Alphen-Chaam, Baarle-Nassau en Breda. Voor dit onderzoek zijn de trajecten van het Algemeen Maatschappelijk Werk (AMW) meegenomen waarbij het geregistreerde hoofdprobleem lag bij huisvesting, gezondheid, eenzaamheid, verslaving of andere psychische problematiek. Deze vijf categorieën zijn volgens de maatschappelijk werkers het meest gerelateerd aan verward gedrag binnen het AMW. Het IMW bewaart gegevens niet langer dan twee jaar na de datum waarop een dossier is aangemaakt, tenzij het traject nog lopende is. De gegevens van meldingen in de vijf eerder genoemde categorieën zijn daardoor alleen geanalyseerd voor het jaar 2017.

Crisisdienst Maatschappelijk Werk West-Brabant buiten kantoortijd

De Crisisdienst Maatschappelijk Werk West-Brabant (CMW) heeft een regionale functie en verzorgt buiten kantooruren de eerstelijns psychosociale crisishulpverlening voor het IMW, maar ook voor Trema, Surplus en de WijZijn Traverse Groep (dekking alle 18 gemeenten van West-Brabant). De crisisdienst kan niet rechtstreeks worden ingeschakeld maar wordt met name opgeroepen door politie en Veilig Thuis. Daarnaast doen ook de Spoedeisende Psychiatrische Onderzoeksruimte, GGz Breburg, GGz Westelijk Noord-Brabant en de huisartsenpost regelmatig een beroep op CMW. Buiten kantoortijd neemt CMW waar voor MEE West-Brabant voor crisissituaties in het kader van de Wet Langdurige Zorg. Daarnaast werkt CMW buiten kantoortijd ook als casemanager voor Veilig Thuis in het kader van de Wet op het Tijdelijk Huisverbod.

Voor dit onderzoek zijn alle inschakelingen van CMW in het jaar 2017 meegenomen. Ook voor deze gegevens geldt dat het IMW de registratie niet langer dan twee jaar bewaart. In de registratie van CMW zijn geen unieke personen te herleiden op basis van de meldingen vanwege het ontbreken van een uniek persoonsnummer.

4.2.5 *BOPZ-Online*

BOPZ-Online is een automatiseringssysteem van de aanvraagprocedure voor een lastgeving tot IBS. Een lastgeving tot IBS is een spoedmaatregel in het



kader van de Wet Bopz¹³ om iemand bij onmiddellijk dreigend gevaar – voor zichzelf of voor anderen – gedwongen op te nemen in een daartoe geautoriseerde instelling. Om een lastgeving tot IBS te kunnen geven, dient er een ernstig vermoeden te zijn dat het gevaar wordt veroorzaakt door een psychiatrische stoornis, een psychogeriatrische aandoening (zoals dementie) of een verstandelijke beperking. Daarbij kan het gevaar alleen worden afgewend door opname in een instelling. Verder wil de betrokkene niet vrijwillig worden opgenomen.

Een onafhankelijke psychiater/arts beoordeelt de cliënt en stelt een geneeskundige verklaring op. Vervolgens beslist de burgemeester of wethouder van de gemeente waar de betrokkene verblijft of de lastgeving wordt toegekend. Indien een lastgeving wordt afgegeven door de bestuurder, wordt de betrokkene naar de gekozen opnamelocatie vervoerd (tenuitvoerlegging van de lastgeving). Dikwijls vindt dit plaats met een ambulance of onder begeleiding van politie. Een lastgeving tot IBS is een tijdelijke maatregel. In de praktijk betekent dit dat de IBS niet veel langer dan een week mag duren. Een machtiging voortzetting IBS kan door een rechter voor maximaal drie weken worden afgegeven.

Voor deze pilot zijn, met toestemming van alle burgemeesters uit de regio, alle aanvragen voor IBS-lastgevingen zoals geregistreerd in BOPZ-Online voor alle 18 gemeenten in de regio West-Brabant in 2015-2017 meegenomen. Om de herleidbaarheid van gegevens te minimaliseren, is de leeftijd van betrokkenen in de aangeleverde data naar beneden afgerond op het begin van de maand, op een veelvoud van 5 jaar. Daarnaast zijn aanvraag datums naar beneden afgerond op het begin van een maand. Resultaten met betrekking tot leeftijd van betrokkenen en datum van de aanvraag en intervallen zijn daarom schattingen.

4.3 Resultaten

Dit hoofdstuk start met een beschrijving van het aantal registraties en personen die uit de bronnen naar voren komen. Vervolgens wordt bekeken of en hoe vaak deze personen terugkomen in de verschillende bronnen. Verder wordt gekeken naar de aard van de problematiek die per registratie in de bronnen wordt weergegeven. Daarnaast worden in dit hoofdstuk van de verschillende bronnen casusomschrijvingen weergegeven in tekstboxen om te illustreren om wat voor soort registraties het kan gaan.

Bij het omschrijven van de resultaten is het kalenderjaar 2017 als uitgangspunt genomen. Eventuele trends ten opzichte van voorgaande jaren worden expliciet genoemd. Voor een uitgebreide weergave van de resultaten per bron wordt verwezen naar het Tabellenboek in Bijlage E.

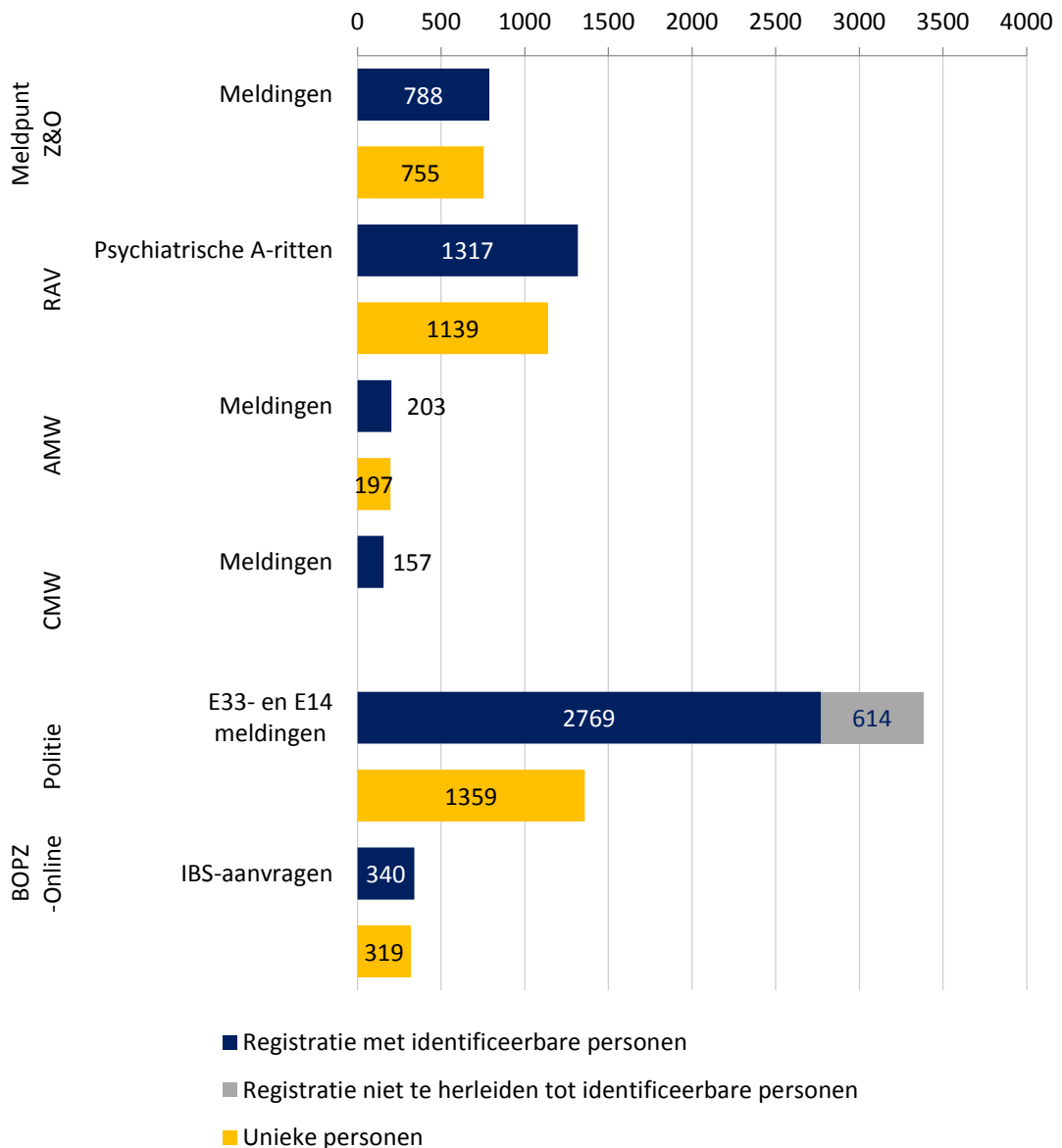
4.3.1 Aantal registraties en unieke personen

In Figuur 4.1 wordt het aantal registraties en unieke personen per bron in 2017 weergegeven. Eenzelfde persoon kan meerdere registraties in een jaar hebben, waardoor het aantal registraties doorgaans hoger ligt dan het aantal unieke personen. Voor het Meldpunt Z&O, AMW en BOPZ-Online ligt het aantal registraties en unieke personen dicht bij elkaar. Opvallend is dat bij de RAV en politie een relatief lager aantal personen

¹³ Wet Bopz: Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen.



verantwoordelijk is voor een groter deel van de ritten of meldingen ten opzichte van de andere bronnen. Met name bij de politie gaat het om een groot verschil. Hierbij moet vermeld worden dat 614 incidenten uit de politieregistratie in 2017 niet gekoppeld konden worden aan een identificeerbaar persoon vanwege het ontbreken van persoonsgegevens bij de registratie. Van alle politiemeldingen in 2017 die in dit onderzoek zijn meegenomen vallen 3100 meldingen (92%) onder de categorie 'overlast door verward of overspannen persoon' (code E33) en 283 meldingen (8%) onder de categorie 'poging tot zelfdoding' (code E14). In de gegevens van CMW zijn geen unieke personen te herleiden op basis van de meldingen vanwege het ontbreken van persoonsgegevens.



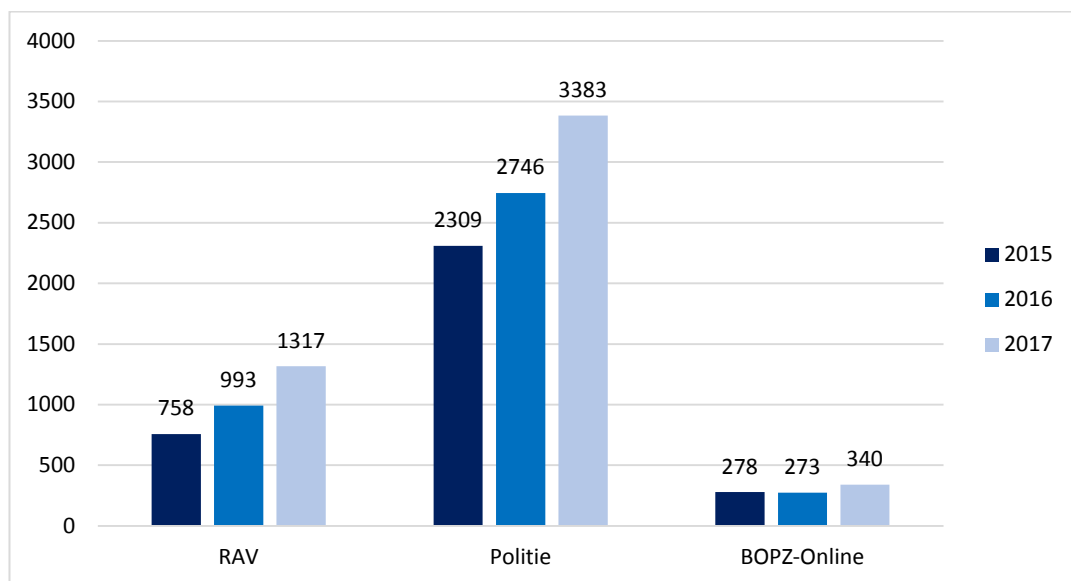
Figuur 4.1 Aantal registraties en aantal unieke personen per bron in 2017

Registraties en unieke personen: ontwikkelingen in de tijd

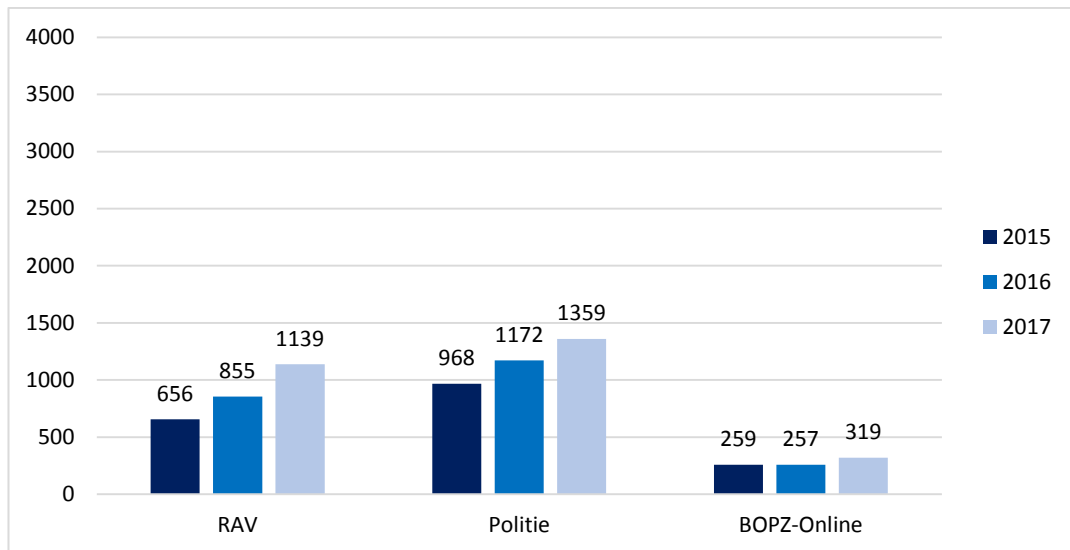
Over de jaren 2015-2017 is er voor RAV en politie een stijging in zowel het aantal registraties als in het aantal unieke personen te zien (zie



Figuur 4.2 en 4.3). De mate van toename tussen registraties en unieke personen is grotendeels vergelijkbaar. Bij de politie is er in 2017 een stijging te zien van 47% t.o.v. 2015 in het aantal meldingen. Verder valt op dat bij de RAV fors meer (74%) unieke personen in 2017 zijn geregistreerd (N=1139) dan in 2015 (N=656). Medewerkers van de RAV ervaren dat het in de maatschappij laagdrempeliger is geworden om zorg in te schakelen, wat de toename in aantal ritten kan verklaren. Ook geven zij aan dat de politie vaker de ambulance inschakelt n.a.v. meldingen die binnenkomen bij de meldkamer. West-Brabant is één van de regio's die in de periode 2013-2016 de hoogste sterftcijfers door zelfdoding had (CBS, 2017). Mogelijk draagt dit hier ook aan bij, omdat de ambulance wordt ingeschakeld als nog niet duidelijk is of de suïcidepoging is geslaagd. Zowel het aantal IBS-aanvragen als unieke personen in BOPZ-Online blijft in 2015 en 2016 vrijwel gelijk. In 2017 is er een stijging van 25% in het aantal IBS-aanvragen en unieke personen vergeleken met het jaar daarvoor. Omgerekend betreft het ongeveer vijf extra IBS-aanvragen per maand in 2017.



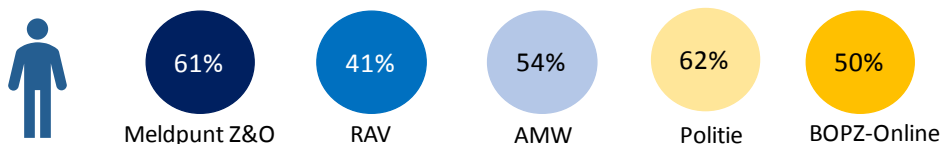
Figuur 4.2 Aantal registraties in de bronnen RAV, Politie en BOPZ-Online in 2015-2017.



Figuur 4.3 Aantal unieke personen in de bronnen RAV, Politie en BOPZ-Online in 2015-2017.

Unieke personen: achtergrondkenmerken

Voor het aantal unieke personen is ook naar de geslachts- en leeftijdsverdeling gekeken. In Figuur 4.4 is te zien dat er bij het AMW en BOPZ-Online ongeveer evenveel mannen als vrouwen zijn gemeld. Verder valt op dat er bij de RAV meer vrouwen dan mannen geregistreerd zijn. Bij politie en het Meldpunt Z&O staan er iets meer mannen in de registratie. Bij de bronnen waarvan meerdere jaren beschikbaar zijn (RAV, Politie, BOPZ-Online) blijft de geslachtsverdeling nagenoeg gelijk.



Figuur 4.4 Percentage mannen van de unieke personen per bron in 2017.

Een man van 34 jaar spreekt iedereen die maar wil luisteren aan bij de parkeerplaats van een supermarkt. Hij is erg aanhoudend en indringend, mensen lopen er met een bocht omheen. Als de wijkagent aan komt fietsen, rent hij weg. Na een speurtocht blijkt hij naar zijn appartement te zijn gegaan. Hij bibbert, is bang en heeft allerlei waanideeën maar de wijkagent kan hem enigszins bedaren. Hij was bekend bij de GGZ maar gebruikte zijn voorgeschreven medicatie al even niet meer omdat hij dacht dat er gif in zat. Hij ging ook niet meer naar zijn afspraken bij de GGZ, belde ze wel af en maakte dan een nieuwe afspraak. Na inventarisatie wordt de zorg wat intensiever opgepakt.

-Casus Meldpunt Z&O -

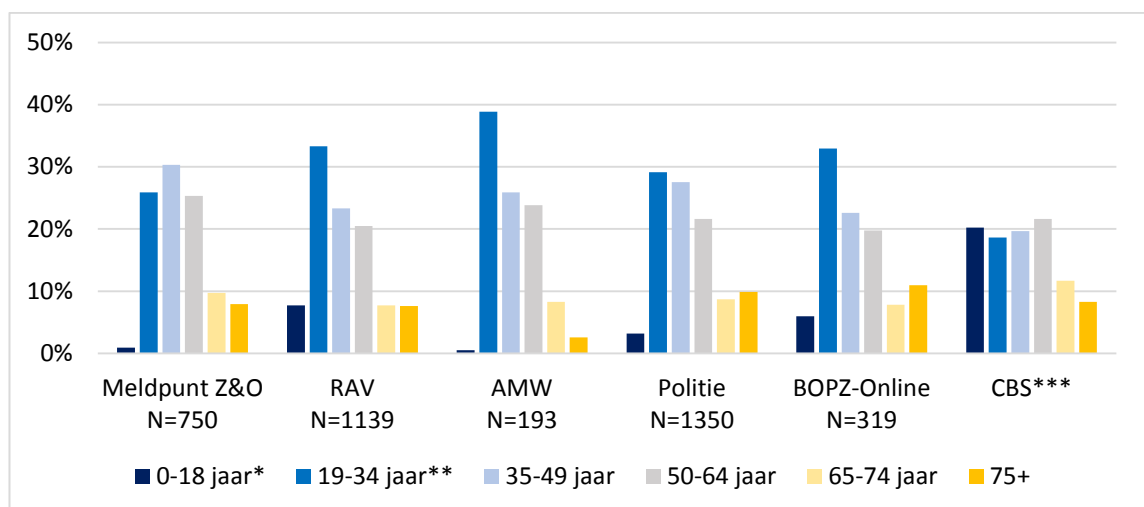
De bevinding dat er meer mannen dan vrouwen met verward gedrag in de politieregistratie voorkomen, betekent niet automatisch dat mannen ook vaker verward gedrag vertonen. Er zijn verschillende andere



verklaringen mogelijk. Zo wordt in het gesprek met professionals genoemd dat het verwarde gedrag dat vrouwen vertonen mogelijk als minder agressief ervaren wordt en de tolerantie voor afwijkend gedrag bij vrouwen wat hoger is in vergelijking met mannen. Hierdoor wordt de politie er minder snel op afgestuurd en komen vrouwen minder vaak voor in de BVH. Deze verklaring geldt ook voor de bevinding dat er meer vrouwen dan mannen in de RAV ritten worden gezien. Volgens RAV medewerkers is men bij mannen sneller geneigd de politie te bellen, omdat mannen hun problemen meer externaliseren (bijvoorbeeld in de vorm van agressief gedrag), terwijl vrouwen meer internaliseren, waarbij vaker sprake is van intoxicatie en poging tot suicide en ambulancezorg moet worden ingezet.

Figuur 4.5 laat zien dat de leeftijdsverdeling van unieke personen wisselt per bron. Het is opvallend dat bijna 10% van de unieke personen in de RAV gegevens tot de jongste leeftijdscategorie behoort. Het Meldpunt Z&O heeft weinig registraties voor personen van 0-18 jaar. Naar verwachting worden zorgen over deze jongste groep gemeld bij het Centrum voor Jeugd en Gezin of Veilig Thuis. Voor RAV, AMW en BOPZ-Online is de leeftijdscategorie 19-34 jaar het meest vertegenwoordigd. AMW heeft veel gezinnen in hun cliëntenbestand waarbij schuldenproblematiek en huiselijke problemen spelen. Dit past bij de leeftijdsgroep onder de 35 en ook bij 35-49 jaar. AMW bevat weinig 75-plussers vergeleken met de andere bronnen. Dat er in het AMW bestand minder ouderen voorkomen is te verklaren doordat deze doelgroep van oudsher aanklopt bij WIJ, de maatschappelijk werk organisatie in de regio gespecialiseerd in de oudere doelgroep.

Bij de politie en BOPZ-Online registraties is ongeveer één op vijf personen 65 jaar of ouder. Professionals geven aan dat naarmate mensen ouder worden de kans steeds groter wordt dat ze een ingang tot zorg hebben gevonden, dan wel signaleerd zijn door de zorg.



Figuur 4.5 Percentage unieke personen naar leeftijd per bron in 2017

* Voor BOPZ-Online geldt hier een leeftijdscategorie van 0-19 jaar vanwege afronding in leeftijdsjaren.

** Voor BOPZ-Online geldt hier een leeftijdscategorie van 20-34 jaar vanwege afronding in leeftijdsjaren.

*** CBS leeftijdsverdeling voor regio West-Brabant in 2017 (CBS, 2017).

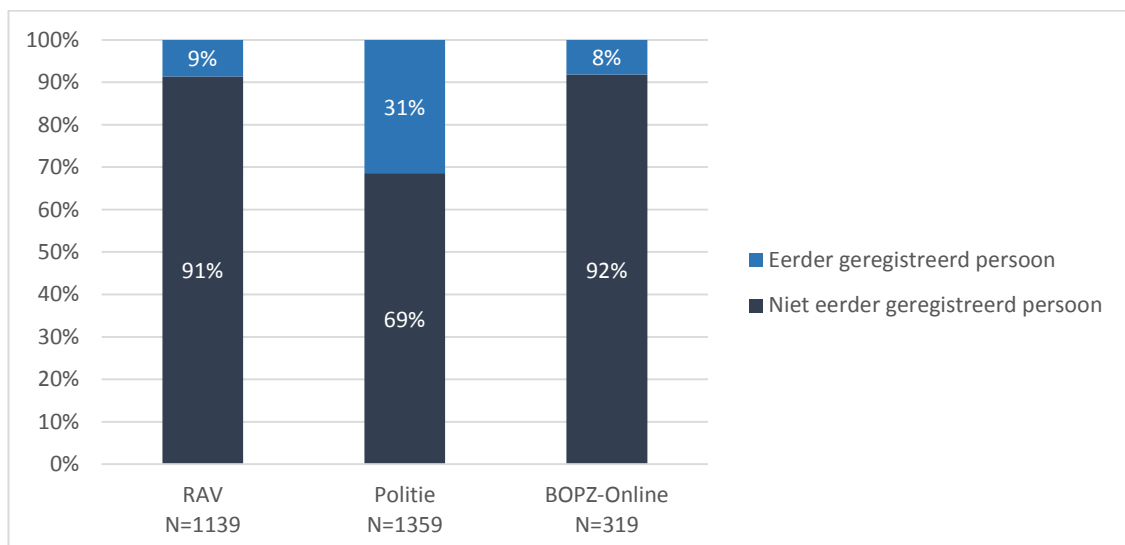


4.3.2 *Unieke personen: eerder of niet eerder geregistreerd?*

In deze paragraaf worden de eerder geregistreerde en niet eerder geregistreerde personen per bron beschreven. Een eerder geregistreerd persoon is een persoon waarover tenminste één melding is binnen gekomen in het desbetreffende kalenderjaar én één of meer meldingen in de twaalf maanden voorafgaand daaraan binnen een bepaalde bron. Een niet eerder geregistreerd persoon is een persoon waarover één melding is ontvangen en waarvoor in de 365 dagen voorafgaand daaraan geen melding is ontvangen. Daarnaast wordt in deze paragraaf een beschrijving gegeven van het aantal registraties per persoon en het tijdsinterval tussen deze registraties voor personen die vaker in een bepaalde bron voorkomen (de eerder geregistreerde personen).

In 2017 waren 427 personen (31%) eerder geregistreerd bij de nationale politie onder een E33/E14 melding (zie Figuur 4.6). Bij de RAV hadden 108 unieke personen (9%) al eerder een psychiatrische A-rit gehad in het jaar voorafgaand aan de A-rit in 2017. Daarnaast hadden 26 personen (8%) al eerder een IBS-aanvraag gehad.

Voor het Meldpunt Z&O, AMW en CMW zijn alleen gegevens van het jaar 2017 beschikbaar voor dit onderzoek, waardoor een onderscheid tussen niet eerder en eerder geregistreerde personen niet te maken was.



Figuur 4.6 Percentage unieke personen uitgesplitst naar niet eerder geregistreerde en eerder geregistreerde personen voor RAV, Politie en BOPZ-Online in 2017.

Eerder geregistreerde personen: frequentie van registraties

Voor de personen die al eerder geregistreerd zijn in de verschillende bronnen, is gekeken naar de frequentie van de registraties per persoon in 2017 binnen een bepaalde bron (Figuur 4.7). Bijna twee derde van alle eerder geregistreerde personen in de RAV registratie heeft in 2017 twee ritten gehad. De helft van alle eerder geregistreerde personen (N=26) in 2017 in BOPZ-Online heeft in dat jaar twee keer een IBS-lastgeving gekregen en een derde had één lastgeving. Deze verdeling is vergelijkbaar met 2016. Van de personen die eerder geregistreerd waren in de BVH in 2017 had 40% twee registraties en 15% had meer

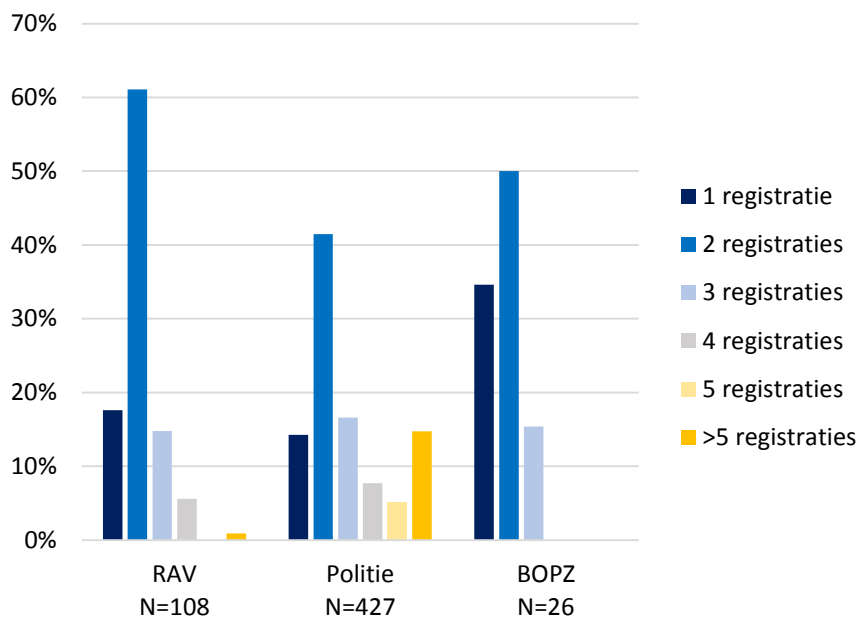


dan vijf registraties. Volgens professionals kunnen er verschillende verklaringen zijn voor het aantal registraties per persoon in de BVH (meer hierover in paragraaf 4.4).

Een man belt, wil zijn adres niet opgeven, want zegt niemand te vertrouwen. Man zegt zichzelf van het leven te willen beroven. Telefoonnummer was meegekomen met de ANW gegevens en na 15 minuten heeft de meldkamer nog geen adres kunnen achterhalen. Daarom met meneer afgesproken dat ik hem terug zou bellen en dat hij dan mij zijn adres zou geven, want als ik deze afspraak na zou komen was dat voor hem een teken dat hij mij kon vertrouwen. Meneer teruggebeld en krijg zijn adres. Meneer zegt het niet meer te zien zitten en het leven niet meer aan te kunnen. Na enig aanhouden en winnen van vertrouwen krijg ik meneer zover dat hij info met mij deelt en dat hij na enig aanhouden de deur open gaat doen. Doordat het een man is die het leven niet meer ziet zitten moet ik met hem aan de lijn houden. I.v.m. veiligheidsredenen moet de politie eerst sein veilig af geven en i.v.m. drukte in de regio moest de ambulance van ver komen. Uiteindelijk heb ik meneer in totaal 55 minuten aan de telefoon gehad.

Een man belt, wil eigenlijk niet zijn adres geven want hij wil alleen maar advies. Op de achtergrond roept iemand meermaals het adres. Op de vraag wat er precies is gebeurd: "Ik heb per ongeluk 35 ml GHB genomen, ik dacht dat het 7-UP was." Verder was het toestandbeeld van de jongeman stabiel. Op de vraag of hij nog andere middelen had genomen was het antwoord: "nee dat niet maar ik sta op het punt om mijn volgende dosis Speed te nemen." Met enige moeite heeft de meldkamer de man kunnen overtuigen dit niet te doen en de ambulance is ter plaatse gegaan.

- **Casussen RAV MWB** -



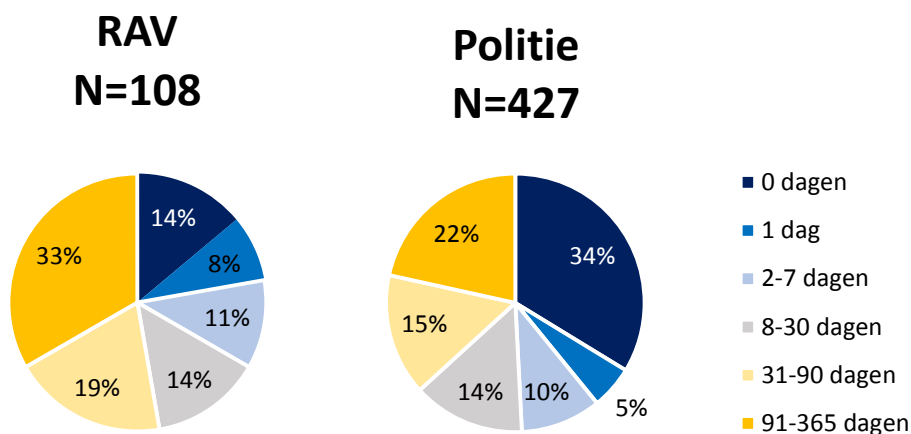
Figuur 4.7 Percentage eerder geregistreerd personen naar aantal registraties in 2017 voor RAV, Politie en BOPZ-Online



Eerder geregistreerde personen: intervallen tussen registraties

Voor de eerder geregistreerde personen in de verschillende bronnen in 2017, is gekeken naar de lengte van de intervallen tussen de registraties. In het geval van meerdere registraties, is het kortste interval tussen twee registraties binnen een jaar genomen (zie Figuur 4.8). Bij de politie was bij 210 personen (49%) het kortste interval tussen twee meldingen één week of minder. Eén op de drie (34%) van deze eerder geregistreerde personen werd op dezelfde dag meer dan eenmaal onder de codes E33 of E14 geregistreerd. In 2016 lag dit percentage lager (20%).

Bij de RAV kwam 14% van de eerder geregistreerde personen (N=15) op dezelfde dag terug en één op de vijf kwam binnen een week terug (N=21). De IBS-aanvragen geregistreerd in BOPZ-Online zijn hier buiten beschouwing gelaten omdat de intervallen niet bepaald konden worden vanwege afronding van data op hele maanden.



Figuur 4.8 Percentage eerder geregistreerde personen naar kortste interval tussen twee registraties voor RAV en politie in 2017

4.3.3 *Registraties: van aanmelding tot vervolg*

In deze paragraaf wordt ingegaan op de vraag: Wat is, vanuit het perspectief van elke bron, de herkomst en bestemming van een geregistreerd persoon? Voor elke bron is het antwoord op deze vraag anders geoperationaliseerd en de vraag is niet voor iedere bron te beantwoorden. Voor het Meldpunt Z&O is de herkomst van een melding bekend. Van de meldingen bij AMW en CMW is zowel herkomst als bestemming bekend. Voor de politiemeldingen is locatie van het incident bekend. Voor BOPZ-Online is de locatie en bestemming bekend.

Herkomst is bekeken aan de hand van melder of locatie van een melding, afhankelijk van de beschikbare informatie per registratie. Van de meldingen bij het Meldpunt Z&O (N=759) zijn de meeste gemaakt door de burger (17%), de GGD (12%) en gemeente (10%). Van de meldingen bij het AMW (N=137), komen de meeste meldingen binnen



via het Centraal Onthaal¹⁴ (42%) en overige gemeentelijke instanties (15%). Van de meldingen bij CMW (N=149), komen de meeste binnen via de politie (15%), het Steunpunt huiselijk geweld (15%) en de GGZ (13%). Bij de helft van de binnengekomen meldingen blijkt het consult bij CMW afdoende (53%). Doorverwijzing vindt vooral plaats naar andere maatschappelijk werk instanties (8%), het Steunpunt Huiselijk Geweld (6%), Vrouwenhulpverlening (6%) en overige instanties (16%).

CMW werd gebeld door de GGz vanuit de spoedeisende psychiatrische onderzoeksruimte. Gisteren was een verward persoon door de politie meegenomen en naar de SPOR gebracht. Client is daar beoordeeld en met hem is afgesproken dat hij met trein zou afreizen. In de hele vroege ochtend is de cliënt weer verward aangetroffen door politie bij een hotel en opnieuw naar de SPOR gebracht. GGz heeft informatie over de cliënt ingewonnen en hij blijkt bekend te zijn met psychotische stoornissen. Bij de SPOR zou hij wat ontremd zijn en soms wat angstig gedrag vertonen en het was duidelijk dat hij veel speed had ingenomen de vorige dag. CMW heeft aangeboden om de cliënt bij de Doorstroomvoorziening te plaatsen met de toezegging dat GGZ direct zal schakelen indien nodig. GGZ gaat verder contact leggen met maatschappelijk werk en bewindvoerder om geld te regelen voor een treinkaartje. Volgens de GGz was een treinreis nog niet mogelijk omdat de cliënt eerst een dag en nacht zou moeten aansterken. Client heeft een vitamine spuit gekregen en verschillende medicatie, waaronder anti-psychotica en rustgevendende medicatie meegekregen. Er is veel op en neer gebeld tussen CMW, GGZ en de Doorstroomvoorziening over de gemaakte afspraken en onduidelijkheden die bestonden. Uiteindelijk heeft CMW de cliënt opgehaald bij de SPOR en overgedragen aan de Doorstroomvoorziening. De cliënt stuitte al direct de zaal binnen waar passanten aan de koffie zaten. CMW heeft met de Doorstroomvoorziening de hele casus met gemaakte afspraken doorgenomen. In de middag wordt de cliënt overgenomen en er is ook al een psychiater op de hoogte van de casus.

- Casus Crisisdienst Maatschappelijk Werk -

In 2017 vond ongeveer de helft van de politiemeldingen (54%) plaats in of rond de woning, 43% in de openbare ruimte en de resterende meldingen vonden plaats in een instelling of verpleeghuis (4%). De verdeling van politiemeldingen naar locatie is vergelijkbaar met de voorgaande jaren.

Bij BOPZ-Online was 38% van de geregistreerde personen ten tijde van de psychiatrische beoordeling op zijn/haar woonadres¹⁵, voor het overige percentage is de locatie elders dan het woonadres. Nadat een incident op het woonadres heeft plaatsgevonden kan een betrokkene echter zijn overgebracht naar bijvoorbeeld een spoedeisende hulp, een crisisdienst of een politiebureau. Uit de vrije tekstveldgegevens is woon- en verblijfplek

¹⁴ Centraal onthaal is een loket van de gemeente Breda voor (dreigend) dak- en thuislozen en registreert hun opvang en begeleiding.

¹⁵ Dit kan in sommige gevallen ook een instelling betreffen in geval van langdurig verblijf.

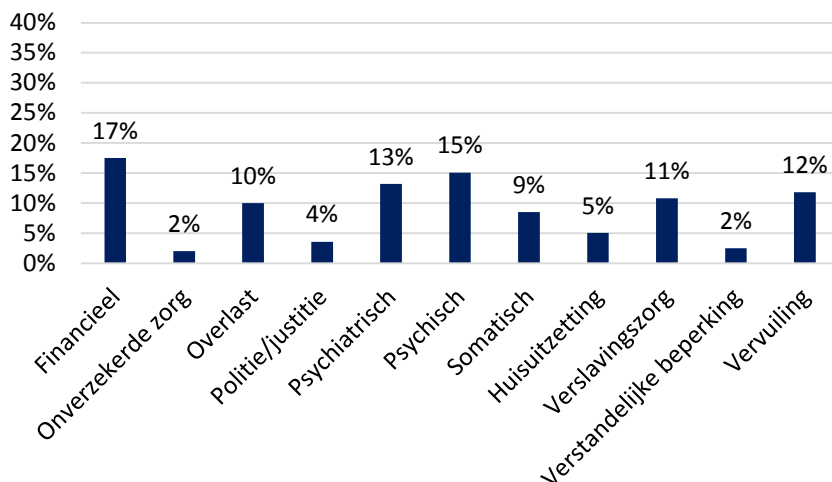


van de betrokkene vóór het incident dat leidde tot de IBS-aanvraag alsook de locatie(s) waar het incident plaatsvond op te maken (zie Hoofdstuk 5). Bij de meerderheid van de IBS-lastgevingen (82%) wordt een cliënt gedwongen opgenomen in een algemeen psychiatrisch ziekenhuis. Andere locaties waar de dwangopname plaatsvindt zijn bijvoorbeeld een verpleeginrichting (9%) en een kliniek voor kinder- en jeugdpsychiatrie (5%)

4.3.4 Registraties: onderliggende problematiek

In deze paragraaf staat de aard van de onderliggende problematiek beschreven. Bij personen met verward gedrag gaat het vaak om mensen met meerdere en complexe problemen. De problematieken zijn apart per bron weergegeven vanwege de diversiteit in manier van registreren en operationaliseren (belangrijkste problematiek versus meerdere problematieken en verschillende categorieën van problematiek) per bron. Voor AMW geldt dat de hoofdproblematiek geregistreerd is. Bij alle bronnen, behalve BOPZ-Online, is de problematiek vastgesteld bij binnenkomst van een cliënt (soms geschetst door de melder). Bij het AMW en het Meldpunt Z&O komt onderliggende problematiek, zoals licht verstandelijke beperking, vaak pas later aan het licht. Voor BOPZ-Online geldt dat de psychiater of andere arts een psychiatrisch onderzoek uitvoert en beoordeelt of voldaan wordt aan de voorwaarden van een IBS. Als onderdeel hiervan worden één of meer voorlopige diagnoses gesteld, waarbij ook wordt geregistreerd wat de belangrijkste voorlopige diagnose is. Voor de BVH wordt in Hoofdstuk 5 verder ingegaan op welke problematiek aan de registratie ten grondslag ligt en welke risico's en gevaren voor overlast, schade of letsel er zijn. Ook voor BOPZ-Online en CMW wordt in Hoofdstuk 5 aanvullende informatie gepresenteerd die meer inzicht geeft in de doelgroep.

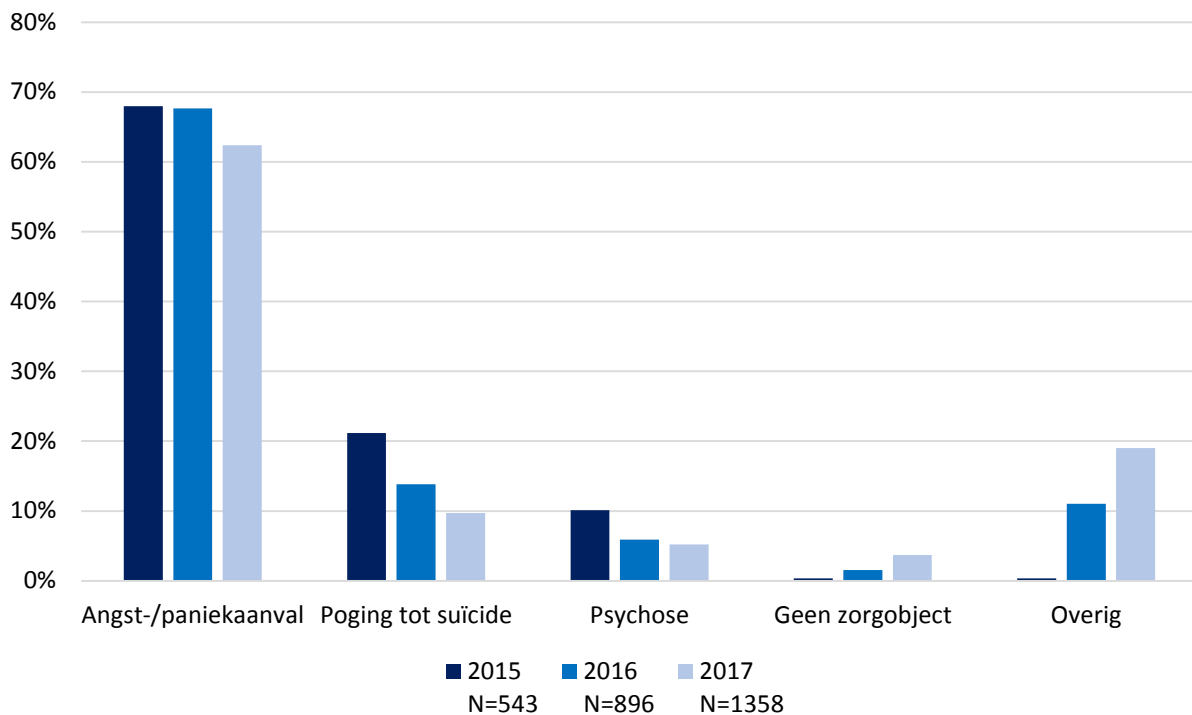
Figuur 4.9 toont de problematieken bij meldingen bij het Meldpunt Z&O in 2017. Bij 60% van de personen is bij de eerste melding sprake van twee of meer problematieken. De meest voorkomende problematieken bij meldingen van het Meldpunt Z&O zijn financieel, psychisch, psychiatrisch, vervuiling en verslaving. Bij navraag blijkt dat sociaal verpleegkundigen werkzaam bij het Meldpunt Z&O de laatste jaren een stijging in multiproblematiek ervaren en ook in complexere problematiek.



Figuur 4.9 Percentage meldingen naar problematiek van het Meldpunt Z&O in 2017 (N=755)



Het absolute aantal psychiatrische A-ritten van de RAV is voor alle categorieën gestegen tussen 2015 en 2017. Twee derde van de psychiatrische A-ritten van de RAV in 2017 kent als problematiek angst-/paniekaanval (Figuur 4.10). Dit is een relatieve daling ten opzichte van de voorgaande jaren. Deze problematieken (of zogenaamde letselcodes in de RAV-registratie) worden door het ambulance personeel ingevuld. Het betreft een eerste beoordeling ter plaatse. Eén op de tien ritten is ingezet vanwege poging tot suicide (zie Figuur 4.10). Dit is een relatieve daling vergeleken met 2015 en 2016. Daarentegen zien we wel een stijgende trend in de sterfte door zelfdoding in West-Brabant over de jaren 1996-2016 (CBS, 2018). Slechts 5% van de psychiatrische ritten is ingezet vanwege een psychose.



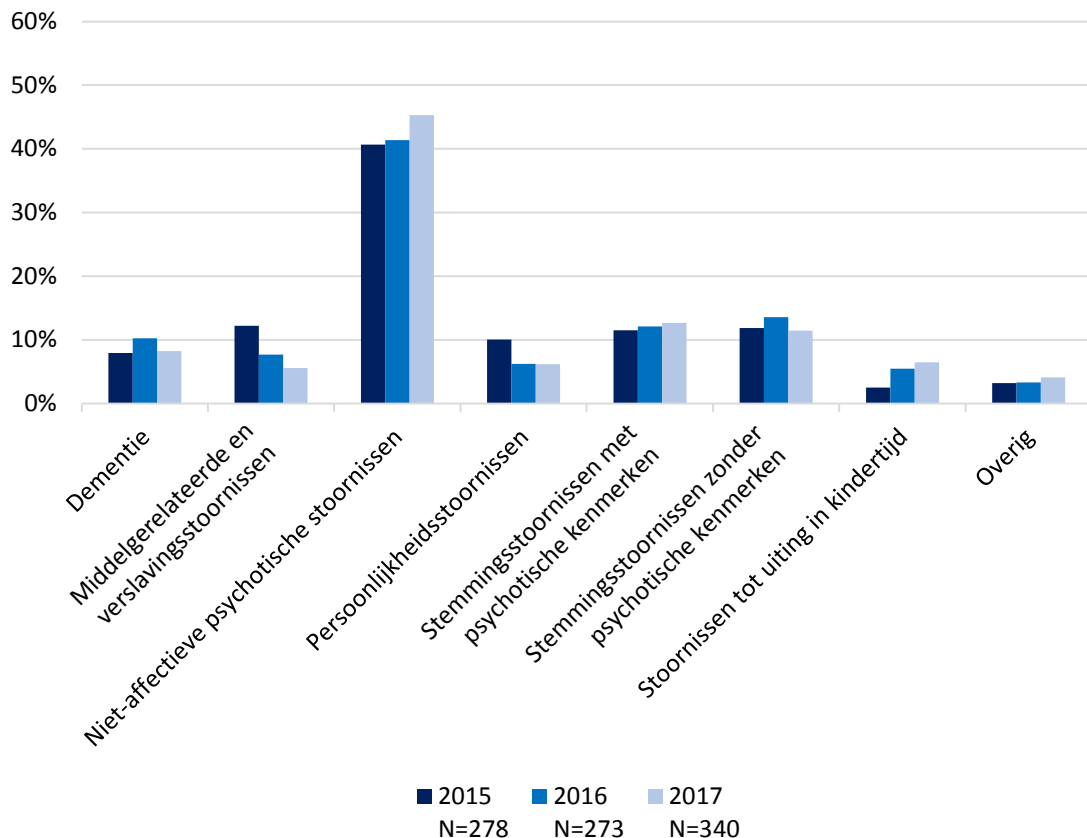
Figuur 4.10 Percentage psychiatrische A-ritten naar problematiek bij RAV in 2015-2017.

Voor AMW is vooraf een selectie gemaakt van vijf problematieken om mee te nemen in deze monitor. Huisvesting problematiek (71%) komt het vaakst voor als manifest probleem, gevolgd door psychische problemen (20%).

De meest voorkomende problematiek bij de meldingen bij de Crisisdienst buiten kantoor tijd is huiselijk geweld waar 58% mee te maken heeft, gevolgd door overige problematieken (15%) (zoals verslaving alcohol of drugs, oriëntatieproblemen en gezondheidsproblemen), en dakloosheid (9%) (zie Tabellenboek Bijlage E voor een volledig overzicht van de verdeling van problematieken).



Ten slotte geeft Figuur 4.11 de belangrijkste diagnosecategorïeën weer bij afgegeven IBS-lastgevingen, zoals geregistreerd door de psychiater/andere arts. Niet-affectieve psychotische stoornissen¹⁶ komen het vaakst voor in alle jaren. Over de jaren heen is een daling te zien in middelgerelateerde- en verslavingsstoornissen en een stijging in stoornissen die tot uiting komend in de kindertijd.



Figuur 4.11 Percentage IBS-lastgevingen naar belangrijkste diagnosecategorïeën in BOPZ-Online in 2015-2017.¹⁷

4.3.5 Registraties: ernst van de problematiek

Voor BOPZ-Online is informatie beschikbaar over de gevaarsetting (de mate van gevaar voor/van een betrokkene), zoals ingeschat door de beoordelende onafhankelijke psychiater. Bij bijna de helft (44%) van alle IBS-lastgevingen in 2017 beoordeelt de psychiater/andere arts dat het belangrijkste acute gevaar is dat de betrokkene zich van het leven zal beroven of zichzelf ernstig letsel zal toebrengen. Bij een derde van de lastgevingen (35%) wordt geconstateerd dat het belangrijkste acute gevaar is dat de betrokkene een ander ernstig letsel zal toebrengen of hem van het leven zal beroven. Gevaar om zichzelf ernstig te verwaarlozen en gevaar voor de algemene veiligheid van personen of

¹⁶ Volgens de DSM-IV classificatie vallen hieronder de volgende stoornissen: schizofrenie, schizofreniforme stoornis, kortdurende psychose, schizo-affectieve stoornis, waanstoornis of psychotische stoornis niet anders omschreven (Van Os & Kapur, 2010).

¹⁷ Bij stemmingsstoornissen met psychotische kenmerken is sprake van een gestoorde toetsing van de realiteit. Voorbeelden zijn een bipolaire stoornis of psychotische depressie (Van Os & Kapur, 2010).



goederen wordt bij respectievelijk 16% en 15% van de lastgevingen als het belangrijkste acute gevaar vastgesteld (zie Bijlage E).

Voor de andere bronnen is geen informatie in gestructureerde velden beschikbaar gerelateerd aan de ernst van de problematiek. Deze vraag is daarom ook meegenomen in de tekstanalyses, waarvan de resultaten weergegeven staan in Hoofdstuk 5.

4.4 Regionale beschouwing

Het doel van de regionale pilot in West-Brabant was het ontwikkelen van een monitor 'Personen verward gedrag' ter ondersteuning van het lokaal en regionaal beleid. Hiertoe is verward gedrag gekwantificeerd in een beperkte set van bestaande bronnen, ter verkenning van de omvang van de problematiek en de achterliggende factoren. Hierbij is zoveel mogelijk gekozen voor bronnen waarvan de dienst- of hulpverlening betrekking heeft op alle 18 gemeenten van West-Brabant.

In deze pilot hebben we niet alleen gekeken naar het aantal registraties gerelateerd aan verward gedrag per bron, maar voor het eerst ook naar het aantal unieke personen dat daaraan verbonden is. Doorgaans zal het aantal registraties hoger liggen dan het aantal unieke personen, omdat een persoon meerdere registraties per jaar kan hebben. De resultaten laten zien dat dit met name aan de orde is in de politieregistratie: in 2017 is het aantal E33/E14 meldingen het dubbele van het aantal unieke personen dat daaraan verbonden is. Dit is in lijn met het landelijke beeld van de E33/E14 meldingen in 2016 (*Projectgroep, 2018a*). Een jaar terugkijkend vanaf de laatste melding, kwam in 2017 één op de drie personen vaker voor in de politieregistratie onder een E33/E14 melding. Over deze personen ontvangt de politie vaak in korte tijd meerdere meldingen. Bij de helft is het kortste interval tussen twee E33/E14 meldingen een week of minder. Een derde hiervan werd op dezelfde dag meer dan eenmaal onder de codes E33 of E14 geregistreerd. Ook bij de RAV zien we dat in 2017 meer psychiatrische A-ritten worden gereden dan het totaal aantal unieke personen dat daaraan verbonden is. Het verschil is hier echter wel een stuk kleiner dan bij de E33/E14 meldingen van de politie: één op de zes unieke personen komt vaker voor in 2017. Tot nu toe is er nog weinig bekend over de groep personen die regelmatig voorkomt in de registraties van verschillende dienst- en hulpverleningsorganisaties. Verdiepend onderzoek is daarom nodig om deze groep personen goed in beeld te krijgen, zodat professionals vroegtijdig en proactief kunnen handelen. Dit wordt onderschreven door het Schakelteam Personen met verward gedrag (*Schakelteam, 2018a*). Bij het Meldpunt Z&O, het algemeen maatschappelijk werk (IMW en CMW) en de lastgevingen tot IBS is in 2017 nagenoeg geen verschil tussen het totaal aantal registraties en het aantal unieke personen. De verklaring hiervoor zal grotendeels liggen in de duur van de dienst- of hulpverlening. De politie en de RAV bieden kortdurende dienst- en hulpverlening aan en rukken ook regelmatig gelijktijdig uit. Het Meldpunt Z&O en het algemeen maatschappelijk werk van IMW Breda bieden langer lopende trajecten aan van enkele maanden tot soms meer dan een jaar. De kans is hierdoor kleiner dat personen vaker in een kalenderjaar opnieuw voorkomen in deze bronnen. Een IBS-maatregel duurt een week en kan na toekenning van



een rechter voor drie weken voortgezet worden. BOPZ-maatregelen kunnen elkaar echter opvolgen: als de behandelend arts de inschatting maakt dat er nog steeds sprake is van gevaarlijk gedrag na de IBS-periode, dan kan hij een Rechterlijke Machtiging (RM) aanvragen. Deze RM is maximaal zes maanden geldig en kan ook weer verlengd worden. Volgens BOPZ-Online wordt een IBS regelmatig opgevolgd door een RM, waardoor ook hier de opnameduur een langere periode kan betreffen.

Als we kijken naar de ontwikkeling in de tijd bij de bronnen waar wij over meerdere jaren aan data beschikten, zien we over de jaren 2015-2017 een jaarlijkse toename van het aantal psychiatrische A-ritten en het aantal E33/E14 politiemeldingen. Bij het aantal IBS-aanvragen zien we dat deze nagenoeg gelijk blijft over de jaren 2015-2016, maar met ongeveer een kwart toeneemt in 2017. Sinds een aantal jaar zien we op landelijk niveau een doorlopende stijging van het aantal gedwongen opnamen (*Broer, 2018*). De toename in 2017 in West-Brabant van het aantal IBS-aanvragen past bij deze stijgende trend, maar is wel opvallend sterker dan de landelijke toename bij de verschillende maatregelen van gedwongen opnamen.

Tot nu toe was het onduidelijk of de jaarlijkse toename ook zichtbaar is in het aantal personen verbonden aan de E33/E14 politiemeldingen, de psychiatrische A-ritten van de RAV en de lastgevingen tot een IBS. De resultaten laten zien dat naast een toename in het aantal registraties, er ook een vergelijkbare toename te zien is in het aantal unieke personen, die volgens de definitie van het Schakelteam verward gedrag vertonen. Volgens professionals in de regio zijn er meerdere factoren aan te wijzen die hier invloed op kunnen hebben. Allereerst kunnen registratie-effecten hier een rol spelen. Ook kan het te maken hebben met de ambulantisering. Door de ambulantisering (niet alleen in de GGZ) worden mensen niet meer opgenomen maar worden zij ambulant (in hun eigen woning) begeleid door zorgprofessionals. Mensen met mogelijk afwijkend gedrag zijn dus meer zichtbaar in de maatschappij omdat hulpverlening steeds meer plaatsvindt in de directe leefomgeving van mensen. Professionals hebben het gevoel dat burgers minder tolerant zijn voor afwijkend gedrag in het straatbeeld en dat het gedrag bij hen meer angst oproept waardoor mensen sneller kunnen gaan melden. Door de maatschappelijke vraag naar veiligheid en de verminderde tolerantie voor afwijkend gedrag, wordt mogelijk ook vaker gebruik gemaakt van dwangmaatregelen (*Broer, 2018*). Tot slot kan het uiteraard ook zo zijn dat er daadwerkelijk sprake is van een toename van het aantal kwetsbare personen in de regio. Of en in welke mate deze factoren invloed hebben op de gevonden toename is moeilijk te zeggen. Tot nu toe kunnen deze verklaringen nog niet onderbouwd worden met onderzoeksresultaten.

Bij personen met verward gedrag gaat het vaak om mensen met meerdere en complexe problemen. Uit de resultaten blijkt ook dat de diversiteit in de achterliggende problematiek groot is. Financiële moeilijkheden, huiselijk geweld, huisvestingsproblemen en psych(iatr)ische problemen zoals angst, paniek, suicide en niet



affectieve psychotische stoornissen¹⁸ kwamen in de onderzochte bronnen vaak voor. Kijkend naar de leeftijd waren de meeste personen in de onderzochte bronnen (jong)volwassenen (19-64 jaar). Binnen de groep (jong)volwassenen was het aandeel 19-34 jarigen in de meeste registraties (iets) hoger dan het aandeel 35-64 jarigen. Deze resultaten wijzen in de richting dat 'verward gedrag' zoals in deze pilot gedefinieerd, zich met name openbaart in de (jong)volwassen doelgroep. Voorzichtigheid is echter geboden met het trekken van dergelijke conclusies, omdat we in deze pilot naar een bepaalde operationalisatie van verward gedrag in een beperkte set van bronnen hebben gekeken. Wel geeft het aan dat (jong)volwassenen aandacht vragen in beleid en het onderstreept het belang van preventie en vroegsignalering.

Zoals aan het begin van dit hoofdstuk geschetst, zijn er veel regionale en lokale ontwikkelingen gaande in West-Brabant teneinde een sluitende aanpak te realiseren. In de tijdsperiode waarover we in deze pilot rapporteren, is de invloed naar verwachting echter nog beperkt terug te zien in de onderzochte registraties. De meeste projecten bevonden zich in 2017 nog in de beginfase. Wat wel gerealiseerd was in de loop van 2017 waren de locaties voor een spoedeisende psychiatrische onderzoeksruimte. Het vervoer van personen naar deze locaties is in 2017 verzorgd door de politie en de RAV met de inzet van spoedambulances (A-ritten). Onbekend is echter hoeveel van dergelijke ritten er hebben plaatsgevonden bij de politie en de RAV in 2017. Vanaf eind 2018 vervoert de RAV al het vervoer naar de spoedeisende psychiatrische onderzoeksruimte grotendeels met zorgambulances (B-ritten). Onder specifieke criteria rijdt de RAV wel met spoedambulances naar de onderzoeksruimten, bijvoorbeeld wanneer iemand een IBS heeft, wanneer er sprake is van bizar psychotisch gedrag of wanneer er iemand moet worden gesedeerd.

Het doel van de regionale pilot is het ontwikkelen van een monitor ter ondersteuning van het lokaal en regionaal beleid. Ondanks dat de bevindingen nieuwe informatie verschaffen, geven professionals werkzaam in de regio aan dat de resultaten op dit moment nog te algemeen zijn om concrete ondersteuning te kunnen bieden. Met name als het om lokaal beleid gaat, is er behoefte aan verdieping: welke problemen spelen er binnen de verschillende leeftijdsgroepen en waar in de regio zien we dat vooral terug? De problemen in de regio kunnen volgens de professionals sterk verschillen per gebied, waardoor inzicht op gemeentelijk niveau wenselijk is. Daarnaast vinden professionals het moeilijk om betekenis te geven aan de gevonden resultaten kijkend naar het totale plaatje van onderzochte bronnen. Voorzichtigheid is bij een vergelijking tussen de bronnen ook geboden, omdat operationalisaties van verward gedrag per bron verschillen. Kanttekening bij de toepasbaarheid van de gevonden resultaten is dat ten tijde van de consultatie van professionals in de regio over de bruikbaarheid van de resultaten, de resultaten van de tekstanalyses van de politie, BOPZ-

¹⁸ Volgens de DSM-IV classificatie vallen hieronder de volgende stoornissen: schizofrenie, schizofreniforme stoornis, kortdurende psychose, schizo-affectieve stoornis, waanstoornis of psychotische stoornis niet anders omschreven (*Van Os & Kapur, 2010*).



Online en de crisisdienst van maatschappelijk werk (zie Hoofdstuk 5 tekstanalyses) nog niet voorhanden waren. Zeker de tekstanalyses van de politie bieden veel aanvullende informatie over de achterliggende problematiek, wat richting kan geven aan regionaal en lokaal beleid. Een andere kanttekening is dat we in de huidige pilot naar een beperkte set van mogelijke bronnen hebben gekeken en andere relevante bronnen zoals bijvoorbeeld de GGZ hierin nog niet meegenomen zijn. Dit heeft invloed op de bruikbaarheid van de resultaten.

Tot slot

Niet eerder heeft er in West-Brabant een onderzoek naar verward gedrag plaatsgevonden waarin gekeken is naar het aantal unieke personen verbonden aan registraties van verward gedrag. Op basis van de bevindingen kunnen we concluderen dat rapporteren op basis van registraties, met name in de meldingen van de politie, een overschatting geeft van de groep personen met verward gedrag. Door onder andere te rapporteren over unieke personen, heeft deze pilot een verdieping gegeven aan eerder uitgevoerd onderzoek in de regio (*Jongeneel, 2016*). Ondanks deze verdieping heeft het veld behoefte aan doorontwikkeling van de monitor, waarbij zij aangeven dat het als vervolgstap interessant is om te kijken naar de overlap in de verschillende bronnen. Zo wordt zichtbaar welke personen in meerdere bronnen voorkomen en hoe het verloop van deze personen in de keten is. Experimenten op dit gebied vinden in sommige delen van het land plaats en deze ervaringen kunnen meegenomen worden in een vervolg. Ook is het interessant om bij de vormgeving van een vervolgmonitor aanvullende bronnen mee te nemen zodat een completer beeld ontstaat en daarin ook de open tekstvelden, die waardevolle informatie bevatten, mee te nemen. Bronnen die de invloed van de ontwikkelingen in de regio zichtbaar kunnen maken zijn hierbij van toegevoegde waarde.



5 Bevindingen tekstanalyses

Voor deze pilots hebben we onderzocht of de vrije tekstvelden van de bronnen die daarover beschikken¹⁹ informatie opleveren over de problematiek die ten grondslag ligt aan het verwarde gedrag dat tot de registratie leidde en over mogelijk verbonden risico's, schade of gevaar. Kortom: we willen weten waar het in de registraties eigenlijk over gaat en of deze informatie in de vrije tekstvelden te vinden is.

Wie en wat gaat er schuil achter de registraties? In dit eerste deel van het hoofdstuk beschrijven we de inhoud van de registraties op basis van kenmerken die we aantreffen in de vrije tekstvelden. Hiervoor is van verschillende bronnen een random steekproef van registraties geannoteerd, d.w.z. dat de informatie uit de vrije tekstvelden aan bepaalde van te voren vastgestelde categorieën is toegewezen²⁰. In het tweede deel van dit hoofdstuk beschrijven we de resultaten van de exploratie van de mogelijkheden om tot een eerste, voorlopige indeling van subgroepen per bron te komen. Hiervoor is zowel de geannoteerde informatie uit de vrije tekstvelden als de informatie uit de gestructureerde velden gebruikt.

Zoals eerder aangegeven maken we voor de pilots van de monitor gebruik van bestaande bronnen. Het is van belang om te beseffen dat de vrije teksten uit deze bronnen oorspronkelijk niet voor monitor- of onderzoeksdoeleinden worden geregistreerd. De interpretatie van de resultaten van analyses van deze tekstvelden moet daarom voorzichtig gebeuren. De tekstvelden van sommige bronnen kennen bijvoorbeeld geen vaste structuur of verplichte inhoudelijke componenten. Er staat daarom ook heel veel *niet* in de teksten. Dit geldt voor alle categorieën waarop is geannoteerd: als de registratie geen informatie geeft over een bepaalde (sub)categorie, betekent dit niet dat deze (sub)categorie niet aan de orde is. Ook is het van belang te benadrukken dat de informatie die *wel* in de registraties staat, een weergave betreft van de persoonlijke interpretatie van uiteenlopende personen, in het geval van de BVH: het personeel van de meldkamer, betrokkenen, de hulpbehoevende en de politieagenten.

De resultaten uit de analyse van de meldteksten geven aan dat 'er aanwijzingen zijn voor' bepaalde achterliggende problematiek, risico's en omstandigheden. Deze gegevens vormen een belangrijke aanvulling op de informatie uit de gestructureerde velden.

Alvorens de resultaten van de tekstanalyse weer te geven, wordt per bron kort besproken welke gegevens precies zijn bestudeerd en hoeveel records dit betrof. De methoden die zijn toegepast voor de verschillende onderdelen van de tekstanalyse zoals de onderwerpen van annotatie en

¹⁹ Er is gekeken naar de vrije tekstvelden van de volgende bronnen: BOPZ-Online, BVH (politie), CMW en OGGZ data van de GGD regio Utrecht.

²⁰ In de sociale wetenschappen worden hiervoor meestal de termen labelen of coderen gebruikt.



de verkenning van de mogelijkheden tot een voorlopige indeling van subgroepen zijn uitgebreid beschreven in Hoofdstuk 2.

5.1 Steekproef per Bron

5.1.1 *BVH*

Voor beschrijving van deze bron wordt verwezen naar de Hoofdstukken 3 en 4. In de kwantitatieve analyses zijn uit de BVH-registratie zowel de E33 als de E14 meldingen betrokken. In de analyse van de tekstvelden zijn de E14 meldingen buiten beschouwing gelaten omdat het aantal E14 meldingen zeer beperkt is in omvang ten opzichte van het aantal E33 meldingen. Ten tweede is er over de E14 melding op voorhand al meer bekend en is de toegevoegde waarde van de vrije tekstvelden veel minder: de belangrijkste aanleiding voor de melding is 'poging tot zelfdoding' en daarmee is ook het voorliggende risico bekend: gevaar voor ernstig zelfletsel of voor het leven van de persoon zelf. Voor de BVH zijn de tekstanalyses uitgevoerd op een willekeurige steekproef van 534 registraties uit de periode 2015-2017.

5.1.2 *BOPZ-Online*

Zoals beschreven in Hoofdstuk 4 bevat de BOPZ-Online gegevens van de geneeskundige verklaring over betrokkenen voor wie een lastgeving tot inbewaringstelling (IBS) wordt aangevraagd door een psychiater of andere arts. De geneeskundige verklaring bevat ook vijf vragen die met vrije tekst worden beantwoord door de psychiater/arts. Deze tekstvelden zijn gebruikt voor de huidige tekstanalyses die zijn uitgevoerd op een steekproef van 107 (12%) IBS-aanvragen in de regio West-Brabant in de periode 2015-2017.

5.1.3 *CMW*

Voor de beschrijving van deze bron wordt verwezen naar Hoofdstuk 4. Voor de tekstanalyses is een steekproef van 50 registraties uit de CMW database van 2017 getrokken. Voor 10 van deze registraties ging het om huiselijk geweld als hoofdproblematiek, de overige 40 zijn een willekeurige steekproef uit de overige categorieën van hoofdproblematiek.

5.1.4 *GGD regio Utrecht*

Voor het Meldpunt (voortaan: GGD Meldpunt) van de GGD regio Utrecht, dat in meer detail beschreven staat in Hoofdstuk 3, is alleen de verkenning van de tekstvelden uitgevoerd. De conclusie van deze verkenning op basis van 60 registraties uit 2017 was dat de vrije tekstvelden te weinig aanvullende informatie opleverden ten opzichte van de informatie die al in de gestructureerde velden besloten ligt en dat daarom verdere tekstanalyse weinig zinvol is. Wat uit de pre-test opvalt, is dat de meldingen qua achterliggende problematiek veel overeenkomst vertonen met de inhoud van de E33 meldingen van de politieregistratie, maar dat het veelal gaat om situaties die (nog) niet zijn geëscaleerd tot een incident; veelal niet-acute situaties dus. De informatie uit de tekstvelden van het GGD Meldpunt is op zich rijk, maar bleek in de pre-test te onvolledig (voor de verschillende jaren) en te ongelijksoortig van inhoud om gestructureerd geannoteerd te kunnen worden. In de rest van dit hoofdstuk komt deze bron dan ook niet meer aan de orde.



5.2 Resultaten BVH-gegevens

Herkenbaarheid

De fragmenten uit de meldingen zijn een weergave van werkelijke stukken meldtekst, waarbij om herkenbaarheid te voorkomen enkele feiten zijn aangepast.

De casuïstiek in deze paragraaf is afkomstig uit de BVH van de politie-eenheden Utrecht en West-Brabant uit de jaren 2015, 2016 en 2017. Binnen sommige politie-eenheden zijn in de onderzochte periode beleidswijzigingen doorgevoerd met als resultaat bijvoorbeeld afspraken over vervoer en samenwerking met de crisisdiensten. Dit betekent dat de beschreven situaties soms niet of niet meer kunnen gelden voor alle politie-eenheden.

5.2.1 *Meldingen die niet overeenstemmen met de definitie van E33*

Wat opvalt, is dat een aantal meldingen onder de categorie E33 is ingedeeld, waarvan de vrije tekst geen onderdelen bevat of niet overeenstemt met de noemer 'overlast door overspannen/verward persoon'.

<<Oudere dame belt dat ze haar PIN-code van de telefoon niet meer weet en daardoor haar mobiele telefoon niet meer kan gebruiken. Uitgelegd dat ze naar het telefoonbedrijf moet bellen, dat dit geen taak van de politie is.>>

<<Jongeman zit dronken en een beetje verdrietig op de grond in het busstation. Hij is zijn rugzak en zijn vriend kwijtgeraakt, zegt hij. Veel zinnigs komt er niet uit, wel dranklucht. We krijgen een spoedmelding tussendoor. Gezegd dat hij het zelf moet oplossen.>>

In een aantal gevallen treffen we lege meldteksten of duidelijk foutief gecodeerde meldingen aan. In andere gevallen valt er uit de meldtekst wel een aanleiding af te leiden voor de agent en/of meldkamer om op E33 te coderen, maar blijkt het incident uiteindelijk toch niet in te delen onder 'overlast door overspannen/verward persoon'. We zien de volgende varianten:

- 1) De melding is (nagenoeg) leeg of hoort duidelijk onder een andere code thuis
- 2) De melding lijkt aanvankelijk om een E33 te gaan, maar dit blijkt later duidelijk anders (andere code)
- 3) Er is een incident gemeld, maar ter plaatse is niets of niemand aangetroffen



- 4) Er is geen incident, maar melding wordt gedaan om redenen van 'dossiervorming'²¹
- 5) Er is geen incident, maar melding betreft een 'zorgmelding'
- 6) Er is geen incident, maar melding betreft 'onderhoudscontact'

Aan de 'zorgmeldingen' liggen geen directe recente gebeurtenissen ten grondslag, maar men wil de zorgen en/of overlast rond de persoon met de politie bespreken. Burgers komen – vaak op afspraak – hun zorgen uiten over een familielid of buur. Een variant hierop is dat de politie de zorgen of overlast van de betreffende persoon met de hulpverlening wil bespreken. Bij een 'onderhoudscontact' gaat het om een 'vinger aan de pols' bezoek van de politie aan een wijkbewoner die bekend is vanwege eerdere incidenten, zonder dat hiervoor een aanleiding is.

In totaal valt iets minder dan een kwart van de steekproef van de meldingen onder een (of meer) van de bovenstaande varianten en voldoet daarmee niet volledig aan de E33 definitie van 'overlast door overspannen / verward persoon'. Zij tellen wel alle mee in het totale aantal E33 meldingen. Voor de analyses die volgen zijn alleen de foutieve en lege meldingen uitgesloten (n=26 / 5% van het totaal), de overige 508 zijn wel meegenomen.

5.2.2

Aard van de problematiek of het gedrag: belangrijkste achterliggende problematiek

Informatie over de locatie van het incident dat aanleiding vormde voor de melding is voor de regio Utrecht te vinden op p.49 en voor de regio West-Brabant op p.71. Voor alle 508 meldingen is bekeken of er sprake was van psychische, somatische of cognitieve problemen en/of van sociaal-maatschappelijke problemen en welke van de problemen als belangrijkste naar voren kwam in de vrije tekst. Voor 14% van de bekeken meldingen was er geen belangrijkste problematiek aan te wijzen. Voor de overige geldt dat gedrag of uitingen die duiden op psychische problemen²² het meest frequent voorkomen: in 82% van de gevallen is dit het belangrijkste gedrag of probleem dat uit de melding is af te leiden. Het vaakst gaat het daarbij om beperkte realiteitszin (21%), gevolgd door somberheid, depressie en/of suicidaliteit (15%) en agressie/ dreigend overkomen (13%). In ruim 7% van de gevallen waren problemen in oriëntatie in plaats en tijd, geheugenverlies of andere dementie-achtige verschijnselen de belangrijkste af te leiden achtergrond.

²¹ Er is niet structureel geannoteerd op de aparte varianten: 'niemand aangetroffen', 'dossieropbouw', 'zorgmelding' en 'onderhoudscontact'. Deze zijn afgeleid uit open annotatie. Hierdoor is niet geteld hoe vaak de afzonderlijke varianten voorkomen.

²² let wel: dit gaat niet om gediagnosticeerde aandoeningen, louter om beschrijving van bepaald gedrag of uitingen. We kennen de oorzaak niet. Genoemde verschijnselen en gedrag onder het kopje 'psychisch' hoeven niet altijd een gevolg te zijn van psychische problematiek, maar kunnen ook voortkomen uit overmatig middelengebruik, verkeerd medicijngebruik, ondervoeding, infecties, ziekte etc.



Tabel 5.1 Percentage belangrijkste problematiek achter de 453 BVH meldingen waarvoor hoofdprobleem was af te leiden

Belangrijkste problematiek achter de melding	hoofdcategorie (%)	subcategorie (%)
PSYCHISCH²²	82%	
Beperkte realiteitszin		21%
Somberheid, depressie, suicidaliteit		15%
Agressie, dreigend overkomen		13%
Agitatie, druk bewegen praten gebaren		9%
Problemen in oriëntatie tijd/plaats/persoon, dementieverschijnselen		7%
Verlaagd bewustzijn		1%
Ander gedrag van vermoedelijk psychische aard		15%
OVERIG GEZONDHEID	6%	
Middelengebruik		5%
Somatische problemen		1%
Verstandelijke beperking²³		< 1%
SOCIAAL-MAATSCHAPPELIJKE PROBLEMEN	12%	
Conflict in relatie/huiselijke sfeer		4%
Conflict met burens / omwonenden		4%
Dak of thuisloosheid		2%
Woningvervuiling/woningverwaarlozing		< 1%
Andere huisvestingsproblematiek		< 1%
Conflict met hulpverlening/instantie		< 1%
Vereenzaming/ sociaal isolement		< 1%
Andere sociaal maatschappelijke problemen		< 1%

Onder overige problemen scharen we middelengebruik, somatische problematiek en verstandelijke beperking. Deze laatste categorie werd in de meldteksten echter bijna nooit expliciet benoemd²⁴.

Middelengebruik wordt daarentegen in bijna een kwart van de meldingen genoemd, maar is veel minder vaak de belangrijkste aanleiding voor de overlastmelding (5%). We kwamen slechts enkele meldingen tegen waarbij somatiek de hoofdrol speelde: tweemaal bij een doof (en doofstomme) persoon en eenmaal bij een Parkinsonpatiënt. In alle gevallen werd hun gedrag als 'verward' gemeld en hing dit direct samen met hun ziekte of beperking.

Uit een groot deel van de meldingen is af te leiden dat er sociaal-maatschappelijke problematiek speelt. Het gaat dan met name om problemen rond sociale relaties. Maar de sociaal-maatschappelijke

²³ Dit gaat om beschrijvingen in de vrije tekst, niet om gediagnosticeerde (licht) verstandelijke beperking, daarvoor is een speciale test nodig.

²⁴ Uit onderzoek is bekend dat een aanzienlijk deel van de bevolking (licht) verstandelijk beperkt is en dat dit tot problemen in o.a. de sociale interactie leidt. Om die reden is deze categorie meegenomen in de annotaties. Dat we deze categorie echter bijna nooit tegenkomen is hoogstwaarschijnlijk te verklaren uit het feit dat een (lichte) verstandelijke beperking niet snel als zodanig wordt herkend, hiervoor is het afnemen van een speciale test nodig.



problemen komen niet vaak naar voren als de belangrijkste aanleiding voor de E33 melding: slechts in 12% van de gevallen speelde dit de hoofdrol. Het gaat dan primair om een huiselijk conflict of een burencnflict.

5.2.3 *Risico's van het gedrag: belangrijkste risico*

Van welke risico's of welk gevaar is er sprake bij de E33 meldingen? We onderscheiden negen risico's, waarvan er per melding meerdere kunnen spelen. Deze variëren van geen overlast, via lichte overlast (bijvoorbeeld geluid, stank of andere hinder of risico op ernstige verwaarlozing) tot gevaar voor de betrokkene zelf of anderen (zie voor details Bijlage C). Voor het beschrijven van het belangrijkste risico hebben we een aantal soorten risico's bij elkaar genomen zoals te zien is in Tabel 5.2. In 16% van de meldingen is er geen belangrijkste risico uit de meldtekst af te leiden. De meldtekst geeft daarover onvoldoende informatie of er zijn twee of meer typen risico's die van even groot belang zijn.

Tabel 5.2 Aantal en percentage belangrijkste risico voor de BVH meldingen

Belangrijkste risico*	Aantal*	Percentage*
Vooral overlast, gevaar of risico voor zichzelf	151	36%
Enige overlast, geen gevaar	140	33%
Vooral overlast, gevaar of risico voor anderen	74	18%
Geen overlast, geen gevaar	56	13%
Totaal	421	100%

*voor de 421 meldingen waarvoor belangrijkste risico af te leiden was

Ook blijkt uit Tabel 5.2 dat de persoon om wie de melding draait zelf het vaakste risico op schade, gevaar (of overlast) loopt. In ongeveer een vijfde van de meldingen is de persoon zelf degene die de melding bij de politie doet. Veelal is er het risico op letsel of gevaar, met name bij de meldingen waar het gaat om somberheid, depressie en suicidaliteit. Soms ook doordat de persoon in zo'n kwetsbare staat is, dat er risico bestaat voor misbruik door of agressie van anderen waarvan de persoon slachtoffer wordt. Enige overlast staat op de tweede plaats en in 18% is er sprake van overlast, risico of gevaar voor anderen. Dit kan bestaan uit psychische overbelasting voor de aanwezige naasten tijdens een heftige crisis in een gezinssituatie en/of voor kinderen die aan de zorg van de hulpbehoevende zijn toevertrouwd²⁵. Het gevaar voor het leven of ernstig letsel voor anderen, komt slechts in 4% van de meldingen als belangrijkste risico naar voren. In deze gevallen is er meestal sprake van gedrag waarbij ernstige agressie en dreiging spelen en deze meldingen bevinden zich op de rand van een strafbaar feit. Zodra er sprake is van wapengebruik of het daadwerkelijk fysiek aanvallen van een ander, zal de politie een andere meldcode dan E33 gebruiken. Verder valt op dat in 13% van de meldingen er helemaal geen sprake van overlast of gevaar is.

²⁵ Wanneer er gevaar is voor gezinsleden wordt door de politie vaker een melding gedaan bij Veilig Thuis. Hiervoor geldt weer een andere meldcode.



5.2.4 *Relatie hulpverlening, ziekte-inzicht en nazorg*

De verschillende categorieën behorend bij de onderwerpen relatie hulpverlening, ziekte-inzicht en nazorg waren in minderheid van de meldingen af te leiden. Om die reden hebben we er voor gekozen om geen cijfers te presenteren voor deze categorieën.

Wat opvalt is, dat in een aanzienlijk deel van de meldingen de tekst duidelijke aanwijzingen bevat dat de verschillende organisaties die deel uitmaken van de zorgketen elkaar moeilijk kunnen vinden of begrijpen. Het gaat dan bijvoorbeeld om de communicatie en verschil van opvatting tussen de politie en de crisisdienst. Ook problemen rondom vervoer van de hulpbehoevende voor beoordeling spelen hier vaak een rol. De consequenties van dergelijke haperingen pakken voor de hulpbehoevende vaak negatief uit.

We hebben een paar casussen opgenomen omdat deze inzicht geven in de complexiteit van het verwarde gedrag waar politie, maar ook andere hulpverleners mee te maken krijgen.

<<Man belt in grote paniek. Hij wil direct opgenomen worden. Hij zegt dat hij autistisch is en dat hij in paniek is geraakt omdat hij vakantie heeft. Hij is nu veel gaan drinken en zegt erg depressief te zijn. Heeft vandaag al twee keer naar de politie gebeld. Crisisdienst heeft na tweede keer beoordeeld maar zegt: ga maandagochtend naar de huisarts. Dit tot grote teleurstelling van man.>>

<<Jonge vrouw in zware psychose bij ouders thuis. Ze zou familieleden hebben geslagen. Rapporteurs wilden haar direct bij XX (GGz-instelling) brengen, maar die weigerden haar over te nemen vanwege 'capaciteit'. Uitgelegd dat het uit praktisch en menselijk oogpunt beter was X in GGz-instelling in te sluiten en daar te laten beoordelen. Daar had men geen boodschap aan. X werd ondertussen agressief en begon te trappen en wilde spullen niet afstaan, dus onder controle moeten brengen met klemmen en onder dwang ontdaan van kleding. Angst en agressie werd almaar erger, ze wilde ons afslachten en er zelf ook een eind aan maken. Crisisdienst weer gebeld, was niet bereikbaar. We zaten precies tussen twee diensten in. Heeft uren in de cel gezeten. Toen er wel iemand was, zei deze dat we X beter naar de GGz hadden kunnen brengen. IBS gekregen en met ambulance afgevoerd.>>

<<Gister is hij ontslagen uit de PAAZ. Nu ligt hij dronken en met een hoop pillen op totaal laveloos op straat. Kan niet meer rechtop zitten. Suïcidaal. Maar er is geen plaats op de PAAZ, dus liggend in politiebus vervoerd naar observatiecel. Uiteindelijk met een ambulance naar het ziekenhuis.>>



5.3 Resultaten BOPZ-Online

5.3.1 Woon- of verblijfplek betrokkene en locatie incident

Tabel 5.3 laat zien dat de plek waar betrokkenen woonden of verbleven vóór het incident leidend tot de IBS-aanvraag, in veruit de meeste gevallen (94%) kon worden bepaald op basis van de vrije tekst. De resultaten geven aan dat ruim tweederde (67%) van de betrokkenen een eigen woonplek had, dat 22% in een instelling verbleef, en dat 4% dak-/thuisloos was. Het gaat hier om geschatte ondergrenzen omdat de woon-/verblijfplek in 7% van de gevallen niet kon worden bepaald. Eigen woonplek en instelling konden in de meerderheid van de gevallen²⁶ nader worden gespecificeerd. Eigen woonplek betrof doorgaans een reguliere woonplek; bij instelling ging het meestal om een GGZ-instelling.

Tabel 5.3 Percentage en aantal betrokkenen naar woon-/verblijfplek vóór het incident leidend tot de IBS-aanvraag

Woon-/verblijfplek	% (n)	Nadere typering	% (n)
Eigen woonplek	67% (72)	Reguliere woonplek *	47% (50)
		Beschermd wonen	4% (4)
		Type woonplek niet af te leiden	17% (18)
Verblijf in een instelling	22% (24)	GGZ-instelling	14% (15)
		Andere instelling **	5% (5)
		Type instelling niet af te leiden	4% (4)
Geen vaste woon-/verblijfplek	4% (4)	N.v.t.	4% (4)
Niet af te leiden	7% (7)	N.v.t.	7% (7)
	100% (107)		100% (107)

* Alleenwonend of samen met een ander/anderen.

** Afdeling algemeen/academisch ziekenhuis (n=3), verpleeghuis (n=1) en verzorgingshuis (n=1)

De plekken waar de incidenten leidend tot een IBS-aanvraag plaatsvonden, waren in bijna alle gevallen (96%) af te leiden uit de vrije tekst, uitgaande van de tweedeling buiten of binnen een instelling. De resultaten suggereren dat het in circa drie op de vier gevallen ging om een incident dat buiten een instelling gebeurde. Doorgaans betrof het dan de eigen woonplek en/of de openbare ruimte (zie Tabel 5.4).

²⁶ In respectievelijk 75% en 83% van de gevallen.



Tabel 5.4 Locatie(s) van het incident dat leidde tot de IBS-aanvraag²⁷

Locatie	% (n)	Nadere typering	% (n)
Buiten een instelling	76% (81)	Eigen woonplek	53% (57)
		Openbare ruimte	27% (29)
		Ergens anders	19% (20)
		Locatie buiten instelling niet af te leiden	6% (6)
Binnen een instelling	21% (22)	GGZ-instelling	13% (14)
		Andere instelling	5% (5)
		Type instelling is niet af te leiden	3% (3)
Niet af te leiden	4% (4)	N.v.t.	4% (4)
	100% (107)		

5.3.2 Zorgsituatie betrokkene

Tabel 5.5 geeft aan dat voor 68% van de IBS-aanvragen in de vrije tekst aanwijzingen werden gevonden dat de betrokkene een voorgeschiedenis had in de zorg of ondersteuning vanwege psychische of psychogeriatrische (bijv. dementie) problematiek, of een verstandelijke beperking. Echter, omdat in bijna een kwart (23%) van de gevallen op basis van de vrije tekst niet kon worden afgeleid of een betrokkene al dan niet bekend was bij zorginstanties, is het waarschijnlijk dat het percentage van 68% een onderschatting betreft.

De meeste betrokkenen die bekend waren bij zorginstanties, verbleven in een instelling óf ontvingen ambulante zorg of ondersteuning in de periode voorafgaand aan het incident leidend tot de IBS-aanvraag (zie Tabel 5.5). Voor 18 gevallen met een voorgeschiedenis in de zorg kon niet uit de vrije tekst worden afgeleid of er al dan niet sprake was van recente zorg of ondersteuning voor psychische of psychogeriatrische problematiek; in twee gevallen waren er geen aanwijzingen voor recente zorg of ondersteuning.

Voor 8% van de gevallen omvatte de vrije tekst geen aanwijzingen voor een voorgeschiedenis in de zorg én ook geen aanwijzingen voor zorg of ondersteuning in de periode voorafgaand aan het incident leidend tot de IBS-aanvraag. Ook dit percentage is waarschijnlijk een onderschatting, omdat voor bijna een kwart (23%) van de IBS-aanvragen de zorgsituatie van betrokkene niet kon worden bepaald uitgaande van de vrije tekst.

²⁷ Wat betreft 'buiten een instelling': geen uitsluitende categorieën. Daarom tellen de percentages niet op tot 76%, maar tot 105% in de meest rechtse kolom. Wat betreft 'binnen een instelling': uitsluitende categorieën.



Tabel 5.5 Percentage en aantal betrokkenen naar bekendheid bij zorginstanties en recent ontvangen zorg en ondersteuning

Bekendheid bij zorginstanties	% (n)	Recente zorg/ondersteuning	% (n)
Persoon met voorgeschiedenis in de zorg	68% (73)	Ambulante zorg/ondersteuning	27% (29)
		Verblijf in een instelling	22% (24)
		Geen aanwijzingen*	2% (2)
		Niet af te leiden**	17% (18)
Persoon zonder voorgeschiedenis in de zorg	8% (9)	Geen aanwijzingen	8% (8)
		Niet af te leiden	1% (1)
Niet af te leiden	23% (25)	Niet af leiden	23% (25)
	100% (107)		100% (107)

* in tekst staat bijvoorbeeld 'geen recente contacten met zorgverleners'.

** In tekst geen enkele informatie over wel of geen recente zorgcontacten.

5.3.3

Betrokkenheid politie en eerdere incidenten

Voor 37% van de IBS-aanvragen kon uit de vrije tekst worden afgeleid dat de politie betrokken was bij de omgang met/afhandeling van het incident leidend tot de IBS-aanvraag (zie Tabel 5.6). In 28% van de gevallen waren er geen aanwijzingen voor een rol van de politie. Tot deze groep behoorden alle betrokkenen die al in een instelling verbleven én voor wie het incident leidend tot de IBS-aanvraag aldaar plaatsvond (n=22).²⁸

Voor 35% van de IBS-aanvragen kon op basis van de vrije tekst niet worden bepaald of de politie al dan niet betrokken was. Het is daarom waarschijnlijk dat het gevonden percentage politiebetrokkenheid een onderschatting betreft.

Tabel 5.6 Percentage en aantal IBS-aanvragen waarbij politie betrokken was

Betrokkenheid politie	% (n)
Betrokkenheid	37% (40)
Geen aanwijzingen voor betrokkenheid	28% (30)
Niet af te leiden	35% (37)
	100% (107)

Tabel 5.7 laat zien dat in bijna tweederde (63%) van de gevallen één of meer incidenten hadden plaatsgevonden in de dagen of weken voorafgaand aan het incident leidend tot de IBS-aanvraag. Waarschijnlijk betreft dit een onderschatting, omdat in bijna alle andere gevallen niet kon worden afgeleid dat eerdere incidenten waren voorgevallen.

²⁸ De aanname was dat wanneer de hulp van de politie zou zijn ingeroepen in deze gevallen, dat hiervan melding zou zijn gemaakt in de vrije tekst. In geen van de 22 gevallen was hiervan sprake.



Tabel 5.7 Percentage en aantal IBS-aanvragen waarbij sprake was van één of meer incidenten in de dagen of weken voorafgaand aan het incident leidend tot de IBS-aanvraag

Eerder(e) recente incidenten	% (n)
Eerder(e) incidenten	63% (67)
Geen aanwijzingen voor een eerder incident	1% (1)
Niet af te leiden	36% (39)
	100% (107)

5.4 Resultaten Crisisdienst Maatschappelijk Werk buiten kantoortijd

Van de 50 geannoteerde registraties van de Crisisdienst Maatschappelijk Werk West-Brabant buiten kantoortijd is voor 72% de situatie acuut en voor 20% is de situatie niet acuut. Voor vier registraties is niet af te leiden wat de acuutheid van de situatie was. Onder acuut wordt verstaan dat er op zeer korte termijn actie / ingrijpen moet plaatsvinden in verband met (dreigende) escalatie van de situatie, zoals bij huisuitzetting zonder alternatief, een onveilige situatie voor thuiswonende minderjarige kinderen, dreigend gevaar voor letsel/suicide etc.

Uit de tekstvelden is af te leiden of er sprake is van een risico op overlast en/of gevaar. Bij de helft van de geannoteerde registraties is sprake van een risico op ernstige overlast/gevaar/schade voor de betrokkene en/of de ander. Bij een derde van de registraties (34%) bestaat geen risico op overlast of gevaar. Bij twee registraties is sprake van overlast, maar geen gevaar en voor zes registraties is het risico op overlast en/of gevaar niet af te leiden.

Bij 60% van de registraties speelt de situatie zich af in en rond de woning; voor 10% speelt de situatie zich af in een instelling of verpleeghuis. Voor de overige 15 registraties (30%) is dit niet uit de vrije tekstvelden af te leiden.

Tabel 5.8 toont de voorgeschiedenis in zorg of ondersteuning voor de geannoteerde registraties. De betrokkenen waren het vaakst in beeld bij de politie (24%), gevolgd door maatschappelijk werk (18%) en/of overige instanties (15%). Voor vijf registraties is niet af te leiden of de personen al bij een zorgverlenende instantie in beeld waren.



Tabel 5.8 Percentage en aantal betrokkenen naar voorgeschiedenis in zorg of ondersteuning

Voorgeschiedenis/herkomst	% (n)
Politie	24% (21)
Maatschappelijk werk (IMW, MEE, Superplus)	18% (16)
Overige instanties	15% (13)
GGZ (crisisdienst)/SPOR	13% (12)
Veilig thuis/ steunpunt huiselijk geweld	13% (12)
HAP/SEH	6% (5)
Jeugdzorg	5% (4)
Thuiszorg	1% (1)
Zorgdomein niet af te leiden	6% (5)
Totaal	89*

*alleen aantal gepresenteerd, meerdere antwoorden mogelijk; daardoor tellen % op tot >100

Uit de teksten van de registraties is ook af te leiden waar personen naar doorverwezen worden door de Crisisdienst Maatschappelijk Werk. CMW verzorgt de psychosociale hulpverlening buiten kantoortijd en verwijst cliënten waar mogelijk weer door naar instanties die tijdens kantoortijd de hulpverlening verzorgen. Tabel 5.9 geeft de doorverwijzing van betrokkenen door CMW naar zorg of ondersteuning weer. Personen worden relatief vaak doorverwezen naar maatschappelijk werk (17%) en/of Veilig Thuis (17%). Voor zeven registraties is niet af te leiden of een persoon doorverwezen wordt.

Tabel 5.9 Percentage en aantal betrokkenen naar doorverwijzing naar zorg of ondersteuning

Bestemming	% (n)
Doorverwezen naar maatschappelijk werk (IMW, MEE, Surplus)	17% (15)
Doorverwezen naar Veilig Thuis	17% (15)
Doorverwezen naar hulpofficier van justitie/huisverbod politie	8% (7)
Doorverwezen naar GGZ (crisisdienst)/SPOR	7% (6)
Doorverwezen naar Doorgangshuis	3% (3)
Tijdelijk onderdak elders geregeld	7% (6)
Anders	31% (27)
Niet af te leiden	8% (7)
Totaal	86*

*alleen aantal gepresenteerd, meerdere antwoorden mogelijk; daardoor tellen % op tot >100

5.5 Voorlopige indeling in subgroepen

5.5.1 BVH-gegevens

Nadat de categorieën uit de meldteksten in kaart zijn gebracht, beschouwen we de informatie hierin in samenhang. Hoewel elke melding een op zich staand verhaal is waarachter steeds een andere unieke persoon met zijn eigen specifieke achtergrond, problematiek en voorgeschiedenis schuilgaat, tekenen zich wel patronen af. We herkennen in de E33 meldingen grofweg zes typen meldingen die – in



verschillende variaties – terugkeren²⁹. Waarbij geldt dat het niet om elkaar volledig uitsluitende categorieën gaat. Op basis van een eerste analyse komen we tot de volgende indeling van subgroepen:

Subgroep I. Verward gedrag op straat / de dak- of thuisloze mens
 Subgroep II. De persoon die zelf meldt
 Subgroep III. De gedesoriënteerde oudere mens
 Subgroep IV. Het (langlopend)burenconflict / Overlast in de wijk
 Subgroep V. De bekende wijkbewoner in dreigende crisis (externaliserend gedrag)
 Subgroep VI. De mens in somberheid, depressiviteit en/of suicidaliteit

De huidige eerste indeling van subgroepen kan onvolledig of onvoldoende onderscheidend zijn. Daarom presenteren we geen cijfers over deze subgroepen. Om wel een indruk te geven van wat er bij deze verschillende subgroepen speelt hebben we er twee in meer detail beschreven (subgroep II en subgroep IV). Voor de overige beschrijvingen verwijzen we naar Bijlage F.

Subgroep II. De persoon die zelf meldt

<<Man belt. Er zitten hackers in zijn computer en telefoon en daarom staan er allemaal sites open zonder dat hij dat wil. Ze maken zijn leven kapot. Hij praat onsamenhangend. Ze willen geld van hem. Hij zegt: jullie zullen wel denken dat ik gek ben. We hebben hem aangeraden naar de huisarts te gaan.>>

<<heer staat aan de balie. De politie zou in zijn hoofd kunnen kijken. We halen de woorden en gedachten zo uit zijn hoofd, zegt hij en vindt dit niet kunnen. Welk team doet dit?, wil hij weten. Hij komt over als een aardige heer, maar is behoorlijk wirre-war.. Hij wil het graag vastgelegd hebben. Bij deze.>>

<<Melding van man die bedreigd zou worden door mannen met bivakmutsen die in een auto door de wijk rondrijden. Volgens het OC klonk hij stomdronken. Omdat deze man bekend is bij ons vanwege psychoses, maar even een praatje gaan maken. We hebben hem gerust kunnen stellen: er zijn geen auto's met mannen met bivakmutsen gezien. Gezegd: ga maar slapen. Dat zou hij gaan doen.>>

Een deel van de meldingen wordt door de persoon met het verward gedrag zelf gedaan. Meestal telefonisch, maar soms ook aan de balie van het politiebureau. Regelmatig lijkt het in eerste instantie een alarmerend verhaal van inbraak of overlast waarvan de melder het

²⁹ Let wel dit gaat alleen om E33 meldingen. Incidenten die onder een andere meldcode vallen, zoals codes voor strafbare feiten zijn hierin niet meegenomen.



slachtoffer is geworden. Na onderzoek of verder in het gesprek blijkt het verhaal niet te kloppen of zeer onsamenhangend te zijn. De melder is angstig voor iemand die er niet is, hoort geluiden of stemmen of meent afgeluisterd of bestolen te zijn. Vaak gaat het om 'bekende bellers', zo is af te leiden uit de teksten. In sommige gevallen schat de politie de situatie zo zorgelijk in dat er huisbezoek volgt of doen ze een melding bij het wijkteam. In veel gevallen wordt de beller aangehoord, zo mogelijk gerustgesteld, waarna het contact wordt afgesloten. Dit type meldingen manifesteert zich doorgaans niet op straat en er gaat geen overlast of gevaar voor derden mee gepaard. Het kan een hulpkreet of signaal zijn voor geestelijke nood of een naderende crisis, waarbij mogelijk hulp geboden is. De ernst varieert van zware lijdensdruk (vooral sterke angst) tot licht.

Subgroep IV. Het (langlopend)burenconflict / overlast in de wijk

<<Melder zou last hebben van XXX die boven hem woont. Ter plekke geen overlast gesignaleerd. Wel zouden omwonenden volgens melder het helemaal zat zijn met XXX, omdat deze elke dag aan het schreeuwen zou zijn. Hem gezegd het te melden bij de woningcorporatie. Zij kunnen meer dan wij.>>

<<Buurman belt dat er lekkage zou zijn van de bovenbuurvrouw. Zij is bekend met psychiatrische problemen. Ze is wel thuis, we bellen aan, maar ze doet de deur niet open. De lekkage blijkt minimaal en zou ook oud kunnen zijn. Onze weg vervolgd.>>

>>Buren bellen. Man zit in zijn auto met heel harde muziek aan. Blijkt GGz-cliënt te zijn die sinds kort weer thuis is. Overlast in de toekomst is niet uit te sluiten. Genoteerd voor dossieropbouw.>>

In een deel van de meldingen is er (ook) expliciet sprake van een conflict tussen burenen. Dit zijn meestal langlopende zaken met veel meldingen. Het spreekt uit de teksten dat het hierbij vaak moeilijk is uit te maken wie nu wie lastig valt en waar het gelijk ligt. In veel gevallen wordt er melding gemaakt van het feit dat bij de overlastveroorzaker sprake is van 'psychiatrische of psychische problematiek'. Soms drukt de meldtekst daarbij vooral zorg uit voor de buur in kwestie. Soms is er duidelijk sprake van 'druppel die de emmer doet overlopen' waarbij burenen hopen dat de persoon in kwestie zal worden meegenomen. In sommige meldingen lijkt het stigma van de gekende psychische kwetsbaarheid een rol te spelen en ligt de bekende bewoner duidelijk onder het vergrootglas van de buurt. In andere gevallen is de overlastsituatie evident en lijkt er sprake van tekenen voor een naderende crisis. Dit type meldingen speelt zich altijd in en rond de woning en/of een wooncomplex af. De directe 'schade' betreft meestal vooral geluids- en/of stankoverlast of hinder.



5.5.2 BOPZ-Online

De groep personen voor wie een IBS wordt aangevraagd is heterogeen, alleen al omdat deze dwangmaatregel kan worden toegepast in de GGZ, de psychogeriatric en de verstandelijk gehandicaptenzorg. Een indeling in subgroepen kan derhalve van meerwaarde zijn. Als vervolgstap is daarom nagegaan of door het in samenhang analyseren van de verschillende geannoteerde onderwerpen gekomen kan worden tot een allereerste voorlopige indeling in subgroepen. Hierbij werd ook de gestructureerde informatie over de belangrijkste (voorlopige) diagnose en het belangrijkste risico of gevaar meegenomen, zoals vastgesteld bij betrokkenen door de beoordelend psychiater/arts. Bij de indeling in subgroepen werd allereerst uitgegaan van de informatie over de woon-/verblijfplek en de zorgsituatie van betrokkenen voorafgaand aan het incident leidend tot de IBS-aanvraag; vervolgens werd nagegaan of op basis van de andere informatie een verder onderscheid kon worden gemaakt in subgroepen. Deze aanpak resulteerde in een eerste aanzet tot een indeling in de volgende zeven, elkaar uitsluitende, subgroepen.

Subgroep A: In instelling verblijvende GGZ-cliënt in een acute crisissituatie

Subgroep B: GGZ-cliënt in beschermd wonen en in een acute crisissituatie

Subgroep C: Zelfstandig wonende GGZ-cliënt of persoon met een voorgeschiedenis in de GGZ, in een acute crisissituatie

Subgroep D: Zelfstandig wonende persoon zonder voorgeschiedenis in de GGZ, en voor het eerst in een acute crisissituatie

Subgroep E: Persoon zonder vaste woonplek in een acute crisissituatie

Subgroep F: Zelfstandig wonende persoon met psychogeriatriche problematiek in een acute crisissituatie

Subgroep G: Bij ouders inwonende persoon met verstandelijke beperking in een acute crisissituatie

Omdat deze indeling tot stand is gekomen op basis van een relatief kleine steekproef (n=107; 12%) uit het totaal aan IBS-aanvragen in de regio West-Brabant in de periode 2015-2017 en beschrijvingen van subgroepen onvolledig of onvoldoende onderscheidend kunnen zijn, presenteren we geen cijfers over deze subgroepen. Wel kan worden opgemerkt dat de subgroepen A, C en F verhoudingsgewijs duidelijk de grootste subgroepen waren. Daarom geven we van deze subgroepen hieronder een meer gedetailleerde beschrijving³⁰. Voor de beschrijving van de overige voorlopige subgroepen verwijzen we naar Bijlage G.

Subgroep A: In instelling verblijvende GGZ-cliënt in een acute crisissituatie

De betrokkene verblijft reeds op vrijwillige basis in een GGZ-instelling. De belangrijkste diagnosecategorieën zijn vaak een niet-affectieve psychotische stoornis en soms een stemmingsstoornis (al dan niet met

³⁰ vanwege privacy redenen zijn de casusbeschrijvingen onherkenbaar gemaakt. De gebeurtenissen zijn aangepast en de gebruikte namen gefingeerd.



psychotische kenmerken) of een persoonlijkheidsstoornis. Het belangrijkste acute gevaar is het gevaar dat betrokkene suicide pleegt of zichzelf ernstig letsel toebrengt. Het incident dat heeft geleid tot de IBS-aanvraag vindt vaak in de instelling plaats, soms daar buiten. Er is zelden betrokkenheid van de politie bij de aanvraag van deze subgroep. Er is vaak sprake van eerder(e) incident(en) in de aanloop van het incident leidend tot de IBS-aanvraag.

Voorbeeld casus

Mevrouw A. verblijft momenteel op locatie B. op vrijwillige basis voor een klinische opname in verband met complexe en uitgebreide psychiatrische problematiek. De afgelopen dagen is er een toename van spanning en wanhoop en suïcidale uitlatingen. Vanochtend opnieuw suïcidale uitspraken, maar er konden nog wel veiligheidsafspraken gemaakt. Die konden niet worden nagekomen: mevrouw is aangetroffen met een touwtje om haar nek waarbij haar gelaat blauw was aangelopen en met de schaar moest worden losgeknipt. Mevrouw is nu gelaten, maakt nauwelijks contact en lijkt geen spijt te hebben van haar poging.

Subgroep C: Zelfstandig wonende GGZ-cliënt of persoon met een voorgeschiedenis in de GGZ, in een acute crisissituatie

De betrokkene woont veelal zelfstandig, al dan niet samen met iemand anders/anderen, is bekend bij de GGZ, en heeft vaak ook zorg en ondersteuning ontvangen in de periode voorafgaand aan het incident leidend tot de IBS-aanvraag. Soms is er geen sprake van recente zorg en ondersteuning. Het gaat in deze subgroep vaak om een niet-affectieve psychotische stoornis of een stemmingsstoornis (al dan niet met psychotische kenmerken) en soms om een middelgerelateerde stoornis. Het gevaar dat betrokkene suicide pleegt of zichzelf ernstig letsel toebrengt of het gevaar dat betrokkene een ander van het leven berooft, of hem ernstig letsel toebrengt, is voorliggend. Soms gaat het om ernstige zelfverwaarlozing. Het incident dat aanleiding vormde tot de aanvraag vindt meestal plaats in de woning van de betrokkene, soms in de openbare ruimte. Er is vaak sprake van politie betrokkenheid en ook van eerdere incidenten.

**Voorbeeld casus**

Moeder en stiefmoeder hebben huisarts gebeld i.v.m. verwardheid en ontremming bij cliënt, die van alles stukgegooid had thuis en niet tot rust kwam. Huisarts heeft politie en crisisdienst ingeschakeld. Cliënt staat onder curatele van stiefmoeder omdat hij last heeft van ernstige stemmingswisselingen, kan zichzelf impulsief ernstig in de problemen brengen. Cliënt maakte eerder vergelijkbare episodes met psychotische klachten door. Omdat er de laatste keer geen hulp was, hebben ze hem weer bij hen in huis gehaald, maar dit vraagt veel van hun. Op dit moment kunnen zij de zorg voor cliënt niet meer aan. Op locatie A krijgt cliënt koffie, maar weet niet wat daarmee te doen. Cliënt ziet er vervuild en verwaarloosd uit, is klammig en transpireert. Cliënt zegt dat hij veel last heeft van stemmen. Slechts enkele keren maakt hij met verpleegkundige heel vluchtig oogcontact, verder niet echt contact met hem te krijgen, is motorisch en verbaal onrustig, erg incoherent in zijn verhaal, associeert door op wat hij hoort. Roept voor zich uit. Er is geen sprake van ziektebesef/-inzicht. Reageert impulsief, met harde stem en met momenten boos, maar niet gericht en onderliggend maakt hij vooral een angstige indruk. Klampt zich met momenten vast aan verpleegkundige, m.n. als deze weg wil gaan. Als hem gevraagd wordt of hij wel of niet opgenomen wil worden binnen de GGz, zegt hij een enkele keer ja, maar lijkt niet te weten waar het over gaat, en andere momenten laat hij weten niet te willen blijven waar hij is.

Subgroep F: Zelfstandig wonende persoon met psychogeriatrische problematiek in een acute crisissituatie

De belangrijkste diagnosecategorie in deze subgroep is dementie. De betrokkene woont doorgaans zelfstandig op een reguliere woonplek of in een zorgappartement. Vaak is betrokkene bekend bij zorginstanties vanwege psychogeriatrische problematiek en ontvangt hiervoor zorg of ondersteuning. Het gevaar dat betrokkene zichzelf ernstig verwaarloost staat op de voorgrond. Maar ook speelt het gevaar dat betrokkene suïcide pleegt of zichzelf ernstig letsel toebrengt, een ander van het leven berooft, of hem ernstig letsel toebrengt, het gevaar voor de psychische gezondheid van een ander en/of het gevaar voor de algemene veiligheid van personen of goederen. Het incident speelt zich meestal op de woonplek van betrokkene af, soms in een ziekenhuis waar betrokkene (tijdelijk) is opgenomen, of in de openbare ruimte. Er is soms sprake van politiebetrokkenheid en vaak is er sprake van een reeks voorgaande incidenten.



Voorbeeld casus

Er is sprake van verwarring; betrokkene is gedesoriëteerd in plaats, tijd en persoon, zij haalt heden en verleden door elkaar, is achterdochtig, zij kan zaken niet meer overzien; gaat dolen en zwerven, zij ziet mogelijk mensen die er niet zijn. Haar zoon vertelt dat het echt niet meer gaat; het gaat al weken achteruit, er is mogelijk al jaren sprake van cognitieve achteruitgang maar door een opname in het ziekenhuis van haar man en vervolgens een ongeluk thuis is het de afgelopen weken snel achteruit gegaan. Ze sluit zich op in het huis; sleutelt aan elektriciteit; zou onvoorzichtig zijn met de oven waardoor er mogelijk brandgevaar ontstaat; stapt uit rijdende auto's. De politie is de afgelopen tijd verschillende malen betrokken geweest; de laatste keer treft de politie haar buiten aan; ze blijkt zich dan buitengesloten te hebben; hierdoor ontstaat er een acuut gevaar voor onderkoeling; binnen zou het een grote rommel zijn. Er is geen steunsysteem te mobiliseren; haar zoon kan het niet meer aan en trekt een streep.

5.6 Beschouwing

Deze verkennende analyse geeft een indruk van de meerwaarde van de informatie uit de vrije tekstvelden in BOPZ-Online, de BVH en het CMW, in aanvulling op de gestructureerde informatie uit deze bronnen. De tekstanalyses laten zien wat er aan problematiek achter de aanvragen en meldingen schuilgaat.

Extra informatie

Deze meerwaarde is het grootst bij de E33 meldingen, waaruit op basis van alleen de gestructureerde data slechts informatie af te leiden is over aantallen, algemene persoonskenmerken en het aantal malen dat men in de BVH onder E33 voorkomt.

Bij deze E33 meldingen valt het in eerste instantie op dat een behoorlijk deel van de meldingen geen of geen acute situatie van 'overlast door een verward/overspannen persoon' betreft: het gaat dan veelal om (niet-acute) zorgmeldingen, meldingen voor dossiervorming of onderhoudscontacten in de wijk. Ook blijkt het gedrag soms een heel andere oorzaak te hebben (zoals louter dronkenschap), of wordt er niemand aangetroffen. De code wordt dus regelmatig gehanteerd voor andere zaken dan incidenten van 'overlast door een overspannen/verward persoon'. Het is van belang rekening te houden met dit gegeven bij de monitoring en interpretatie van de aantallen E33 meldingen.

De tekstanalyses van de E33 meldingen leveren daarnaast relevante context-informatie op die niet uit de analyse van de gestructureerde velden naar voren komt. Zo komen uit de tekstvelden aanwijzingen voor haperingen in de zorgketen naar voren. Het gaat dan vooral om problemen in de (telefonische) bereikbaarheid van de hulpverlening, vervoersproblemen en problemen rondom beoordeling door behandelaar of de crisisdienst. Deze problemen leveren voor de hulpbehoevende soms een schadelijke situatie op en leiden bovendien tot frustratie bij politie en betrokken hulpverleners. Ook



dit is relevante informatie voor monitoring: hoe ontwikkelen deze vraagstukken zich door de tijd heen?

De bronnen BVH, CMW en BOPZ-Online laten een eensluidend beeld zien voor wat betreft de locatie waar de problematiek of het incident (dat aanleiding vormde voor de melding) zich veelal afspeelt: dit gebeurt vooral in of rond de eigen woonplek, of in de instelling waar men al vrijwillig verblijft. In een minderheid van gevallen openbaarde het 'gedrag' zich in de openbare ruimte. Ook is duidelijk dat de risico's, het gevaar of de overlast rond de situatie die tot de melding leidde in de meeste gevallen de betrokken persoon zelf betreffen. Met uitzondering van de CMW-registratie, zijn de risico's voor de omgeving in meerderheid van gevallen beperkt. Dit in tegenstelling tot de beeldvorming rondom personen met verward gedrag.

Deel van de relevante registraties binnen een bron

Het is goed te bedenken dat de scope van dit onderzoek uit praktische overwegingen beperkt is gebleven tot slechts een deel van de registraties binnen een bron: naast de bestudeerde gegevens zijn er andere meldcodes van de politie en andere registraties van het maatschappelijk werk waarin geestelijke verwarring of anderszins onverklaard gedrag een rol kan spelen. Ook de IBS-aanvragen hebben betrekking op slechts een deel van alle personen die gedwongen worden opgenomen.³¹ Bestudering van andersoortige registraties uit dezelfde bron, kan het hier geschetste beeld aanvullen.

Er is vermoedelijk sprake van onderregistratie van bepaalde achterliggende problematiek, zoals schuldenproblematiek, vereenzaming en problemen rondom huisvesting, werk, relatie en gezin. Dit omdat dergelijke problematiek niet altijd manifest wordt en zelden de directe aanleiding voor een incident vormt. Datzelfde geldt voor het aantal registraties waarbij er sprake is van een verstandelijke beperking, aangezien dit niet snel als zodanig wordt herkend en waarvoor toetsing door een professional nodig is.

Gemene deler: verscheidenheid

Als grootste gemene deler uit de tekstanalyses komt de verscheidenheid naar voren in achterliggende ernst, aard en problematiek. Die verscheidenheid is het grootste binnen de BVH en het CMW en kleiner bij de BOPZ-Online. De verscheidenheid is relatief het kleinst bij de IBS-aanvragen, waarbij doorgaans sprake is van psychische/psychiatrische of psychogeriatrische aandoeningen in een situatie van hoog (acute) ernst. Maar ook binnen deze bron is de variatie in voorliggende problematiek groot – van o.a. middelengerelateerde en persoonlijkheidsstoornissen tot schizofrenie – en verschillen de manifestaties van de problematiek die aanleiding waren voor de IBS-aanvraag evenzeer.

Uit de tekstanalyses wordt daarmee eens te meer duidelijk dat bij de typering 'persoon met verward gedrag' geen standaardplaatje past. Het is van belang die verscheidenheid van de problematiek binnen de bronnen scherp in beeld te hebben, omdat een passende aanpak evenzeer divers moet zijn.

³¹ In een minder spoedeisende situatie zal een persoon gedwongen worden opgenomen via een voorlopige rechterlijke machtiging.





6 Resultaten en Leerpunten: beschouwing

Het ZonMw-project 'Regionale pilots monitor personen met verward gedrag in Utrecht en West-Brabant' had als doel het onderzoeken van de mogelijkheden voor kwantitatieve monitoring van personen met verward gedrag op basis van gegevens van bestaande bronnen.

Naast het in kaart brengen van kwantitatieve gegevens uit de geselecteerde bronnen, was het doel van deze pilots tevens om te onderzoeken of het mogelijk is een breder beeld te schetsen van personen met verward gedrag en van hun problematiek door het analyseren van vrije tekstvelden van enkele van deze bronnen. Er is onderzocht of dit een meerwaarde heeft voor een monitor.

Onderzocht is of deze manier van regionale monitoring haalbaar en uitvoerbaar is, en informatie oplevert die gebruikt kan worden ter ondersteuning van het regionaal (en lokaal) beleid met betrekking tot een goede integrale aanpak voor personen met verward gedrag.

De twee inhoudelijke hoofdvragen van dit project zijn:

- A. Wat is het voorkomen – aard en omvang - van personen met (manifestaties van) verward gedrag, in de regio Utrecht en de regio West-Brabant in 2017 (en eventueel ook in 2015-2016)?
- B. Hoe moeten deze cijfers worden begrepen (in het licht van de verschillende beleidsinspanningen om de ondersteuning te versterken en daarmee de problematiek te verlichten)?

De twee proceshoofdvragen van dit project zijn:

- C. Wat is de beschikbaarheid, bruikbaarheid en beleidsrelevantie van verschillende regionale bronnen voor het monitoren van personen met (manifestaties van) verward gedrag?
- D. Welke lessen zijn te trekken uit de processen van dataverzameling, dataverwerking en rapportage en wat kunnen andere regio's hiervan leren?

De resultaten van de geselecteerde bronnen staan voor elke regio apart beschreven in de Hoofdstukken 3 en 4. Daarnaast is in Hoofdstuk 5 aandacht besteed aan de analyse van vrije tekstvelden van registraties uit drie bronnen, namelijk de BVH, BOPZ-online en Crisisdienst Maatschappelijk Werk.

Paragraaf 6.1 gaat in op de resultaten voor beide regio's samen en hun betekenis (Hoofdvragen A en B). Daarna komen in paragraaf 6.2- 6.4 de verschillende onderdelen van procesvraag C aan de orde. Tot slot volgen algemene overwegingen en aanbevelingen voor de praktijk (procesvraag D). Voor de beantwoording van de subvragen over het proces wordt verwezen naar Bijlage H.

6.1 Beantwoording inhoudelijke monitorvragen

De vraag naar het voorkomen, zowel qua aard als omvang, van personen met verward gedrag, in de regio Utrecht en de regio West-Brabant, kan niet eenvoudig beantwoord worden. Dit was vooraf ook



voorzien, aangezien er niet één enkele bron is waarin dit eenduidig en volledig wordt vastgelegd. Een andere reden hiervoor is dat een en dezelfde persoon in meerdere bronnen kan voorkomen, met andere woorden dat er enige overlap is tussen de bronnen. Over de mate van eventuele overlap kan geen uitspraak worden gedaan, omdat binnen de context van dit project het koppelen van persoonsgegevens, vanwege de bescherming van de persoonlijke levenssfeer van betrokkenen, niet mogelijk was. Het doel van de regionale pilots was om tenminste een deel van de variëteit van verward gedrag in beeld te brengen zonder de verwachting te wekken volledig te zijn. Omdat de zorg en opvang voor personen met verward gedrag in beide regio's verschillend georganiseerd is, én vanwege het pilotkarakter van de monitor, zijn per regio deels verschillende bronnen gebruikt. Hierdoor zijn de cijfers van de regio's niet met elkaar te vergelijken. Voor zover dezelfde bronnen zijn gebruikt, in dit geval de BVH en de ambulancegegevens, dienen de cijfers nog altijd met grote behoedzaamheid vergeleken te worden. De verschillen tussen regionale contexten, zoals afspraken over vervoer, kunnen namelijk ook van invloed zijn op de manier van registreren bij deze 'vergelijkbare' bronnen. Daarom zijn beide regio's wat betreft de kwantitatieve resultaten uit deze bronnen apart beschreven in de Hoofdstukken 3 en 4.

Met dit voorbehoud in gedachten, is er toch op generiek niveau een aantal opvallende zaken te signaleren uit beide pilot regio's samen.

Allereerst blijkt in verschillende bronnen het aantal registraties over personen met verward gedrag in beide regio's groter dan het aantal unieke personen waarop deze registraties betrekking hebben. Deze belangrijke bevinding laat zien dat rapporteren puur op basis van aantallen registraties een 'overschatting' geeft van het aantal personen met verward gedrag. In het bijzonder lijkt dit te gelden wanneer hiervoor politiegegevens worden gebruikt; dit heeft enerzijds te maken met de manier van registreren in de BVH (zie Hoofdstuk 5) en anderzijds met het kortdurende karakter van de situaties die in de BVH worden geregistreerd. Zo blijkt bijvoorbeeld uit de annotaties van de BVH dat een deel van de registraties die wel onder de code E33 zijn weggeschreven, eigenlijk niet gaan over verward gedrag, of gaan over onderhouds- en zorgcontacten van de politie met burens, naasten of hulpverleners van personen met verward gedrag.

Ten tweede valt op dat er een relatief groot aantal mensen is dat nog niet eerder in een bron voorkwam. Een veel kleiner aantal mensen komt (zeer) geregeld in beeld, zo blijkt uit verschillende bronnen (in het bijzonder de BVH). Bij een klein aantal personen was er sprake van heel korte tijdsintervallen tussen verschillende registraties. Dit vraagt, zoals ook het Schakelteam personen met verward gedrag in zijn eindrapportage aangaf, om verdiepend onderzoek om te achterhalen waarom sommige personen herhaaldelijk in beeld komen terwijl andere personen slechts één keer voorkomen. Kwalitatief onderzoek, bijvoorbeeld door de eventuele doorontwikkeling van de voorlopige indeling in subgroepen, kan deze kennis opleveren. Zulke kennis kan bijdragen aan het bieden van effectieve hulp en het voorkomen van terugval.



Tot slot laten bijna alle bronnen zien dat er sprake is van multiproblematiek en diversiteit. Veel personen met verward gedrag hebben problemen in verschillende leefgebieden tegelijk. Er zijn echter ook grote verschillen tussen mensen met verward gedrag, die te maken hebben met de achtergrond van hun problemen. Dit blijkt zowel uit de analyses van de gestructureerde velden als uit de annotatie en analyse van de vrije tekstvelden. In de beide duidingssessies brachten de bronhouders en andere stakeholders, vanuit eigen praktijk en inzicht, eveneens deze diversiteit en het veelvuldig voorkomen van multiproblematiek naar voren. De gegevens uit de beide pilots bieden nuancering ten aanzien van stereotiepe beelden van mensen die zich op straat bevinden en een gevaar voor hun omgeving vormen: in de meerderheid van de situaties is de verwarde persoon in de eigen woning en - in twee van de drie bronnen die hierover informatie hebben - is er vaker een risico voor de persoon zelf dan gevaar voor anderen.

6.2 Beschikbaarheid van bronnen

In deze pilots is gebleken dat diverse bronnen beschikbaar zijn waarmee een beeld kan worden geschetst van personen met verward gedrag en van hun problematiek. Per bron is sprake van een beeld vanuit het perspectief van die bron, voor een deel van de groep personen met het verwarde gedrag, tijdens verschillende (kwetsbare) situaties in hun leven. De operationalisaties van verward gedrag verschillen daardoor ook per bron. Naar verwachting is er deels overlap tussen bronnen en vullen ze elkaar deels aan. Bij de regionale pilots bleek bovendien dat sommige bronnen registraties bevatten die gaan over personen met verward gedrag maar ook over personen die niet onder de definitie van verward gedrag worden bedoeld. Het is daarom noodzakelijk om afgewogen keuzes te maken over welke bronnen wel, en welke niet in de monitor te betrekken. In dit verkennend project is deze keuze gemaakt met behulp van een bronnenkaart en een set van selectiecriteria. Niet alle bronnen die mogelijk relevant waren, bijvoorbeeld verslavingszorg of huisartsenposten, spoedeisende hulpdiensten en de praktijkondersteuning voor de GGZ in de eerste lijn, konden binnen de beperkte kaders van het project betrokken worden. Dergelijke keuzes zullen om redenen van haalbaarheid altijd nodig blijven.

Het vraagstuk is daarom niet noodzakelijkerwijs OF er bronnen beschikbaar zijn, maar vooral HOE de keuze te maken (zie ook Bijlage H). Van belang is dan vooral dat het beredeneerde keuzes zijn. Wat de beste selectie is hangt zowel af van het doel van de monitor, als van de doelen van de betrokken regionale stakeholders. Uiteraard is ook de medewerking van de bronhouders noodzakelijk. Om te komen tot een voor alle partijen relevante monitor zouden deze partijen betrokken moeten worden bij het vaststellen van de gezamenlijke doelen en de bijbehorende selectiecriteria, het samenstellen van de bronnenkaart en de uiteindelijke selectie van bronnen.

Doordat een keuze uit bronnen gemaakt moet worden, is het geschetste beeld in deze rapportage nooit 'compleet'. Het beeld is echter wel gedifferentieerd doordat het de veelvormigheid van de regionale praktijk reflecteert. Er is dus een 'mozaïek' ontstaan dat de diversiteit van zowel



de personen met verward gedrag als de diversiteit in de zorg, preventie en handhaving weergeeft.

6.3 Bruikbaarheid van de verschillende bronnen

'met de context erbij wordt meten pas weten' (ervaringsdeskundige)

Alle in deze pilots gebruikte bronnen leverden voor monitoring nuttige informatie op. Er is gebruik gemaakt van bestaande bronnen, waarvoor het registreren van verward gedrag niet het hoofddoel is. De breedte van de definitie van personen met verward gedrag is dan ook niet voor elke bron even toepasselijk. De definitie wordt door de verschillende bronhouders verschillend geïnterpreteerd; verward gedrag is geen vast omschreven concept. Daarom zijn, zoals beschreven is in Hoofdstuk 2, samen met de bronhouders de meest optimale operationalisaties ontwikkeld, passend bij de bewuste bron. De meerwaarde hiervan is dat per bron meer specifieke uitspraken over aantallen en aard van het verwarde gedrag kunnen worden gedaan. Tegelijkertijd blijkt de operationalisatie voor geen enkele bron helemaal dekkend te zijn. Dat wil zeggen dat niet alle personen met verward gedrag erin zijn opgenomen, maar ook dat personen *zonder* verward gedrag soms wel worden meegenomen in de operationalisatie. Door de breedte van de definitie is het niet goed mogelijk vast te stellen in welke mate dit per bron aan de orde is.

Bij de interpretatie van de resultaten is daarom voorzichtigheid geboden. Het is van belang om de cijfers over personen met verward gedrag tussen de bronnen niet te vergelijken als ware het dezelfde entiteiten, én om in de beschrijving van de bevindingen de operationalisaties specifiek te benoemen zoals gedaan is in Hoofdstuk 3, 4 en 5.

Nog belangrijker om de resultaten goed te kunnen begrijpen is inzicht in context van het gedrag waar de registraties over gaan. In dit verkennend project is getest wat de bruikbaarheid is van vrije tekstvelden om tot aanvullende informatie te komen over de aard en achtergrond van het verwarde gedrag. Hoewel dit per bron kan verschillen biedt het zeker mogelijkheden. De tekstanalyses van de verschillende bronnen in deze pilots bieden elk waardevolle informatie die aanvullend is op de gestructureerde informatie uit die betreffende bron. De analyses van vrije tekstvelden laten zien wat er aan problematiek achter de registraties schuilgaat. De geautomatiseerde ontsluiting van deze informatie door middel van clusteranalyse levert geen eenduidige, maar elkaar overlappende clusters op en is voor deze bronnen minder bruikbaar. De vrije tekstvelden van de meeste bronnen bevatten voldoende relevante informatie om door middel van annoteren inzicht in mogelijk achterliggende problematiek en mogelijk risico op schade/letsel of gevaar te krijgen. De geannoteerde gegevens zijn vervolgens bruikbaar voor de verkenning van de mogelijkheden van een beschrijving van subgroepen per bron.

Een achterliggende vraag bij dit verkennende project was of het mogelijk was om op basis van de verschillende bronnen een of meerdere generieke indicatoren te ontwikkelen, dat wil zeggen indicatoren die op



dezelfde wijze bruikbaar zijn voor toepassing bij bronnen in andere regio's. Dit verkennend project heeft een beperkte set generieke indicatoren voor verward gedrag opgeleverd. Ten eerste zijn dit de indicatoren voor de landelijke databronnen: de BVH, BOPZ-Online en Leger des Heils, bijvoorbeeld de tien geselecteerde zorgproducten van het Leger des Heils. Daarnaast valt te denken aan indicatoren op basis van de gegevens van de RAV en de GGZ, die deels zijn gebaseerd op landelijke protocollen of afspraken.

Voor zowel de landelijke bronnen als de regionale bronnen geldt echter dat het generieke karakter van een indicator nog niet betekent dat de interpretatie van deze indicator per definitie hetzelfde kan zijn voor alle regio's. Door verschillen in regionale werkprocessen en organisatie van zorg is het vergelijken ervan tussen regio's niet eenvoudig en soms ook niet goed mogelijk. Een voorbeeld hiervan is dat de RAV in West-Brabant beschikt over gegevens die een indicatie geven van de aard van het verwarde gedrag, terwijl dit voor de RAV in Utrecht niet het geval is. Kennis over de regionale context en werkafspraken over de manier van registreren is dus onmisbaar voor een juist begrip van de betekenis van de resultaten. Dit betekent dat het belangrijk is om ook de regionale cijfers afkomstig van generieke indicatoren samen met de bronhouders en relevante stakeholders te duiden.

Haalbaarheid en uitvoerbaarheid

De regionale pilots hebben laten zien dat monitoring op de hier beschreven wijze grote zorgvuldigheid en hiermee samenhangende tijdsinvestering vraagt. Een belangrijk aspect daarbij is, naast het zorgen voor afstemming en samenwerking met bronhouders en andere gebruikers, de tijd en aandacht die nodig is om te voldoen aan de vereisten van de wetgeving rond de bescherming van de persoonlijke levenssfeer.

Voor de meeste bronnen is anonimiseren van gegevens nodig voordat zij kunnen worden overgedragen aan onderzoekers voor analyse voor een monitor. Per bron is er echter altijd sprake van maatwerk, omdat de bronnen qua vorm en omvang verschillen, verschillende doelen dienen en verschillende juridische grondslagen kennen. Voor elke bron was dus een eigen passende, en vaak pragmatische, werkwijze noodzakelijk. Dit bleken tijdrovende en complexe, onder meer juridische, processen. Het proces van dataontsluiting is tijdens het project gedocumenteerd en in kaart gebracht in een processchema dat ook voor andere regio's bruikbaar is (*Projectgroep, 2018b*). Daarmee kunnen deze processen in andere regio's, maar ook in de huidige regio's voor een eventuele tweede monitorronde sneller worden doorlopen.

Een ander aandachtspunt in dit verkennend project was de haalbaarheid en uitvoerbaarheid van de analyse van vrije tekstvelden. De vooraf voorgestelde opties om deze processen te bespoedigen, machine learning technieken zoals unsupervised clusteranalyses, bleken in de praktijk hier (nog) geen oplossing voor te bieden. Annotatie van de vrije tekstvelden was wel werkbaar. Bij annotatie van de vrije tekstvelden is een belangrijke randvoorwaarde dat de personen die deze annotatie uitvoeren voldoende inhoudelijke expertise hebben. Deze expertise betreft niet alleen het onderwerp verward gedrag, maar ook kennis van



de regionale dan wel lokale ketens in de zorg voor personen met verward gedrag. Immers, deze lokale context heeft consequenties voor hoe de tekstvelden van de registraties begrepen moeten worden. Daarnaast is het noodzakelijk om, ook waar het de annotatie en analyse van vrije tekstvelden betreft, de persoonlijke levenssfeer van de personen in de registraties te respecteren en beschermen, conform de AVG en eventueel andere relevante wetgeving, zoals bv. de WGBO of de Wet Politiegegevens.

Het voldoen aan deze randvoorwaarden evenals het annoteren zelf vereist een forse tijdsinvestering. Bij onvoldoende beschikbare tijd, na borging van AVG- en andere vereisten, is een optie om de annotatie uit te voeren op een steekproef van beperkte omvang. Het is dan niet meer mogelijk om frequenties van bepaalde problematiek te bepalen, maar wel om de verdiepende informatie op kwalitatieve manier te beschrijven.

6.4 Beleidsrelevante informatie

Het genuanceerde en gevarieerde beeld dat de toegepaste werkwijze in dit project oplevert laat de verschillende facetten van en perspectieven op 'personen met verward gedrag' zien. Dit kan meerwaarde hebben voor regionale partijen die betrokken zijn bij de zorg, preventie en handhaving. De resultaten kunnen deze partijen informatie en inspiratie bieden voor vernieuwing en verbetering van hun praktijk. Ook kunnen met de monitorresultaten specifieke risicogroepen of doelgroepen geïdentificeerd worden, waarnaar vervolgens aanvullend onderzoek kan worden gedaan.

Voor de bruikbaarheid voor regionale partijen is het van belang om in de toekomst zowel de bronhouders als overige gebruikers van de resultaten van de monitor al vooraf bij de monitor te betrekken. Bronhouders en andere gebruikers in de regio hebben verschillende taken; daarmee verschillen ook de verwachtingen die zij ten aanzien van de monitor hebben. Dit geldt evenzeer voor de mensen met verward gedrag en hun naasten, als ervaringsdeskundigen. Samen vaststellen van de focus van de monitor vergroot de meerwaarde voor deze gebruikers. Ook zou in samenspraak met deze gebruikers bepaald kunnen worden welke bronnen belangrijk zijn om hun vragen te kunnen beantwoorden. Ook tijdens de uitvoering is voortgaande betrokkenheid gewenst, zodat het voor gebruikers duidelijk wordt hoe de resultaten te interpreteren zijn. Een dergelijke werkwijze kan bovendien onderling begrip tussen deze gebruikers versterken. Bovendien kan het samenwerken aan een regionale monitor de bronhouders helpen om hun bronnen anders in te richten zodat deze bruikbaarder worden voor monitoring. Op die manier geven ze meer inzicht in de (ontwikkelingen van de) problematiek, zodat de preventie, ondersteuning en zorg hierop beter afgestemd kunnen worden.

6.5 Tot slot

De kracht van de in dit project geteste aanpak is vooral dat zichtbaar wordt dat spreken van 'de' groep mensen met verward gedrag geen recht doet aan de verscheidenheid rond verward gedrag en de achtergronden daarvan: 'de' persoon met verward gedrag bestaat niet. De brede definitie van personen met verward gedrag zoals gehanteerd



door het Schakelteam maakt het complex om een monitor te ontwikkelen voor personen met verward gedrag. Vanwege deze beperkte afbakening is de definitie in geen enkele bron direct en eenduidig toepasbaar of afleidbaar. Verward gedrag wordt mede bepaald door de context en wordt daarmee voor iedere bron op een andere wijze geoperationaliseerd. Ook daardoor kan er niet gesproken worden over 'de' groep personen met verward gedrag. De resultaten van de pilots laten zien dat de combinatie van analyse van gestructureerde velden en van vrije tekstvelden een rijk beeld van en aanvullend inzicht biedt in de verschillende soorten problematiek die een rol spelen bij (het ontstaan van) de verschillende uitingen van verward gedrag.

Bij aanvang van het project was het de bedoeling dezelfde vragen te beantwoorden voor iedere bron. Gebleken is echter dat dit, omdat bronnen onderling zo verschillen, niet altijd haalbaar, maar ook niet nuttig is. Registraties over incidenten zoals beschreven in de BVH en registraties vanuit een langdurig zorgtraject zijn bijvoorbeeld te verschillend om op eenzelfde manier te interpreteren. Realistischer is het om te starten met het bepalen van de kennisbehoeften in een regio en vervolgens per bron te bekijken welk informatie specifiek voor die bron het meest relevant is om bij te dragen aan het invullen van deze kennisbehoeften. Door alle resultaten bij elkaar te brengen wordt dan het mozaïek compleet. Zo ontstaan relevante aanknopingspunten voor een passende aanpak vanuit regionale behoeften. Het is mogelijk dat de informatieve waarde en relevantie van een monitor groter is als deze zicht biedt op de overlap tussen bronnen in hun registraties over personen met verward gedrag. Dit vereist koppeling van gegevens over personen; dat was in dit project niet mogelijk. Een dergelijke koppeling, die uiteraard 'AVG-proof' moet worden uitgevoerd, is zeker nodig voor verdiepend onderzoek, om meer te weten over hoe het na de registratie verder gaat met de betreffende personen.

Een vraag van ZonMw bij deze pilots was om te bezien of het mogelijk zou zijn met de aanpak zoals in dit rapport geschetst, een landelijke kwantitatieve monitor te ontwikkelen. De verschillen tussen regio's, bijvoorbeeld demografisch, sociaaleconomisch en qua organisatie van de preventie, zorg en handhaving rond personen met verward gedrag, en verschillen tussen regionaal beschikbare bronnen maken dit lastig (zie 6.4). Er bestaan weliswaar enkele landelijke databronnen, maar hiermee kan slechts een incompleet beeld worden verkregen. En omdat bij deze bronnen, door hun verschillende regionale context, ook mogelijk verschillend geregistreerd wordt, kan dit tot onvergelykbare informatie leiden. Daarnaast is het nog de vraag of het mogelijk is om gemeenschappelijke, landelijke operationalisaties en landelijke indicatoren te ontwikkelen, zonder de relevantie voor regionale stakeholders te verliezen. Een optie is wel, te onderzoeken of kwalitatieve monitoring, gericht op een beschrijving van de situaties met betrekking tot personen met verward gedrag in de diverse regio's, een mogelijkheid is.

De ervaringen die zijn opgedaan in de regionale pilots laten zien hoe belangrijk het is om alle relevante partijen zoals overheden, maatschappelijke organisaties, zorgaanbieders te betrekken bij voorbereiding en uitvoering van monitoractiviteiten. Dit geldt zowel voor



het effectief verzamelen en analyseren van de gegevens als voor het begrijpen van de resultaten. Minstens zo belangrijk is de betrokkenheid van de doelgroep zelf. Monitoren kan leiden tot systeemdenken waardoor de menselijke factor uit beeld lijkt te verdwijnen. De ervaringsdeskundigen bieden tegenwicht en zijn een belangrijke aanvullende bron van kennis en reflectie, bijvoorbeeld over de maatschappelijke achtergronden van verward gedrag vanuit het perspectief van de cliënt. Ook kunnen zij bijdragen aan het verhelderen van operationalisaties bijvoorbeeld door het bijstellen van stereotiepe beeldvorming waarbij verward gedrag gelijkgesteld wordt aan het hebben van een psychische aandoening. Ofwel, zoals een ervaringsdeskundige stelde bij lezing van de conceptversie van deze rapportage: "Ik zou wel willen opperen dat de werkelijke bronhouder de cliënten en hun netwerk zijn".



7 Referenties

- Aedes (2017). Personen met verward gedrag. Geraadpleegd d.d. 16-12-2018:
<https://dkvwg750av2j6.cloudfront.net/m/1e61041737161860/original/Aedes-Corporatiemonitor-personen-met-verward-gedrag.pdf>
- Broer, J., Mooi, F., Quak, J., Mulder, C.L. (2018). Stijging van BOPZ-maatregelen en dwangopnames in de ggz. Ontwikkelingen in Nederland in de periode 2003-2017. Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde; 162: D2454.
- Centraal Bureau voor de Statistiek, bewerkt door RIVM (2018). Tabel AB_DoSMRPeriode_Kennisnet. Geraadpleegd d.d. 16-12-2018:
<https://www.ggdghor.nl/>
- Centraal Bureau voor de Statistiek (2017). Bevolking op 1 januari en gemiddeld; geslacht, leeftijd en regio. Geraadpleegd d.d. 16-12-2018:
<http://statline.cbs.nl/Statweb/publication/?DM=SLNL&PA=03759NE&D&D1=0&D2=0&D3=a&D4=0&D5=58,77,99,128,167,224,257,268,316,509,584,646,653,707,801,834,842,870&D6=29&HDR=T,G2&S&TB=G3,G1,G4,G5&VW=T>
- Centraal Bureau voor de Statistiek (2017). Arbeidsdeelname en werkloosheid per maand. Geraadpleegd d.d. 16-12-2018:
www.statline.cbs.nl
- Centraal Bureau voor de Statistiek, bewerkt door RIVM. (2017). Sterfte door zelfdoding per GGD regio (2013-2016). Geraadpleegd d.d. 16-12-2018:
<https://www.volksgezondheinzorg.info/onderwerp/sterfte-naar-doodsoorzaak/regionaal-internationaal/niet-natuurlijk#node-sterfte-door-zelfdoding-ggd-regio>
- GGD regio Utrecht (2016). Gezondheidsmonitor volwassenen en ouderen. Geraadpleegd d.d. 16-12-2018:
<https://ggdru.buurtmonitor.nl/>
- GGD West-Brabant (2016). Gezondheidsmonitor volwassenen en ouderen. Geraadpleegd d.d. 16-12-2018:
<https://brabantscan.nl/dashboard>
- Hoek, M.H., Braam, A.W. (2017). Knooppunt psychiatrische crisisdienst: evaluatie van patiëntenstromen. Tijdschrift voor Psychiatrie 59 (7), 396-405.
- Hoekstra R.J. (2018). Tussenrapportage over de naleving en uitvoering van verbetermaatregelen naar aanleiding van het onderzoek naar de zaak-Bart van U. Tweede Kamer der Staten-Generaal Kamerstuk 32399-88.
- Jongeneel, M., Raaijmakers, L.G.M. (2016). Groeiende bezorgdheid om verwarde personen. De problematiek, uitdagingen en veranderingsmogelijkheden in de (crisis)zorg in West-Brabant. Breda: GGD West-Brabant.
- Koekkoek, B. (2017). De toename van 'verwarde personen'-meldingen: kwantitatieve analyse van een openbare orde en public health-probleem. Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen, 95(6), 264-272.
- Kuppens, J., van Wijk, A., van Ham, T., Jager, D. (2016). Stijging meldingen verwarde personen in de regio Rotterdam; een



- onderzoek naar onderbouwde verklaringen en wenselijke oplossingen. Arnhem: Bureau Beke.
- Leger des Heils (2015). Verwarde mensen op straat. Geraadpleegd d.d. 16-12-2018:
https://issuu.com/legerdesheils/docs/rapport_verwarde_mensen-web
- NIVEL (2018). Aantal contacten van mensen met verward gedrag met de huisartsenpost blijft gelijk | NIVEL Geraadpleegd d.d. 16-12-2018:
www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/verward_gedrag_huisartsenposten.pdf
- van Os, J., Kapur, S. (2010). Psychose: van diagnose tot syndroom. Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde; 154:A1874.
- Planije, M., van Hoof, F. (2016). Verwarde mensen of mensen met een acute zorgnood. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Projectgroep RIVM, Trimbos-instituut, GGD regio Utrecht, GGD West-Brabant, De Praktijk Index (2018a). Verward gedrag nader bekeken: analyse van E33 en E14 meldingen in de politieregistratie. Bilthoven: RIVM.
- Projectgroep, RIVM, Trimbos-instituut, GGD regio Utrecht, GGD West-Brabant, De Praktijk Index (2018b). Leerdokument Project Kwantitatieve monitor personen met verward gedrag; deel II: pilot jaar 2018; gereed voor webpublicatie.
- Schakelteam Personen met verward gedrag (2016). Niemand tussen wal en schip. Schakelprogramma. Den Haag: Ministerie van VWS, Ministerie van VenJ, VNG.
- Schakelteam Personen met verward gedrag (2017). Niemand tussen wal en schip: onverminderd urgent. Tussentijdse rapportage Schakelteam voor personen met verward gedrag. Den Haag: VNG.
- Schakelteam Personen met verward gedrag (2018a). Op weg naar een persoonsgerichte aanpak; Eindrapportage Schakelteam voor personen met verward gedrag. Den Haag: VNG.
- Schakelteam Personen met verward gedrag (2018b). Tussenbericht aanpak verward gedrag: 'Weerbarstige werkelijkheid'. Den Haag: VNG.
- Significant (2017). Monitorrapportage 'stand van het land' goed werkende aanpak personen met verward gedrag. Geraadpleegd d.d. 16-12-2018: <https://vng.nl/files/vng/publicaties/2017/20171005-pmvg-monitorrapportage-v4okt.pdf>
- Significant (2018). Monitorrapportage gemeentelijke aanpak verward gedrag. Geraadpleegd d.d. 16-12-2018:
<https://vng.nl/onderwerpenindex/maatschappelijke-ondersteuning/publicaties/monitorrapportage-gemeentelijke-aanpak-verward-gedrag>
- Vektis (2016). Gedeclareerde GGZ-zorgdata. Geraadpleegd d.d.16-12-2018: www.waarstaatjegemeente.nl.



8 Afkortingen

ACT	Assertive Community Treatment
AMW	Algemeen Maatschappelijk Werk
AVG	Algemene Verordening Gegevensbescherming
BVH	Basisvoorziening Handhaving
BOPZ	Bijzondere Opnemingen in Psychiatrische Ziekenhuizen
CBS	Centraal Bureau voor de Statistiek
CMW	Crisisdienst Maatschappelijk Werk
DBC	Diagnose Behandel Combinatie
EH	Eerste Hulp
GEB	Gegevensbeschermingseffectbeoordeling
GGDrU	GGD regio Utrecht
GGZ	Geestelijke Gezondheidszorg
IBS	Inbewaringstelling
IMW	Instituut voor Maatschappelijk Welzijn
LdH	Leger des Heils
MASS	Maatschappelijk Steunsysteem
MBZ&O	Meldpunt Bijzondere Zorg & Overlast
OGGZ	Openbare Geestelijke Gezondheidszorg
RAV MWB	Regionale Ambulance Voorziening Midden- en West-Brabant
RAVU	Regionale Ambulance Voorziening Utrecht
RM	Rechterlijke Machtiging
WHP	Woon hygiënische problematiek
Wmo	Wet maatschappelijke ondersteuning
ViA	Voorkomen huisuitzetting
Z&O	Zorg & Overlast





Bijlage A Bronnenkaart regio Utrecht

		Regio Amersfoort	Regio Utrecht	Regio FoodValley Utrecht
Meldkamers/Meldpunten/Meldtelefoons				
Meldkamer regio Midden-Nederland (brandweer, politie, GHOR)				
Meldpunt Zorg & Overlast				
Meld- en actiepunt Utrecht				
Meldpunt Bijzondere Zorg en Overlast				
Meldpunt Veilig Thuis				
Meldpunt 24uursopvang/beschermd wonen Utrecht				
Meldpunt onverzekerden				
Politie				
Politie (Incidenten, delicten)				
Vervoer				
RAV Utrecht				
GGZ Crisisdienst				
Altrecht				
GGZ Centraal				
Pro Persona				
Zorg				
Inforsa (forensische ambulante zorg)				
Jellinek (verslavingszorg)				
Opvang/Begeleiding				
Leger des Heils (MO, begeleiding)				
Kwintes (MO, begeleiding)				
Stichting De Tussenvoorziening (MO, begeleiding)				
Stadsteam herstel Utrecht (begeleiding)				
U-centraal (welzijnsorganisatie)				
Catherijnehuis (AMW)				
Careyn (AMW)				
Lister (AMW)				
Movactor (AMW)				
De schuilplaats (AMW)				



		Regio Amersfoort	Regio Utrecht	Regio FoodValley Utrecht
Vitras (AMW)				
Abrona (hulp verstandelijke beperking)				
Casusoverleg Multiproblem Utrecht				
Sociale wijkteams/ buurtteams				
Overig				
BOPZ-Online				
Woningbouwcoöperaties				
Veiligheidshuis regio Utrecht				
Primair Huisartsenpost (Amersfoort, Houten, Nieuwegein, Leidsche Rijn, Utrecht, Zeist)				
Huisartsenposten buiten regio (Barneveld, Blaricum, Hilversum, Ede)				
Huisartsen (geïntegreerde eerstelijnszorg)				
SEH St. Antonius Nieuwegein				
SEH St. Antonius Woerden				
SEH St. Antonius Leidsche Rijn				
SEH Diak Utrecht				
SEH Diak Zeist				
SEH UMCU				
SEH Meander Amersfoort				
Clëntenvertegenwoordigers				
Zorgverzekeraars				



Bijlage B Bronnenkaart regio West-Brabant

	Aalburg	Alphen-Chaam	Baarle Nassau	Bergen op Zoom	Breda	Drimmelen	Etten Leur	Geertruidenberg	Halderberge	Moerdijk	Oosterhout	Roosendaal	Rucphen	Steenbergen	Werkendam	Woensdrecht	Woudrichem	Zundert
Meldkamers/Meldpunten/Meldtelefoons	Gemeenschappelijke meldkamer veiligheidsregio MWB (politie, brandweer, GHOR)																	
	Meldpunt Zorg en Overlast GGD West-Brabant																	
	Meldpunt Veilig Thuis																	
	Lokale meldpunten voor centrale toegang/wmo (nog uitzoeken welke)																	
Politie	Politie (Incidenten, delicten)																	
Vervoer	RAV West-Brabant																	
Crisisdiensten	GGZ Westelijk Noord-Brabant																	
	GGZ Breburg																	
	Crisisdienst Maatschappelijk Werk																	
Opvang/Begeleiding	Leger des Heils																	
	Maatschappelijke opvang SMO Breda																	
	Maatschappelijke opvang WijZijn Traverse Groep																	
	Maatschappelijk werk IMW																	
	Maatschappelijk werk Surplus																	
	Maatschappelijk werk WijZijn																	
Overig	Veiligheidshuis De Markiezen																	
	Veiligheidshuis De Baronie																	
	Huisartsen/HAP																	
	SEH ziekenhuizen (SPOR)																	
	Woningbouwcoöperatie (Stadlander, Thuisvester, Allee Wonen, Klik voor wonen)																	



Bijlage C Voorbeeld van een annotatieset; CMW

Annotatie schema CMW data

A) MATE VAN 'ACUUTHEID'

- 99 niet vast te stellen
- 0 niet acuut
- 1 acuut

acuut = Er moet op zeer korte termijn actie / ingrijpen plaatsvinden ivm (dreigende) escalatie van de situatie, zoals bij huisuitzetting zonder alternatief, een onveilige situatie voor thuiswonende minderjarige kinderen, dreigend gevaar voor suicide / letsel etc.

niet acuut = Alle andere gevallen waarbij actie / ingrijpen niet op zeer korte termijn nodig is.

B) INDICATIE VAN MATE VAN GEVAAR OF OVERLAST

- Geen directe overlast of gevaar (7.1)
- Enige overlast (7.2)
- Ernstige overlast / gevaar / schade (7.3, 7.4, 7.5, 7.6, 7.7, 7.8, 7.9)
-

Van welk risico op schade of letsel is er sprake bij het incident / welk risico/schade is af te leiden van het gedrag dat aanleiding vormde voor de melding?

- 7.1 **Geen directe overlast of gevaar** voor omgeving of voor de persoon zelf
- 7.2 **Enige overlast (stank, geluid, hinder)**, maar zonder gevaar of schade voor anderen of persoon zelf
- 7.3 Gevaar of schade voor de algemene veiligheid van personen of goederen
- 7.4 Gevaar of schade voor de veiligheid **van betrokkene zelf**
- 7.5 Gevaar of schade voor de **psychische gezondheid van een** ander en of (risico dat) betrokkene een ander die aan zijn zorg is toevertrouwd, zal verwaarlozen.
- 7.6 Gevaar dat betrokkene een ander **van het leven zal beroven of hem ernstig letsel** zal toebrengen
- 7.7 Risico dat betrokkene maatschappelijk ten onder gaat / (Risico ontstaat dat) betrokkene zichzelf ernstig zal verwaarlozen
- 7.8 Risico dat betrokkene, door zijn (hinderlijk?) gedrag, **agressie van anderen tegen zichzelf** zal oproepen
- 7.9 Risico dat betrokkene zich van het leven zal beroven of zichzelf ernstig letsel zal toebrengen



C) VOORGESCHIEDENIS/HERKOMST

1. zorgdomein is niet af te leiden
2. vanuit GGZ (crisisdienst)/SPOR
3. Vanuit maatschappelijk werk (IMW, MEE, Superplus)
4. Vanuit veilig thuis/ steunpunt huiselijk geweld
5. Vanuit politie
6. Vanuit de HAP/SEH
7. Vanuit jeugdzorg
8. Vanuit thuiszorg
9. Vanuit overige instanties

Dit is te vereenvoudigen tot:

- 99 niet af te leiden
- 0 niet eerder in beeld bij hulpverlening
- 1 Wel eerder in beeld bij hulpverlening

D) PLEK WAAR PROBLEMATIEK ZICH MANIFESTEERT (OPENBARE RUIMTE / WONING / INSTELLING)

1. in en rond woning
2. instelling/verpleeghuis
3. in openbare ruimte

E) BESTEMMING

1. Doorverwezen naar maatschappelijk werk (IMW, MEE, Surplus)
2. Doorverwezen naar Veilig Thuis
3. Doorverwezen naar Doorgangshuis
4. Doorverwezen naar hulpofficier van justitie/ huisverbod politie
5. Doorverwezen naar GGZ (crisisdienst)/SPOR
6. Doorverwezen naar Vrouwenhulpverlening
7. Tijdelijk onderdak elders geregeld (pension, familie)
8. Anders...



Bijlage D Tabellenboek regio Utrecht

		Politie						RAVU						GGZ Altrecht						meet maanden			
		2015		2016		2017		2014		2016		2017		2015		2016		2017		N		%	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Registraties	Totaal	4442		5474		6292		1698		2671		2794		2883		2823		2835		1157			
	niet te herleiden tot unieke personen	1072	24,1	1391	25,4	1511	24,0																
	te herleiden tot unieke personen	3370	75,9	4083	74,6	4781	76,0																
Uniek persoon	Totaal	2255		2538		2801		1481		2414		2498		2467		2404		2436					
Geslacht	mannen	1372	60,9	1508	59,5	1707	61,0	642	43,3	988	40,9	1029	41,2	1243	50,4	1177	49,0	1263	51,8	604	52,2		
	vrouwen	880	39,1	1027	40,5	1091	39,0	839	56,7	1425	59,1	1467	58,8	1224	49,6	1227	51,0	1173	48,2	553	47,8		
	gezin/echtbaar																						
	onbekend	3		3		3				1		2											
Leeftijd	0-17 jaar	113	5,0	137	5,4	133	4,8	72	4,9	149	6,2	184	7,4	*									
	18-35 jaar	597	26,5	689	27,2	765	27,3	457	30,9	808	33,5	861	34,5	1055	42,8	947	39,4	1014	41,6	492	42,5		
	35-49 jaar	632	28,0	728	28,7	779	27,8	415	28,1	642	26,6	615	24,6	653	26,5	649	27,0	648	26,6	336	29,0		
	50-64 jaar	511	22,7	501	19,8	568	20,3	314	21,2	475	19,7	463	18,5	501	20,3	543	22,6	494	20,3	222	19,2		
	65-74 jaar	147	6,5	187	7,4	236	8,4	105	7,1	176	7,3	198	7,9	135	5,5	155	6,4	167	6,9	47	4,1		
	75+	254	11,3	291	11,5	317	11,3	115	7,8	161	6,7	177	7,1	123	5,0	110	4,6	113	4,6	60	5,2		
	onbekend	1		5		3		3		3		0											

* Wegens technische beperkingen was het niet mogelijk om de crisis-dbc's van personen onder de 18 jaar uit het registratiesysteem van Altrecht te ontsluiten.

** De geselecteerde zorgproducten zijn alleen gericht op volwassenen (≥18jaar).

*** Uit deze registratie is het niet mogelijk om het aantal eerder en niet eerder geregistreerde personen te berekenen.

**** Voor de RAVU en LdH geldt meer dan 3 registraties.



	2015		Politie				2014		RAVU				2015		GGZ Altrecht				meet maanden	
	N	%	2016		2017		N	%	2016		2017		N	%	2016		2017		N	%
			N	%	N	%			N	%	N	%			N	%	N	%		
Niet eerder geregistreerd persoon	1574	69,8	1744	68,7	1924	68,7	1264	85,3	2190	90,7	2236	89,5	1963	79,6	1935	80,5	1946	79,9		
Eerder geregistreerd persoon	681	30,2	794	31,3	877	31,3	217	14,7	224	9,3	262	10,5	504	20,4	469	19,5	490	20,1		
Frequentie per bekend persoon																				
1 registratie	149	21,9	136	17,1	144	16,4	68	31,3	59	26,3	87	33,2	172	34,1	149	31,8	183	37,3		
2 registraties	312	45,8	356	44,8	385	43,9	127	58,5	142	63,4	150	57,3	264	52,4	249	53,1	246	50,2		
3 registraties	101	14,8	136	17,1	148	16,9	17	7,8	13	5,8	11	4,2	54	10,7	49	10,4	41	8,4		
4 registraties****	43	6,3	61	7,7	51	5,8	5	2,3	10	4,5	14	5,3	14	2,8	22	4,7	20	4,1		
5 registraties	66	9,7	87	11,0	118	13,5														
>5 registraties	10	1,5	18	2,3	31	3,5														
Interval per bekend persoon																				
0 dagen	131	19,2	161	20,3	224	25,5	14	5,8	16	6,4	17	5,9								
1 dag	32	4,7	36	4,5	47	5,4	19	7,9	12	4,8	16	5,5	20	4,0	26	5,5	24	4,9		
2-7 dagen	72	10,6	104	13,1	110	12,5	18	7,5	25	10,0	38	13,1	7	1,4	9	1,9	9	1,8		
8-30 dagen	128	18,8	127	16,0	140	16,0	46	19,2	37	14,9	37	12,8	50	9,9	35	7,5	44	9,0		
31-90 dagen	108	15,9	144	18,1	131	14,9	44	18,3	57	22,9	52	17,9	162	32,1	148	31,6	150	30,6		
91-365 dagen	210	30,8	222	28,0	225	25,7	76	31,7	77	30,9	102	35,2	265	52,6	251	53,5	263	53,7		

* Wegens technische beperkingen was het niet mogelijk om de crisis-dbc's van personen onder de 18 jaar uit het registratiesysteem van Altrecht te ontsluiten.

** De geselecteerde zorgproducten zijn alleen gericht op volwassenen (≥18jaar).

*** Uit deze registratie is het niet mogelijk om het aantal eerder en niet eerder geregistreerde personen te berekenen.

**** Voor de RAVU en LdH geldt meer dan 3 registraties.



		LDH				GGD							
		2016		2017		2014		2015		2016		2017	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Registraties	Totaal	909		1027		1004		672		524		465	
	niet te herleiden tot unieke personen												
	te herleiden tot unieke personen												
Uniek persoon	Totaal	834		983		808		561		432		413	
Geslacht	mannen	593	71,1	663	67,5	452	56,4	304	54,9	234	55,8	207	54,5
	vrouwen	241	28,9	319	32,5	335	41,8	240	43,3	181	43,2	167	43,9
	gezin/echtpaar					14	1,7	10	1,8	4	1,0	6	1,6
	onbekend			1		7		7		13		33	
Leeftijd	0-17 jaar	**				7	1,0	7	1,5	3	0,9	7	2,4
	18-35 jaar	147	17,6	213	21,7	157	21,6	88	18,4	57	16,2	42	14,6
	35-49 jaar	220	26,4	234	23,9	208	28,7	147	30,7	104	29,5	76	26,5
	50-64 jaar	252	30,3	247	25,2	206	28,4	144	30,1	99	28,1	88	30,7
	65-74 jaar	77	9,2	103	10,5	82	11,3	57	11,9	54	15,3	40	13,9
	75+	137	16,4	183	18,7	66	9,1	36	7,5	35	9,9	34	11,8
	onbekend	1		3		82		82		80		126	
	Niet eerder geregistreerd persoon	***				***							
	Eerder geregistreerd persoon												
Frequentie per bekend persoon	1 registratie												
	2 registraties												
	3 registraties												
	4 registraties****												
	5 registraties												
	>5 registraties												
Interval per bekend persoon	0 dagen												
	1 dag												
	2-7 dagen												
	8-30 dagen												
	31-90 dagen												
	91-365 dagen												

* Wegens technische beperkingen was het niet mogelijk om de crisis-dbc's van personen onder de 18 jaar uit het registratiesysteem van Altrecht te ontsluiten.

** De geselecteerde zorgproducten zijn alleen gericht op volwassenen (≥18jaar).

*** Uit deze registratie is het niet mogelijk om het aantal eerder en niet eerder geregistreerde personen te berekenen.

**** Voor de RAVU en LdH geldt meer dan 3 registraties.



Politie		2015		2016		2017	
		N	%	N	%	N	%
Locatie incident	In en rond de woning	2000	44,2	2418	45,0	2745	48,1
	Openbare ruimte: buiten/straat	1659	38,0	2078	37,3	2451	35,7
	Openbare ruimte: gebouw/winkel	646	14,1	771	14,6	899	13,1
	Instelling	137	3,8	207	3,1	197	3,1
Meldcode	E33	4242	95,5	5268	96,2	6031	95,9
	E14	200	4,5	206	3,8	261	4,1

RAVU		2014		2016		2017	
		N	%	N	%	N	%
Bezorgobject	GGZ	129	7,6	197	7,4	127	4,5
	Psychiatrisch ziekenhuis	186	11,0	52	1,9	37	1,3
	Algemeen ziekenhuis	645	38,0	773	28,9	708	25,3
	Overig	8	0,5	15	0,6	13	0,5
	Eerste Hulp/geen vervoer	730	43,0	1634	61,2	1909	68,3
Type A-rit	A1-rit	829	28,9	1609	43,9	1799	51,8
	A2-rit	869	30,3	1062	29,0	995	28,7
Type voertuig	Ambulance	1472	86,7	2287	85,6	2357	84,4
	Rapid responder	226	13,3	384	14,4	437	15,6



GGZ Altrecht		2015		2016		2017		meet maanden	
		N	%	N	%	N	%	N	%
Melder	Politie							284	25
	Huisarts							333	29
	HAP							131	11
	Ziekenhuis/SEH							120	10
	GGZ							142	12
	Patiënt zelf							47	4
	Anders/ onbekend							100	9
Bekend bij Altrecht bij aanvang crisis	In zorg	947	38,4	922	38,4	831	34,1		
	Op wachtlijst	345	14,0	389	16,2	434	17,8		
	Nog niet bekend	1175	47,6	1093	45,5	1171	48,1		
Aanmeldreden	Suïcidaliteit							500	43
	Agressie							92	8
	Crisis externaliserend							259	22
	Crisis internaliserend							88	8
	Overig							218	19
Medische diagnose	Cognitief							46	4
	Psychose							243	21
	Depressie							255	22
	Manie							69	6
	Angst							104	9
	Aanpassingsstoornis							104	9
	Middelengebruik							150	13
	Impulsbeheersing							35	3
	Anders/ onbekend							150	19
10 dagen na crisis-dbc	In zorg bij Altrecht	1705	69,1	1657	68,9	1590	65,3		
	<i>forensisch ACT team</i>	97	5,7	77	4,6	61	3,8		
	<i>acute psychiatrie</i>	398	23,3	366	22,1	360	22,6		
	<i>team met crisis voorkomende functie</i>	273	16,0	312	18,8	332	20,9		
	<i>team zonder crisis voorkomende functie</i>	937	55,0	902	54,4	837	52,6		
	Niet in zorg bij Altrecht	1178		1166		1245			
	Opname onvrijwillig							168	49
	Opname vrijwillig							172	51



Leger des Heils		2016		2017	
		N	%	N	%
Reden van beëindiging	Ander product binnen Leger des Heils	28	5,6	36	6,1
	Beëindigd volgens plan	241	48,6	282	48,0
	Cliënt overleden	63	12,7	77	13,1
	Conversie/Systeem	3	0,6	0	0,0
	Voortijdig afgesloten: eenzijdig door de aanbieder	27	5,4	43	7,3
	Voortijdig afgesloten: eenzijdig door de cliënt	62	12,5	61	10,4
	Voortijdig afgesloten: in overeenstemming	50	10,1	69	11,8
	Voortijdig afgesloten: wegens externe omstandigheden	22	4,4	19	3,2
	Type zorgproduct	Domus (begeleid wonen voor verslaafde mensen)	86	9,5	99
Domus-plus (idem specifiek gericht op zorgmijdende cliënten)		19	2,1	47	4,6
Herstart (kortdurende opvang voor volwassenen)		70	7,7	99	9,6
Hier en Nu* (dagopvang)		4	0,4	1	0,1
Huis en Haard-p (beschermd wonen voor dak- en thuislozen middelenvrij)		194	21,3	287	27,9
In Balans (permanente woonbegeleiding)		354	38,9	323	31,5
Ommakeer* (begeleiden en behandelen van langdurig verslaafde mensen)		1	0,1	5	0,5
Uit en Thuis* (groepsbegeleiding voor thuiswonende cliënten)		11	1,2	25	2,4
Van de Straat (nachttopvang)		132	14,5	154	15,0
Vast en Verder* (woontrainingsprogramma voor dak- en thuisloze jongeren)		20	2,2	42	4,1

*Registratie van dit product is beperkt, wegens type product en manier van financiering



De Alliantie		2017	
		N	%
Uniek persoon	Totaal	60	
Geslacht	Man	36	60,0
	Vrouw	14	23,3
Leeftijd	gezin/echtpaar	10	16,7
	<29	8	13,3
	29-44 jaar	14	23,3
	45-59 jaar	27	45,0
	60-74 jaar	10	16,7
	75+	1	1,7
Uiteindelijke status/ overlast gestopt	Ja, want verhuisd	18	30,0
	<i>hiervan gedwongen huuropzegging</i>	11	18,3
	<i>hiervan gedwongen huisuitzetting</i>	6	10,0
	Ja, want overleden	3	5,0
	Ja, want opgenomen	2	3,3
	Ja, want gestopt	17	28,3
Nee	20	33,3	
Kern van het gedrag	Psychiatrie	43	71,7
	Overlast	21	35,0
	Zorgmijder	11	18,3
	Verslaving (alcohol/drugs)	10	16,7
	Vervuiling/verwaarlozing	3	5,0
	Agressief/gevaarlijk	9	15,0
	Schulden/huurachterstand	3	5,0
	Lichte verstandelijk beperking	1	1,7
	Overig	2	3,3



GGD		2014		2015		2016		2017	
		N	%	N	%	N	%	N	%
Niet eerder geregistreerd persoon	Meldpunt			269	82,0	195	84,4	194	91,5
	WHP en/of ViA			185	89,4	150	89,8	127	94,1
Eerder geregistreerd persoon	Meldpunt			59	18,0	36	15,6	18	8,5
	WHP en/of ViA			22	10,6	17	10,2	8	5,9
Melder	Burger	153	15,2	138	20,5	107	20,4	110	23,7
	Wijkteam	32	3,2	88	13,1	134	25,6	102	21,9
	Huisvesting	227	22,6	127	18,9	69	13,2	64	13,8
	Justitie	220	21,9	107	15,9	68	13,0	64	13,8
	Hulpverlening rond werken en inkomen	116	11,6	85	12,6	46	8,8	37	8,0
	Zorginstanties	256	25,5	127	18,9	100	19,1	88	18,9
Bekend bij instantie	Ja	243	24,2	445	66,2	318	60,7	320	68,8
	Nee	761	75,8	227	33,8	206	39,3	145	31,2
Interventie meldpunt	Advies aan derden	6	0,9	27	7,4	0	0,0	89	39,7
	Melding WHP	45	7,0	39	10,6	16	6,3	18	8,0
	Toeleiding bemoeizorg	275	42,7	132	36,0	73	28,5	99	44,2
	Fysieke ondersteuning wijkteam/sociaal team	0	0,0	29	7,9	21	8,2	6	2,7
	Niet doorverwezen, reeds in zorg	86	13,4	52	14,2	50	19,5	0	0,0
	Anders	24	3,7	18	4,9	17	6,6	12	5,4
	Geen	208	32,3	70	19,1	57	22,3	0	0,0
Interventie ViA	Niet gestart	52	49,1	36	36,4	36	50,0	16	51,6
	Alleen Intake en/of plan van aanpak	0	0,0	0	0,0	5	6,9	2	6,5
	Niet succesvol gesloten	10	9,4	14	14,1	4	5,6	4	12,9
	Succesvol gesloten	44	41,5	49	49,5	27	37,5	9	29,0
Interventie WHP	Geen/geen contact	0	0,0	18	17,3	7	7,1	1	1,3
	Niet schoon zonder nazorg	4	11,4	9	8,7	8	8,2	7	8,9
	Niet schoon met nazorg	4	11,4	19	18,3	26	26,5	15	19,0
	Schoon met nazorg	17	48,6	39	37,5	42	42,9	44	55,7
	Schoon zonder nazorg	5	14,3	17	16,3	12	12,2	8	10,1
	Anders	5	14,3	4	3,8	3	3,1	4	5,1
Problematiek	Financiën	354	20,8	274	18,7	167	15,9	101	21,7
	Huisvesting	66	3,9	145	9,9	88	8,4	87	18,7
	Justitie	24	1,4	16	1,1	17	1,6	10	2,2
	Overlast	32	1,9	28	1,9	17	1,6	63	13,5
	Psychiatrie	298	17,5	82	5,6	46	4,4	123	26,5
	Psychisch	111	6,5	292	19,9	217	20,6	145	31,2
	Sociaal	339	19,9	259	17,7	194	18,5	168	36,1
	Somatiek	57	3,3	73	5,0	58	5,5	106	22,8
	Verslaving	42	2,5	83	5,7	72	6,9	50	10,8
	Verstandelijke beperking	57	3,3	14	1,0	16	1,5	22	4,7
	Woningvervuiling	287	16,8	116	7,9	112	10,7	159	34,2
	Opvoedproblemen	28	1,6	27	1,8	9	0,9	24	5,2
	Huiselijk geweld/ relationele sfeer	11	0,6	56	3,8	38	3,6	32	6,9



Bijlage E Tabellenboek regio West-Brabant

		Meldpunt Z&O	RAV						AMW	Crisisdienst buiten kantoortijd	
		2017		2015		2016		2017		2017	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Registraties	Totaal	788		758		993		1317		203	157
	Registratie niet te herleiden tot identificeerbare personen										
	Registratie met identificeerbare personen										
Uniek persoon	Totaal	755		656		855		1139		197	
Geslacht	Man	465	61,6	268	40,9	336	39,3	461	40,5	106	54,1
	Vrouw	290	38,4	388	59,1	519	60,7	678	59,5	90	45,9
Leeftijd	0-18 jaar*	7	0,9	50	7,6	82	9,6	88	7,7	1	0,5
	19-34 jaar**	194	25,9	187	28,5	251	29,4	379	33,3	75	38,9
	35-49 jaar	227	30,3	202	30,8	216	25,3	265	23,3	50	25,9
	50-64 jaar	190	25,3	116	17,7	172	20,1	233	20,5	46	23,8
	65-74 jaar	73	9,7	51	7,8	71	8,3	88	7,7	16	8,3
	75+ jaar	59	7,9	49	7,5	63	7,4	86	7,6	5	2,6



		Meldpunt Z&O		RAV				AMW		Crisisdienst buiten kantoor tijd	
		2017		2015		2016		2017		2017	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Niet eerder geregistreerd persoon				681	93,4	863	91,3	1152	91,4		
Eerder geregistreerd persoon				48	6,9	82	7,1	108	8,6		
Frequentie per eerder geregistreerd persoon	1 registratie			0	0,0	18	22,0	19	17,6		
	2 registraties			33	68,8	50	61,0	66	61,1		
	3 registraties			11	22,9	8	9,8	16	14,8		
	4 registraties			1	2,1	4	4,9	6	5,6		
	5 registraties			1	2,1	0	0,0	0	0,0		
	>5 registraties			2	4,2	2	2,4	1	0,9		
Intervallen	0 dagen			12	25,0	10	12,2	15	13,9		
	1 dag			7	14,6	4	4,9	9	8,3		
	2-7 dagen			10	20,8	9	11,0	12	11,1		
	8-30 dagen			4	8,3	17	20,7	15	13,9		
	31-90 dagen			9	18,8	16	19,5	21	19,4		
	91-365 dagen			6	12,5	26	31,7	36	33,3		

* Voor BOPZ geldt hier een leeftijdscategorie van 0-19 jaar vanwege afronding in leeftijdsjaren.

** Voor BOPZ geldt hier een leeftijdscategorie van 20-34 jaar vanwege afronding in leeftijdsjaren.

*** Door afronding in de aangeleverde datums is er voor gekozen om de intervallen bij BOPZ niet te laten zien.



		Politie						BOPZ					
		2015		2016		2017		2015		2016		2017	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Registraties	Totaal	2309		2746		3383		278	100,0	273		340	
	Registratie niet te herleiden tot identificeerbare personen	470	20,4	510	18,57	614	18,1						
	Registratie met identificeerbare personen	1839	79,6	2236	81,43	2769	81,9						
Uniek persoon	Totaal	968		1172		1359		259		257		319	
Geslacht	Man	601	62,2	728	62,2	845	61,9	140	54,1	134	52,1	159	49,8
	Vrouw	366	37,8	443	37,8	507	37,8	119	45,9	123	47,9	160	50,2
Leeftijd	0-18 jaar*	35	3,6	52	4,46	43	3,2	12	4,6	11	4,3	19	6,0
	19-34 jaar**	293	30,4	307	26,33	393	29,1	91	35,1	80	31,1	105	32,9
	35-49 jaar	267	27,7	336	28,82	372	27,6	66	25,5	74	28,8	72	22,6
	50-64 jaar	203	21,1	255	21,87	292	21,6	32	12,4	43	16,7	63	19,7
	65-74 jaar	74	7,7	91	7,804	117	8,7	27	10,4	20	7,8	25	7,8
	75+ jaar	91	9,4	125	10,72	133	9,9	31	12,0	29	11,3	35	11,0
Niet eerder geregistreerd persoon		686	70,9	783	66,8	932	68,6			236	91,8	293	91,8
Eerder geregistreerd persoon		282	29,1	389	33,2	427	31,4			21	8,2	26	8,2



		Politie						BOPZ					
		2015		2016		2017		2015		2016		2017	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Frequentie per eerder geregistreerd persoon	1 registratie	38	13,5	82	21,08	61	14,3			7	33,3	9	34,6
	2 registraties	131	46,5	169	43,44	177	41,5			12	57,1	13	50,0
	3 registraties	49	17,4	60	15,42	71	16,6			2	9,5	4	15,4
	4 registraties	20	7,1	22	5,656	33	7,7			0	0,0	0	0,0
	5 registraties	10	3,5	19	4,884	22	5,2			0	0,0	0	0,0
	>5 registraties	34	12,1	37	9,512	63	14,8			0	0,0	0	0,0
Intervallen	0 dagen	75	26,6	75	19,28	144	33,7	***					
	1 dag	20	7,1	19	4,884	23	5,4						
	2-7 dagen	32	11,3	60	15,42	43	10,1						
	8-30 dagen	41	14,5	67	17,22	60	14,1						
	31-90 dagen	45	16,0	62	15,94	65	15,2						
	91-365 dagen	69	24,5	106	27,25	92	21,5						

* Voor BOPZ geldt hier een leeftijdscategorie van 0-19 jaar vanwege afronding in leeftijdsjaren.

** Voor BOPZ geldt hier een leeftijdscategorie van 20-34 jaar vanwege afronding in leeftijdsjaren.

*** Door afronding in de aangeleverde datums is er voor gekozen om de intervallen bij BOPZ niet te laten zien.



Meldpunt Zorg & Overlast		2017	
		N	%
Melder	Algemeen maatschappelijk werk	35	4,6
	Bemoeizorgteam	15	2,0
	Burger	125	16,5
	CJG	3	0,4
	Cliënt zelf	7	0,9
	Delta water	45	5,9
	Financiële instelling	11	1,4
	Gemeente	75	9,9
	GGD	91	12,0
	GGZ	52	6,9
	Huisarts	31	4,1
	Jeugdzorg	4	0,5
	Maatschappelijke opvang	16	2,1
	MaSS	53	7,0
	MEE	5	0,7
	Politie	56	7,4
	Sociaal wijkteam	11	1,4
	Straatteam	5	0,7
	Thuiszorg	20	2,6
	Uitkeringsinstantie	4	0,5
	Veilig thuis	12	1,6
	Veiligheidshuis	25	3,3
	Verslavingszorg	6	0,8
	Wooncorporatie	43	5,7
	Ziekenhuis	9	1,2
Problematiek	Financieel	288	17,5
	Onverzekerde zorg	33	2,0
	Overlast	165	10,0
	Politie/justitie	59	3,6
	Psychiatrisch	217	13,2
	Psychisch	248	15,1
	Somatisch	140	8,5
	Huisuitzetting	83	5,0
	Verslavingszorg	178	10,8
	Verstandelijke beperking	41	2,5
	Vervuiling	195	11,8



RAV		2015		2016		2017	
		N	%	N	%	N	%
Bestemming	Ziekenhuis	13	33,0	2	0,4	113	10,7
	GGZ	13	33,0	3	0,6	21	2,0
	Novadic Kentron	0	0,0	0	0,0	2	0,2
	Psychiatrisch ziekenhuis/PAAZ	4	10,3	4	0,8	6	0,6
	Zorginstelling	1	2,6	7	1,5	8	0,8
	Overige bestemmingen	6	15,4	446	93,7	856	81,1
Problematiek	Angst-/paniekaanval	369	68,0	606	67,6	847	62,4
	Poging tot suïcide	115	21,2	124	13,8	132	9,7
	Psychose	55	10,1	53	5,9	71	5,2
	Geen zorgobject	2	0,4	14	1,6	50	3,7
	Overig	2	0,4	99	11,0	258	19,0



IMW		AMW		Crisisdienst buiten kantoortijd		
		2017		2017		
		N	%	N	%	
Melder	Centraal onthaal	57	41,6			
	Eerstelijns gezondheidszorg	13	9,5			
	Familie/kennis/buren	7	5,1			
	Geen verwijzer / onbekend	14	10,2			
	GGZ	4	2,9			
	Intern IMW	6	4,4			
	Overige gemeentelijke instanties	20	14,6			
	Zorg voor elkaar Breda	8	5,8			
	Overig	8	5,8			
		(omgeving van) de client			13	8,7
		GGZ			19	12,8
		Huisverbod politiedistricten			9	6,0
		Hulpofficier van Justitie			9	6,0
		Maatschappelijk werk instanties			7	4,7
		Politie			23	15,4
		Steunpunt Huiselijk geweld			23	15,4
		Veilig Thuis			9	6,0
		Veiligheidshuis			11	7,4
		Vrouwenhulpverlening Valkenhorst			10	6,7
	Overig			16	10,7	
Bestemming	Andere maatschappelijk werk instanties			9	8,2	
	Het consult was afdoende			58	52,7	
	Huisverbod politiedistrict Breda			3	2,7	
	Instanties i/d Huisvestingsfeer			3	2,7	
	SMO Breda/Koetshuis			4	3,6	
	Steunpunt Huiselijk Geweld			6	5,5	
	t IJ			4	3,6	
	Vrouwenhulpverlening/Valkenhorst			6	5,5	
	Overig			17	15,5	



IMW		AMW 2017		Crisisdienst buiten kantoortijd 2017	
		N	%	N	%
Problematiek	Eenzaamheid	6	3,0		
	Gezondheid	8	3,9		
	Huisvesting	144	70,9		
	Psychische problemen	41	20,2		
	Verslaving	4	2,0		
	Dakloosheid			12	9,0
	Huiselijk geweld			77	57,9
	Intra psychische problemen, zoals depressie			5	3,8
	Mishandeling in de relatie			4	3,0
	Relatie ouder/kind			4	3,0
	Relatie partner			7	5,3
	Verstandelijke beperking			4	3,0
	Overig			20	15,0

Politie		2015		2016		2017	
		N	%	N	%	N	%
Locatie incident	In en rond woning	1182	51,2	1490	54,3	1809	53,5
	Instelling / verpleeghuis	80	3,5	101	3,7	128	3,8
	Openbare ruimte	1047	45,3	1155	42,1	1446	42,7
E33/E14 melding	E33: overlast door verward/overspannen persoon	2039	88,3	2484	90,5	3100	91,6
	E14: poging tot zelfdoding	270	11,7	262	9,5	283	8,4



BOPZ-Online		2015		2016		2017	
		N	%	N	%	N	%
Herkomst	Zelfde als woonadres	81	29,1	113	41,4	128	37,6
	Anders dan woonadres	197	70,9	160	58,6	212	62,4
Melder	Wel melding MKA	191	68,7	188	68,9	237	69,1
	Geen melding MKA	86	30,9	84	30,8	103	30,6
	Onbekend	1	0,4	1	0,4	0	0,2
Bestemming	Algemeen psychiatrisch Ziekenhuis	211	76,4	226	84,3	273	81,7
	Instelling voor verstandelijk gehandicaptenzorg	0	0,0	0	0,0	4	1,2
	Kliniek voor kinder- en jeugdpsychiatrie	9	3,3	6	2,2	8	2,4
	PAAZ	42	15,2	21	7,8	30	9,0
	Psychiatrische afdeling Academisch ziekenhuis	0	0,0	1	0,4	2	0,6
	Verpleeginrichting	12	4,3	14	5,2	17	5,1
	Verslavingskliniek	2	0,7	0	0,0	0	0,0
Aard	Dementie	22	7,9	28	10,3	28	8,2
	Middelgerelateerde en verslavingsstoornissen	34	12,2	21	7,7	19	5,6
	Niet-affectieve psychotische stoornissen	113	40,6	113	41,4	154	45,3
	Persoonlijkheidsstoornissen	28	10,1	17	6,2	21	6,2
	Stemmingsstoornissen met psychotische kenmerken	32	11,5	33	12,1	43	12,6
	Stemmingsstoornissen zonder psychotische kenmerken	33	11,9	37	13,6	39	11,5
	Stoornissen tot uiting in kindertijd	7	2,5	15	5,5	22	6,5
	Overig	9	3,2	9	3,3	14	4,1
Ernst	Gevaar dat betrokkene... ..zich van het leven zal beroven of zichzelf ernstig letsel zal toebrengen	112	40,3	105	37,8	122	43,9
	..maatschappelijk ten onder gaat	10	3,6	6	2,2	11	4,0
	.. zichzelf ernstig zal verwaarlozen	26	9,4	29	10,4	45	16,2
	..door zijn hinderlijk gedrag, agressie van anderen tegen zichzelf zal oproepen	7	2,5	8	2,9	16	5,8
	.. een ander van het leven zal beroven of hem ernstig letsel zal toebrengen	75	27,0	77	27,7	97	34,9
	.. een ander die aan zijn zorg is toevertrouwd, zal verwaarlozen	1	0,4	0	0,0	0	0,0



BOPZ-Online	2015		2016		2017	
	N	%	N	%	N	%
Gevaar voor de psychische gezondheid van een ander	10	3,6	9	3,2	7	2,5
Gevaar voor de algemene veiligheid van personen of goederen	37	13,3	39	14,0	42	15,1



Bijlage F Beschrijving voorlopige indeling in subgroepen BVH

Subgroep I. Verward gedrag op straat / de dak- of thuisloze mens

<<Vrouw belde over verwarde man op de XXstraat. Daar troffen we bekend XXX inderdaad aan. Hij sprak wat onduidelijk, maar dat kwam omdat hij zijn gebit niet in had. Hij gaf toe dat hij af en toe in zichzelf aan het praten was geweest, maar kwam verder niet verward over. Hij had niets meer openstaan.>>

<<Ons bekend XXX zit op het bankje voor de kerk met al haar spullen uitgestald. Er zijn telefoontjes over binnengekomen. Als we aankomen, staat ze al op. Gevraagd zich met haar spullen te verplaatsen, dat doet ze.>>

<<Spoorwepolitie belt vanwege man die overlast veroorzaakt in winkel op station. Ze hebben hem al verwijderd. Als we bij het station aankomen, blijkt het om XX te gaan. Hij slaapt nu bij het Leger des Heils, zegt hij. Hem gezegd daar weer naartoe te gaan. Dat doet hij inderdaad. >>

Een deel van de meldingen speelt zich vooral op straat af en betreft meestal meldingen van burgers die iemand op straat hebben zien lopen die ofwel verward overkomt, hulp nodig lijkt te hebben en/of die overlast veroorzaakt. Vaak gaat het hierbij om mensen die dak of thuisloos zijn en om die reden zichtbaar op straat verkeren. In een klein deel van de meldingen is duidelijk af te leiden dat er sprake is van dak of thuisloosheid. 'Overlast door dak- en thuislozen' is een afzonderlijke politiecode en zou dus eigenlijk niet in de E33 meldingen moeten voorkomen. Maar meestal is er wel enige aanwijzing dat het gedrag verward is of in ieder geval zo kan overkomen op de melder. Het gaat bijna altijd om personen die de politie kent en die veelal ook in de maatschappelijke opvang, GGz of hulpverlening bekend zijn. De risico's of het gevaar rond deze meldingen beperkt zich doorgaans tot 'enige overlast' en vaak is er geen sprake van overlast. Een melder maakt zich dan zorgen of ergert zich juist aan de aanwezigheid van de persoon op straat. In deze typologie bevinden zich naar alle waarschijnlijkheid veel 'herhaalde meldingen'.



Subgroep II. De persoon die zelf meldt

<<Man belt. Er zitten hackers in zijn computer en telefoon en daarom staan er allemaal sites open zonder dat hij dat wil. Ze maken zijn leven kapot. Hij praat onsamenhangend. Ze willen geld van hem. Hij zegt: jullie zullen wel denken dat ik gek ben. We hebben hem aangeraden naar de huisarts te gaan.>>

<<heer staat aan de balie. De politie zou in zijn hoofd kunnen kijken. We halen de woorden en gedachten zo uit zijn hoofd, zegt hij en vindt dit niet kunnen. Welk team doet dit?, wil hij weten. Hij komt over als een aardige heer, maar is behoorlijk wirre-war.. Hij wil het graag vastgelegd hebben. Bij deze.>>

<<Melding van man die bedreigd zou worden door mannen met bivakmutsen die in een auto door de wijk rondrijden. Volgens het OC klonk hij stomdronken. Omdat deze man bekend is bij ons vanwege psychoses, maar even een praatje gaan maken. We hebben hem gerust kunnen stellen: er zijn geen auto's met mannen met bivakmutsen gezien. Gezegd: ga maar slapen. Dat zou hij gaan doen.>>

Een deel van de meldingen wordt door de persoon met het vermeend verward gedrag zelf gedaan. Meestal telefonisch, maar soms ook aan de balie van het politiebureau. Regelmatig lijkt het in eerste instantie een alarmerend verhaal van inbraak of overlast waarvan de melder het slachtoffer is geworden. Na onderzoek of verder in het gesprek blijkt het verhaal niet te kloppen of zeer onsamenhangend te zijn. De melder is angstig voor iemand die er niet is, hoort geluiden of stemmen of meent afgeluisterd of bestolen te zijn. Vaak gaat het om 'bekende bellers', zo is af te leiden uit de teksten. In sommige gevallen schat de politie de situatie zo zorgelijk in dat er huisbezoek volgt of doen ze een melding bij het wijkteam. In veel gevallen wordt de beller aangehoord, zo mogelijk gerustgesteld, waarna het contact wordt afgesloten. Dit type meldingen manifesteert zich doorgaans niet op straat en er gaat geen overlast of gevaar voor derden mee gepaard. Het kan een hulpkreet of signaal zijn voor geestelijke nood of een naderende crisis, waarbij mogelijk hulp geboden is. De ernst varieert van zware lijdensdruk (vooral sterke angst) tot licht.

Subgroep III. De gedesoriënteerde oudere mens

<<Ze staat op de middenberm van de XXX-weg waar groot verkeer overheen raast. Met een leeg winkelmandje aan haar arm. Ze weet de weg naar huis niet meer, heeft ze tegen iemand bij de winkel gezegd. Als we naar haar toe gaan, begint ze te huilen. Ze wil naar haar moeder (ze is 82). We denken dat ze misschien in XX (verzorgingshuis) woont. Daar naartoe gereden en navraag gedaan. Daar hoort ze inderdaad thuis. Haar daar afgeleverd.>>



Een ander deel van de meldingen betreft een oudere die gedesoriënteerd is in plaats, persoon of tijd. Een deel van de zelfmeldingen zou in dit vakje kunnen passen, maar vaker gaat het hier om meldingen van derden die een persoon gedesoriënteerd op staat zien lopen of zitten. Ook gaat het soms om een familielid of om buren die zich zorgen maken over de situatie van hun naaste. Sommige hulpbehoevenden wonen al in een verpleeginrichting, maar zijn daar weggelopen of zoekgeraakt. Vaker woont degene nog zelfstandig en beginnen de psychogeriatrische problemen (dementieverschijnselen) te verergeren. Het grootste deel van deze incidenten manifesteert zich op straat en vaak is er – naast de veiligheid van de kwetsbare persoon zelf – ook een gevaar voor de verkeersveiligheid.

Subgroep IV. Het (langlopend)burenconflict / Overlast in de wijk

<<Melder zou last hebben van XXX die boven hem woont. Ter plekke geen overlast gesignaleerd. Wel zouden omwonenden volgens melder het helemaal zat zijn met XXX, omdat deze elke dag aan het schreeuwen zou zijn. Hem gezegd het te melden bij de woningcorporatie. Zij kunnen meer dan wij.>>

<<Buurman belt dat er lekkage zou zijn van de bovenbuurvrouw. Zij is bekend met psychiatrische problemen. Ze is wel thuis, we bellen aan, maar ze doet de deur niet open. De lekkage blijkt minimaal en zou ook oud kunnen zijn. Onze weg vervolgd.>>

>>Buren bellen. Man zit in zijn auto met heel harde muziek aan. Blijkt GGz-cliënt te zijn die sinds kort weer thuis is. Overlast in de toekomst is niet uit te sluiten. Genoteerd voor dossieropbouw.>>

In een deel van de meldingen is er (ook) expliciet sprake van een conflict tussen buren. Dit zijn meestal langlopende zaken met veel meldingen. Het spreekt uit de teksten dat het hierbij vaak moeilijk is uit te maken wie nu wie lastig valt en waar het gelijk ligt. In veel gevallen wordt er melding gemaakt van het feit dat bij de overlastveroorzaker sprake is van 'psychiatrische of psychische problematiek'. Soms drukt de meldtekst daarbij vooral zorg uit voor de buur in kwestie. Soms is er duidelijk sprake van 'druppel die de emmer doet overlopen' waarbij buren hopen dat de persoon in kwestie zal worden meegenomen. In sommige meldingen lijkt het stigma van de gekende psychische kwetsbaarheid een rol te spelen en ligt de bekende bewoner duidelijk onder het vergrootglas van de buurt. In andere gevallen is de overlastsituatie evident en lijkt er sprake van tekenen voor een naderende crisis. Dit type meldingen speelt zich altijd in en rond de woning en/of een wooncomplex af. De directe 'schade' betreft meestal vooral geluids en/of stankoverlast of hinder.



Subgroep V. De bekende wijkbewoner in dreigende crisis (externaliserend gedrag)

<<Vrouw zou spullen uit het raam aan het gooien zijn. Ter plekke ligt de tuin vol met spullen. Bewoner doet de deur open, ongekleed. Haar aangesproken op de spullen in de tuin. Die spullen zijn niet van haar, zegt zij. Maar ze zal het wel gaan opruimen. De zoon heeft gebeld, hij maakt zich zorgen dat zijn moeder opnieuw in een psychose aan het raken is, het gaat niet goed met haar. Hij gaat afstand van zijn moeder nemen om de situatie te laten escaleren; ziet geen andere oplossing.>>

>>Ouders bellen, ten einde raad. Zoon van 40 staat spullen in zijn kamer in elkaar te slaan. We horen de herrie door de telefoon. Het is weer mis aan het gaan, zeggen de ouders. Hij reageert niet meer op hen, is niet te kalmeren en heeft eerder zijn zus geslagen. Hij zou ook cocaïne hebben gebruikt. Hij is al jaren in behandeling, ook al meermalen opgenomen geweest. Ze herkennen dit beeld. Kan ook agressief zijn. Als we aankomen staan er al burens op straat. We treffen hem binnen uitgeput op de vloer van zijn kamer aan. Het is een bende. Hij bloedt aan zijn hand en kijkt wezenloos voor zich uit. Lijkt totaal in zijn eigen wereld. Moeder zit beneden totaal van streek te huilen, ze trekt het niet meer, zo geeft haar man aan. Crisisdienst gebeld voor beoordeling>>

Dit type meldingen behoort tot de incidenten die veel aandacht trekken, omdat ze gepaard gaan met veel lawaai en vertoon, zoals het uit het raam gooien of kapotslaan van huisraad, hard schreeuwen, schelden en gillen of agressieve en dreigende uitingen. Meestal gaat het om een persoon met een verstoorde realiteitszin, vermoedelijk passend in een psychotisch psychiatrisch ziektebeeld. Meestal blijkt de hulpbehoevende al eerder in een dergelijke situatie te zijn geweest en is er eerder behandeling en/of opname geweest. Soms is medicatie al een tijdlang niet ingenomen. Melding gebeurt meestal door familie of andere naasten. Hier komen bijna altijd meerdere hulpverleners aan te pas: een ambulance en vaak de crisisdienst voor een beoordeling. Dit type meldingen komt dus vrijwel zeker in meerdere registraties tegelijk voor. De ernst is meestal groot, met zware lijdensdruk en vaak ook gevaar voor de persoon zelf en regelmatig ook voor anderen. In een flink aantal gevallen speelt dit zich af in huiselijke kring, waarbij ouders, een partner en soms ook kinderen getuige zijn.



Subgroep VI. De mens in somberheid, depressiviteit en/of suicidaliteit

<<Ze loopt in de buurt van de grote weg en is ook bij het spoor gezien door melder. Als we aankomen, duikt ze weg in de bosjes en probeert zich te verstoppen. Er is niks met haar aan de hand, zegt ze. Dan zegt ze dat ze een eind aan wil maken.>>

<<Ze zou op het dak staan en dreigt er vanaf te springen, zegt de buurvrouw (melder). Als we aankomen doet haar echtgenot open. Ze is inmiddels weer naar binnen geklommen. Ze raakte in paniek toen hij vraagtekens plaatste bij de relatie. Ze is in behandeling en erg kwetsbaar. Hij geeft aan dat hij het onder controle heeft en dat ze kunnen gaan. Ze ligt nu in bed en is rustig.>>

<<Omwonenden zien een strop voor het raam hangen en een buurman heeft gebeld. Hij is inderdaad zwaarmoedig, zegt hij en soms wanhopig. Het werd vandaag erger toen hij zijn post opende. Hij heeft veel financiële problemen. Maar die strop hangt er al weken, zegt hij. We spreken af dat hij 'm zal weghalen.>>

In een deel van de meldingen is af te leiden dat er sprake is van somberheid, depressie en suicidale gedachten of uitingen. Waar de scheidslijn met code E14 ligt, is soms onduidelijk. In de meeste gevallen speelt dit type meldingen zich in de eigen woning af – de persoon heeft dan suicidale uitingen gedaan richting naasten, soms ook afscheid genomen via de mail of telefoon, waarop de politie wordt gealarmeerd. Maar het komt regelmatig voor dat iemand zich opvallend langs de autosnelweg of in de buurt van het spoor ophoudt. Melders maken zich zorgen en vrezen voor het leven van de persoon. Relatieproblematiek en/of financiële problemen en middelengebruik spelen vaak mee. Voor omstanders en naasten hebben deze typen meldingen vaak veel impact: ze roepen schrik, medeleven en bezorgdheid op. Soms is er sprake van een gevaar voor de verkeersveiligheid. Meestal is het vooral de persoon zelf die schade ondervindt.



Bijlage G Beschrijving voorlopige indeling subgroepen BOPZ-Online

Subgroep A: In instelling verblijvende GGZ-cliënt in een acute crisissituatie

De betrokkene verblijft reeds op vrijwillige basis in een GGZ-instelling. De belangrijkste diagnosecategorieën zijn vaak een niet-affectieve psychotische stoornis en soms een stemmingsstoornis (al dan niet met psychotische kenmerken) of een persoonlijkheidsstoornis. Het belangrijkste acute gevaar is het gevaar dat betrokkene suïcide pleegt of zichzelf ernstig letsel toebrengt. Het incident dat heeft geleid tot de IBS-aanvraag vindt vaak in de instelling plaats, soms daar buiten. Er is zelden betrokkenheid van de politie bij de aanvraag van deze subgroep. Er is vaak sprake van eerder(e) incident(en) in de aanloop van het incident leidend tot de IBS-aanvraag.

Voorbeeld casus

Mevrouw A. verblijft momenteel op locatie B. op vrijwillige basis voor een klinische opname in verband met complexe en uitgebreide psychiatrische problematiek. De afgelopen dagen is er een toename van spanning en wanhoop en suïcidale uitlatingen. Vanochtend opnieuw suïcidale uitspraken, maar er konden nog wel veiligheidsafspraken gemaakt. Die konden niet worden nagekomen: mevrouw is aangetroffen met een touwtje om haar nek waarbij haar gelaat blauw was aangelopen en met de schaar moest worden losgeknipt. Mevrouw is nu gelaten, maakt nauwelijks contact en lijkt geen spijt te hebben van haar poging.

Subgroep B: GGZ-cliënt in beschermd wonen en in een acute crisissituatie

Betrokkene verblijft in een beschermd woonplek en daar vindt ook meestal het incident plaats dat tot de IBS-aanvraag leidt. Soms ook in de openbare ruimte. Betrokkene kampt meestal met een niet-affectieve psychotische stoornis of een middelgerelateerde stoornis. Het belangrijkste acute gevaar is dat betrokkene een ander van het leven berooft, of hem ernstig letsel toebrengt. Er is vaak politiebetrokkenheid bij de afhandeling van het incident en ook meestal sprake van een reeks van voorafgaande gebeurtenissen.



Voorbeeld casus

Betrokkene wordt gesproken in de cel van de politiecel. Bij doorvragen een breder, paranoïde waansysteem richting GGz en overbuurman, ze vlamt steeds verder op in het gesprek. De agitatie loopt op. Ze ontkent, of bagatelliseert alle feiten die geleid hebben tot de politieaanhouding. Betrokkene heeft geen ziektebesef, wil geen opname of hulp. Betrokkene staat vanaf XXXX onder behandeling van de GGz in verband met recidiverende psychoses, en opiaatafhankelijkheid. Sinds XXXX woont zij beschermd bij de GGz. In XXXX X-maal eerder een opname middels een IBS. Betrokkene is door de politie meegenomen vanwege het molesteren van de buitenkant appartement van haar bovenbuurman. Begin XXX al doodsb bedreigingen richting woonbegeleider, vanuit haar paranoïde, waar ook aangiftes van zijn bij de politie. De afgelopen weken in toenemende mate overlastmeldingen (ook mutaties bij politie), en dreigende houding.

Subgroep C: Zelfstandig wonende GGZ-cliënt of persoon met een voorgeschiedenis in de GGZ, in een acute crisissituatie

De betrokkene woont veelal zelfstandig, al dan niet samen met iemand anders/anderen, is bekend bij de GGZ, en heeft vaak ook zorg en ondersteuning ontvangen in de periode voorafgaand aan het incident leidend tot de IBS-aanvraag. Soms is er geen sprake van recente zorg en ondersteuning. Het gaat in deze subgroep vaak om een niet-affectieve psychotische stoornis of een stemmingsstoornis (al dan niet met psychotische kenmerken) en soms om een middelgerelateerde stoornis. Het gevaar dat betrokkene suicide pleegt of zichzelf ernstig letsel toebrengt of het gevaar dat betrokkene een ander van het leven berooft, of hem ernstig letsel toebrengt, is voorliggend. Soms gaat het om ernstige zelfverwaarlozing. Het incident dat aanleiding vormde tot de aanvraag vindt meestal plaats in de woning van de betrokkene, soms in de openbare ruimte. Er is vaak sprake van politie betrokkenheid en ook van eerdere incidenten.

**Voorbeeld casus**

Moeder en stiefmoeder hebben huisarts gebeld i.v.m. verwardheid en ontremming bij cliënt, die van alles stukgegooid had thuis en niet tot rust kwam. Huisarts heeft politie en crisisdienst ingeschakeld. Cliënt staat onder curatele van stiefmoeder omdat hij last heeft van ernstige stemmingswisselingen, kan zichzelf impulsief ernstig in de problemen brengen. Cliënt maakte eerder vergelijkbare episodes met psychotische klachten door. Omdat er de laatste keer geen hulp was, hebben ze hem weer bij hen in huis gehaald, maar dit vraagt veel van hun. Op dit moment kunnen zij de zorg voor cliënt niet meer aan. Op locatie A krijgt cliënt koffie, maar weet niet wat daarmee te doen. Cliënt ziet er vervuild en verwaarloosd uit, is klammig en transpireert. Cliënt zegt dat hij veel last heeft van stemmen. Slechts enkele keren maakt hij met verpleegkundige heel vluchtig oogcontact, verder niet echt contact met hem te krijgen, is motorisch en verbaal onrustig, erg incoherent in zijn verhaal, associeert door op wat hij hoort. Roept voor zich uit. Er is geen sprake van ziektebesef/-inzicht. Reageert impulsief, met harde stem en met momenten boos, maar niet gericht en onderliggend maakt hij vooral een angstige indruk. Klampt zich met momenten vast aan verpleegkundige, m.n. als deze weg wil gaan. Als hem gevraagd wordt of hij wel of niet opgenomen wil worden binnen de GGZ, zegt hij een enkele keer ja, maar lijkt niet te weten waar het over gaat, en andere momenten laat hij weten niet te willen blijven waar hij is.

Subgroep D: Zelfstandig wonende persoon zonder voorgeschiedenis in de GGZ, en voor het eerst in een acute crisissituatie

Betrokkene heeft een reguliere woonplek en is niet bekend bij de GGZ. Als belangrijkste diagnosecategorieën gaat het vaak om een niet-affectieve psychotische stoornis, soms om een stemmingsstoornis met psychotische kenmerken. Het grootste gevaar is suicide gevaar en het gevaar dat betrokkene een ander van het leven berooft, of hem ernstig letsel toebrengt. Locatie van het incident is meestal de eigen woonplek. Er is vaak politiebetrokkenheid en een reeks voorafgaande incidenten rondom de IBS-aanvraag.



Voorbeeld casus

Patiënt was met spoed door de huisarts verwezen naar crisisdienst, nadat hij zich vandaag in verwarde toestand bij de huisarts had gemeld. Patiënt meent paranormaal begaafd te zijn en negatieve energie in zich hebben. Patiënt heeft zich tegen familie suïcidaal geuit xx dagen geleden, zei van een flat te zullen springen. Ook heeft hij vaak aangegeven naar het donker te willen. In gesprek met de crisisdienst is patiënt erg afwerend. Hij erkent bovenstaande, maar geeft aan niet gek te zijn en niet naar een psychiater te willen. Patiënt staat niet open voor medicatie. Het lukt familie niet om toezicht te houden, aangezien patiënt erg geagiteerd op hen reageert. Moeder geeft aan dat patiënt mogelijk van slag is geraakt door spanningen op het werk.

Subgroep E: Persoon zonder vaste woonplek in een acute crisissituatie

Betrokkene is dak-/thuisloos. Soms heeft betrokkene een voorgeschiedenis in de GGZ, en soms heeft betrokkene ook zorg en ondersteuning ontvangen in de periode voorafgaand aan het incident dat leidde tot de IBS-aanvraag. Het komt ook voor dat betrokkene onbekend is bij de GGZ.³²

Als belangrijkste diagnosecategorieën gelden een niet-affectieve psychotische stoornis en/of een middelgerelateerde stoornis/verslavingsstoornis. Het belangrijkste acute gevaar is dat betrokkene maatschappelijk teloorgaat en zichzelf ernstig verwaarloost. Ook speelt het gevaar dat betrokkene agressie van anderen oproept door zijn hinderlijk gedrag en soms het gevaar dat betrokkene een ander van het leven berooft, of hem ernstig letsel toebrengt. Het incident leidend tot IBS-aanvraag speelt zich vaak in de openbare ruimte af, waarbij er vaak sprake is van politiebetrokkenheid en een reeks van voorafgaande incidenten.

Voorbeeld casus

Betrokkene is bekend bij het ACT-team van afdeling A. van GGZ-instelling B. met paranoïde schizofrenie en alcoholafhankelijkheid. Hij is sociaal teloorgegaan, zwerft, gebruikt sinds augustus XXXX geen antipsychotica meer. Op XX maart XXXX is er een geneeskundige verklaring opgesteld om een voorlopige machtiging te bekommen. De rechtbank heeft dit nog niet kunnen beoordelen omdat betrokkene zwervend is. Zelf zie ik [beoordelend psychiater] betrokkene in een cel van cellencomplex X. Betrokkene is weigerachtig om mee te werken aan het psychiatrisch onderzoek. Zijn verhaal is incoherent en moeilijk te volgen. Betrokkene geeft aan dat hij zich door mij bedreigd voelt. Betrokkene ontkent recent alcoholgebruik.

³² Betrokkene is mogelijk wel bekend bij GGZ-instellingen in andere regio's.



Subgroep F: Zelfstandig wonende persoon met psychogeriatrische problematiek in een acute crisissituatie

De belangrijkste diagnosecategorie in deze subgroep is dementie. De betrokkene woont doorgaans zelfstandig op een reguliere woonplek of in een zorgappartement. Vaak is betrokkene bekend bij zorginstanties vanwege psychogeriatrische problematiek en ontvangt hiervoor zorg of ondersteuning. Het gevaar dat betrokkene zichzelf ernstig verwaarloost staat op de voorgrond. Maar ook speelt het gevaar dat betrokkene suicide pleegt of zichzelf ernstig letsel toebrengt, een ander van het leven berooft, of hem ernstig letsel toebrengt, het gevaar voor de psychische gezondheid van een ander en/of het gevaar voor de algemene veiligheid van personen of goederen. Het incident speelt zich meestal op de woonplek van betrokkene af, soms in een ziekenhuis waar betrokkene (tijdelijk) is opgenomen, of in de openbare ruimte. Er is soms sprake van politiebetrokkenheid en vaak is er sprake van een reeks voorgaande incidenten.

Voorbeeld casus

Er is sprake van verwarring; betrokkene is gedesoriënteerd in plaats, tijd en persoon, zij haalt heden en verleden door elkaar, is achterdochtig, zij kan zaken niet meer overzien; gaat dolen en zwerven, zij ziet mogelijk mensen die er niet zijn. Haar zoon vertelt dat het echt niet meer gaat; het gaat al weken achteruit, er is mogelijk al jaren sprake van cognitieve achteruitgang maar door een opname in het ziekenhuis van haar man en vervolgens een ongeluk thuis is het de afgelopen weken snel achteruit gegaan. Ze sluit zich op in het huis; sleutelt aan elektriciteit; zou onvoorzichtig zijn met de oven waardoor er mogelijk brandgevaar ontstaat; stapt uit rijdende auto's. De politie is de afgelopen tijd verschillende malen betrokken geweest; de laatste keer treft de politie haar buiten aan; ze blijkt zich dan buitengesloten te hebben; hierdoor ontstaat er een acuut gevaar voor onderkoeling; binnen zou het een grote rommel zijn. Er is geen steunsysteem te mobiliseren; haar zoon kan het niet meer aan en trekt een streep.

Subgroep G: Bij ouders inwonende persoon met verstandelijke beperking in een acute crisissituatie

Betrokkene woont bij ouders en er spelen stoornissen die meestal voor het eerst tot uiting komen in kindertijd/adolescentie. Vaak is betrokkene bekend bij zorginstanties vanwege verstandelijke beperking; soms ontvangt betrokkene hiervoor of voor bijkomende problematiek zorg of ondersteuning. Het gevaar speelt dat betrokkene suicide pleegt of zichzelf ernstig letsel toebrengt en/of het gevaar voor de psychische gezondheid van een ander. De ouderlijke woning is dikwijls de locatie waar het incident leidend tot de IBS-aanvraag zich afspeelt. Betrokkenheid van de politie bij de omgang met/afhandeling van incident komt weinig voor. Wel is er vaak sprake van eerdere incident(en) in de aanloop naar de IBS-aanvraag.



Voorbeeldcasus

Betrokkene is van april XXXX tot juli XXXX in behandeling geweest bij GGZ-instelling A. waar uit onderzoek is gebleken dat er sprake is van zwakbegaafd en autisme spectrum stoornis. Vriend van betrokkene heeft recent aan betrokkene aangegeven dat hij twijfelt over de relatie waarna contact met crisisdienst is geweest vanwege suïcidale uitlatingen. Ze ziet geen toekomstperspectief meer en wil het liefste dood zijn omdat ze haar leven zonder haar vriend niet meer ziet zitten. Als ze de vrijheid van haar ouders zou krijgen om het huis te verlaten zou ze een einde aan haar leven te maken. Tevens is ze bezig met uithongeren en heeft ze sinds X dagen geheel niets gegeten.



Bijlage H Subvragen bij proceshoofdvragen

Naast het – bij wijze van proef – kwantitatief beschrijven van de groep personen met verward gedrag, was het doel van deze regionale pilots het *ontwikkelen* van een monitor 'Personen verward gedrag', ter ondersteuning van het regionaal en lokaal beleid met betrekking tot personen met (manifestaties van) verward gedrag aan de hand van de volgende vragen:

- C. Wat is de beschikbaarheid, bruikbaarheid en beleidsrelevantie van verschillende regionale bronnen voor het monitoren van personen met (manifestaties van) verward gedrag?
- D. Welke lessen zijn te trekken uit de processen van dataverzameling, dataverwerking en rapportage en wat kunnen andere regio's hiervan leren?

Voor de beantwoording van deze hoofdvragen is een aantal procesvragen geformuleerd:

1. Welke potentiële bronnen voor de monitor zijn er voor de pilotregio's en welke bronnen betrekken we om welke redenen al dan niet?
2. Welke informatie over aard en omvang bevatten deze bronnen en hoe is deze informatie het makkelijkst en AVG-proof te ontsluiten?
3. Hoe wordt verward gedrag per bron geoperationaliseerd?
4. Welke indicatoren kunnen de bronnen leveren?
5. (Hoe) kunnen deze operationalisaties (zie vraag 3) en indicatoren worden gestandaardiseerd zodat ze toepasbaar zijn op vergelijkbare databronnen?
6. In hoeverre zijn de beschikbare vrije tekstvelden bruikbaar en relevant voor analyse?
7. Welke extra informatie geeft de duiding van resultaten met regionale partners en op welke manier draagt relevante documentatie en literatuur bij aan de interpretatie van resultaten?
8. Is het mogelijk om indicatoren voor risicogroepen voor verward gedrag te identificeren en, zo ja, welke?

In deze Bijlage staan de antwoorden per procesvraag beschreven. In Hoofdstuk 6 (paragrafen 6.2-6.4) staat een samenvatting van de belangrijkste punten van deze Bijlage.

1. Welke potentiële bronnen voor de monitor zijn er voor de pilotregio's en welke bronnen betrekken we om welke redenen al dan niet?

Zoals in Hoofdstuk 2 beschreven is er per regio een bronnenkaart opgesteld (zie Bijlagen A en B). Deze bronnenkaarten zijn de basis geweest voor de keuze van bronnen, daarna zijn de in Hoofdstuk 2 beschreven zes selectiecriteria toegepast. Er is getracht zowel regionale als landelijke bronnen te ontsluiten en er is gestreefd naar diversiteit van bronnen. Vanwege het verkennend karakter van de pilots is een kleinschalige aanpak passend en het aantal bronnen is daardoor



beperkt. In eventuele toekomstige monitoractiviteiten op het gebied van personen met verward gedrag zouden registraties uit meer bronnen betrokken kunnen worden, zoals registraties uit de huisartsenzorg, bijvoorbeeld van huisartsenposten, declaratiegegevens van verzekeraars, registraties uit de verslavingszorg. Selectie van bronnen is echter hoe dan ook noodzakelijk omdat het werk uitvoerbaar moet zijn. Wat de juiste selectie is hangt echter af van het doel van de monitor, maar ook van de doelen van de betrokken regionale stakeholders. De les is daarom dat, om te komen tot een voor alle partijen relevante monitor, deze partijen betrokken zouden moeten worden bij het vaststellen van de doelen en de bijbehorende selectiecriteria. De bronnenkaart en selectie van bronnen zou samen met hen opgesteld en besproken kunnen worden.

2. Welke informatie over aard en omvang bevatten deze bronnen en hoe is deze informatie het makkelijkst en AVG-proof te ontsluiten?

De eerste helft van deze vraag, namelijk welke informatie over aard en omvang de bronnen bevatten, is beantwoord in de Hoofdstukken 3 en 4. De wijze waarop deze informatie AVG-proof ontsloten is, is eerder beschreven in een leerdocument (*Projectgroep, 2018b*). Omdat gedurende dit project de AVG van kracht is geworden, bood het project een uitgelezen mogelijkheid om alle aspecten van het ontsluiten van bronnen conform de vereisten van de AVG te leren kennen. Het proces van dataontsluiting is tijdens het project gedocumenteerd en in kaart gebracht in een processchema dat ook voor andere regio's bruikbaar is (*Projectgroep, 2018b*). De rode draad hierin is dat voor de meeste bronnen anonimiseren van gegevens nodig is voordat zij kunnen worden overgedragen aan onderzoekers voor analyse voor een monitor. Per bron is er echter altijd sprake van maatwerk, omdat de bronnen qua vorm en omvang verschillen, verschillende doelen dienen en verschillende juridische grondslagen kennen. Voor elke bron was dus een eigen passende, en vaak pragmatische, werkwijze voor benadering noodzakelijk (zie ook Hoofdstuk 2).

Er zijn twee basisbenaderingen toegepast. De ene benadering was het aanleveren door de bronhouder van bestanden met ruwe gegevens zodat onderzoekers van de projectgroep deze gegevens konden analyseren. De andere benadering was aanleveren van geaggregeerde resultaten, dat wil zeggen dat de bronhouder zelf, eventueel met ondersteuning van de projectgroep, de analyse van de gegevens had uitgevoerd. Beide werkwijzen hebben hun voor- en nadelen. Bij het aanleveren van ruwe gegevens is er ruimte om verschillende analyses uit te voeren en deze naar bevind van zaken tussentijds te verbeteren of aan te passen. Dit biedt mogelijkheden tot exploratie van de data, passend bij het verkennende karakter van de pilots. Bovendien geeft deze aanpak het projectteam meer zicht op de kwaliteit van de data en controle op de wetenschappelijke kwaliteit van de analyses. Echter, zoals blijkt uit de beschrijving van de methoden (Hoofdstuk 2), de overdracht van gegevens moet met grote zorgvuldigheid worden voorbereid en uitgevoerd, ter bescherming van de persoonlijke levenssfeer van de betrokkenen. Het gaat dan vaak om tijdrovende en complexe, onder meer juridische, processen. Een van de knelpunten hierbij is de deskundigheid en/of tijdgebrek bij de bronhouder voor het zelf anonimiseren van de gegevens, nodig om de bestanden te ontdoen



van persoonsgegevens. Om de bronhouders hierbij te ondersteunen, zijn in dit project twee software tools ontwikkeld en gebruikt voor eenweg pseudonimisatie en anonimisatie aan de bron: een voor gestructureerde data en een voor vrije tekstvelden. Volgend op de gegevensoverdracht is het van belang dat de bronhouder wel tijdens de analysefase steeds betrokken en geïnformeerd wordt. De kennis van de bronhouder over de inhoud en opzet van de registratie(processen) en van het zorgaanbod/proces van de eigen organisatie is immers van groot belang voor het interpreteren van de resultaten. Bovendien kan de bronhouder zich op die manier voorbereiden op de te verwachte resultaten.

Bij het aanleveren van geaggregeerde gegevens zijn er minder stappen nodig om te voldoen aan de wetgeving op het gebied van bescherming van persoonsgegevens. Immers, deze gegevens worden als totaaloverzicht (geaggregeerd) en niet in onbewerkte vorm overgedragen. Op deze manier krijgt de ontvangende organisatie geen persoonsgegevens onder ogen. Omdat de bronhouder intensief moet worden ondersteund om de voorgenomen analyse planmatig en op de juiste wijze uit te voeren biedt deze werkwijze mogelijkheden om de bronhouder inhoudelijk bij de monitor te betrekken. Zulke intensieve samenwerking met de bronhouder vergt ruime tijdsinvestering en voldoende kennis en kunde bij bronhouders om de informatie te ontsluiten en te analyseren. Een reeds bestaande langer lopende samenwerkingsrelatie is daarbij ondersteunend. Bij deze tweede werkwijze zijn de mogelijkheden beperkt om te controleren of de gegevens inderdaad correct zijn geselecteerd en geanalyseerd. Als er onverwachte zaken optreden bij de analyse is het niet mogelijk dat de onderzoekers zelf correcties of aanpassingen in de analyse of de analysemethode toepassen, maar moet dit aan de bronhouder worden gevraagd.

Deze werkwijzen laten zien dat beide opties de nodige tijdsinvestering van de monitoronderzoekers vragen. De ene werkwijze gaat niet noodzakelijkerwijs sneller dan de andere. Daarnaast is het van belang in het oog te houden dat ook de bronhouder tijd investeert. De juiste randvoorwaarden dienen aanwezig te zijn, zowel bij de bronhouder als bij de onderzoekers. Bij de bronhouder gaat het dan om randvoorwaarden als beschikbaarheid en deskundigheid van en enige kennis over monitoren bij de betrokken medewerkers. Bij de onderzoekers om tijd en ruimte om de bronhouder zo goed mogelijk te ondersteunen en informeren. Wat de beste aanpak is zal steeds per bron bepaald moeten worden, samen met de bronhouder. Hierbij kan ook het eerder genoemde processchema voor dataontsluiting gebruikt worden.

3. Hoe wordt verward gedrag per bron geoperationaliseerd?

De basis voor de operationalisaties was de definitie van personen met verward gedrag van het Schakelteam personen met verward gedrag, zie ook Hoofdstuk 2. De kracht van deze definitie is dat hij niet beperkt is tot stereotiepe beelden van escalaties, overlast en heftige manifestaties van verward gedrag, maar een meer gedifferentieerd zicht biedt op mensen die in de problemen dreigen te komen door hun omstandigheden. Het nadeel van de breedte van de definitie is dat eigenlijk iedereen wel eens tot de groep personen met verward gedrag behoort. Daardoor kan hij als niet specifiek genoeg worden ervaren.



Bij de operationalisatie per bron bleek dat de gehanteerde definitie door de verschillende bronhouders ook verschillend wordt geïnterpreteerd; het is geen vast omschreven concept. Daarnaast wordt verward gedrag meestal niet systematisch en consequent geregistreerd. Registreren van verward gedrag is namelijk niet het oorspronkelijke of het hoofddoel van deze bestaande bronnen. Dit heeft ook consequenties voor de wijze waarop de bronhouders in hun dataset de selectie maken van personen met verward gedrag. De beste oplossing bleek daarom te zijn om te kiezen voor de meest optimale vertaling of operationalisatie, passend bij de bewuste bron. De uiteindelijke operationalisaties zijn samen met de bronhouders ontwikkeld en staan beschreven in Hoofdstuk 2-4.

Het operationaliseren van verward gedrag per bron was belangrijk om per bron te kunnen beoordelen in hoeverre de opgenomen registraties werkelijk als verward gedrag kunnen worden bestempeld. De meerwaarde hiervan is dat meer specifieke uitspraken over aantallen en aard van het verward gedrag kunnen worden gedaan. Bij alle bronnen bleek wel dat dergelijke uitspraken met voorzichtigheid gedaan moeten worden. Voor geen enkele bron is de operationalisatie helemaal dekkend. Dat wil zeggen dat niet alle personen met verward gedrag erin zijn opgenomen, maar ook dat soms personen *zonder* verward gedrag wel worden meegenomen in de operationalisatie. Door de breedte van de definitie is het niet goed mogelijk vast te stellen in welke mate dit aan de orde is. Waarschijnlijk verschilt dit per bron. De analyse van de vrije tekstvelden geeft hier voor sommige bronnen wat meer zicht op. Uit de annotaties van de politieregistraties bleek bijvoorbeeld dat een deel van de meldingen die wel onder de code E33 zijn weggeschreven, eigenlijk niet gaan over personen met verward gedrag. Het is daarom van belang om de cijfers tussen de bronnen niet te vergelijken als ware het dezelfde entiteiten, én om in de beschrijving van de bevindingen de indicatoren specifiek te benoemen zoals gedaan in Hoofdstuk 3-5.

4. Welke indicatoren kunnen de bronnen leveren?

Een achterliggende vraag bij dit verkennende project was of het mogelijk was om op basis van de verschillende bronnen een of meerdere generieke indicatoren te ontwikkelen, dat wil zeggen indicatoren die op dezelfde wijze bruikbaar zijn voor toepassing bij bronnen in andere regio's. De operationalisatie per bron met de bronhouders in de pilot-regio's laat echter zien dat de indicatoren voor personen en manifestaties van verward gedrag zeer verschillend van aard zijn. Ze hebben betrekking op verschillende patiënt- en cliëntpopulaties in (zeer) verschillende situaties. Daarbij zijn de bronnen en operationalisatie afhankelijk van (de organisatie van) het zorgaanbod in de regio's. Deze verkenning heeft dan ook maar een beperkte set generieke indicatoren voor verward gedrag opgeleverd. Ten eerste zijn dit de indicatoren voor de landelijke databronnen: de BVH, BOPZ-Online en Leger des Heils, bijvoorbeeld de tien geselecteerde zorgproducten van het Leger des Heils. Daarnaast bieden de gegevens van de RAV en de GGZ, die deels zijn gebaseerd op landelijke protocollen of afspraken, wellicht mogelijkheden om de operationalisatie in de toekomst generiek bruikbaar te maken.

Voor zowel de landelijke bronnen als de regionale bronnen geldt daarbij wel dat het generieke karakter van een indicator nog niet betekent dat



de interpretatie van deze indicator per definitie hetzelfde kan zijn voor alle regio's. Door verschillen in regionale werkprocessen en organisatie van zorg is het vergelijken ervan tussen regio's niet eenvoudig en soms ook niet goed mogelijk. Een voorbeeld hiervan is dat de RAV in West-Brabant beschikt over gegevens die een indicatie geven van de aard van het verwarde gedrag, terwijl dit voor de RAV in Utrecht niet het geval is. Kennis over de regionale context en registratieafspraken is dus onmisbaar. Dit betekent dat het belangrijk is om de regionale cijfers afkomstig van generieke indicatoren samen met de bronhouders en relevante stakeholders te duiden.

5. (Hoe) kunnen deze operationalisaties (zie 3) en indicatoren worden gestandaardiseerd zodat ze toepasbaar zijn op vergelijkbare databronnen?

Zoals in de vorige paragraaf aangegeven zijn er vooral per bron passende operationalisaties ontwikkeld. Dit maatwerk zal ook in andere regio's noodzakelijk zijn omdat de bronnen moeilijk vergelijkbaar zijn. Om een coherent beeld te kunnen schetsen is een nadere uitwerking van bronnenkaarten, met daarin opgenomen de operationalisaties per bron een mogelijke oplossing.

Voor alle bronnen van de huidige pilots is een aantal begrippen op een zo gestandaardiseerd mogelijke wijze geoperationaliseerd:

- Niet eerder geregistreerde persoon in kalenderjaar X: persoon met één registratie in kalenderjaar X, zonder registraties in de 365 dagen daaraan voorafgaand;
- Eerder geregistreerde persoon in kalenderjaar X: persoon met tenminste één registratie in kalenderjaar X, én een of meer registraties in de 365 dagen voorafgaand daaraan;
- duur interval tussen twee registraties: het kortste interval in tijd tussen twee registraties (in de afgelopen 365 dagen) voor de eerder geregistreerde personen.

Bij alle bronnen zijn daarnaast de indelingen voor de verschillende variabelen zoveel mogelijk gestandaardiseerd, zoals de indeling naar leeftijd, aantal registraties, en duur interval. Dit blijkt echter niet altijd even passend. Zo verschilt de duur van de manifestatie van 'verward gedrag': bijvoorbeeld een aantal minuten in de BVH maar een aantal dagen of weken voor crisis-dbc in de GGZ. Een ander voorbeeld is de indeling naar leeftijd; dit was voor BOPZ-Online niet mogelijk, omdat om privacy redenen leeftijd uitsluitend in vijf-jaars leeftijdsklassen gecodeerd werd verstrekt. Voor sommige bronnen ligt het voor de hand om de analyse op basis van registraties uit te voeren, voor andere bronnen op basis van (zorg)episodes. Vanwege deze verschillen tussen bronnen is gedurende de pilots tijdens het analyseren geregistreerd welke keuzes hierbij gemaakt zijn om de reproduceerbaarheid per bron te vergroten, maar ook de resultaten beter te kunnen interpreteren.

6. In hoeverre zijn de beschikbare vrije tekstvelden bruikbaar en relevant voor analyse?

Kennis over de aantallen geregistreerde personen met verward gedrag is belangrijke input voor het lokale beleid. Echter, om passend beleid wat betreft zorg, ondersteuning, preventie en handhaving te kunnen ontwikkelen is inzicht in de aard en de achtergrond van het verwarde



gedrag noodzakelijk. Voor een aantal bronnen, bijvoorbeeld voor de RAV MWB bleek dat de gestructureerde velden hiervoor voldoende informatief waren. Dit kwam door het gebruik van medisch-diagnostische termen waardoor er sprake was van eenduidige informatie. Voor bronnen waarbij dit niet het geval was is bekeken of het analyseren van de vrije tekstvelden in de registraties meerwaarde had voor het verkrijgen van inzicht in de aard en de achtergrond van het verwarde gedrag. Daarbij is voor een deel van de bronnen gebruik gemaakt van machine learning technieken en annotatie (zie Hoofdstuk 2).

De resultaten van de analyse van vrije tekstvelden, beschreven in Hoofdstuk 5, laten zien dat annotatie door experts inderdaad meer inzicht kan bieden in de aard en achtergrond van het verwarde gedrag. Zo blijkt risico op gevaar, schade of letsel in de meerderheid van de E33 registraties vooral de persoon met het verwarde gedrag zelf te betreffen; in een minderheid van gevallen is er sprake van gevaar voor anderen. Bij een derde van de E33 meldingen blijft het risico beperkt tot enige overlast (geluid, stank of hinder) en in ruim een op de tien gevallen is er helemaal geen sprake van overlast. Ook valt op dat het merendeel van de E33 registraties incidenten in en rond de woning van de persoon met het verwarde gedrag betreft in plaats van in de openbare ruimte. Ook blijkt dat mensen met verward gedrag meerdere en complexe problemen in verschillende leefgebieden tegelijk hebben; een relevante bevinding voor de verschillende stakeholders in een regio.

Bij annotatie van vrije tekstvelden is een randvoorwaarde dat de personen die deze uitvoeren voldoende inhoudelijke expertise hebben. Deze expertise betreft niet alleen het onderwerp verward gedrag, maar ook kennis van de regionale dan wel lokale ketens in de zorg voor personen met verward gedrag. Ook vereist deze vorm van analyse dat hiervoor voldoende tijd beschikbaar is. Daarnaast is het noodzakelijk om de persoonlijke levenssfeer van de personen in de registraties te respecteren en beschermen, conform de AVG. Het voldoen aan deze randvoorwaarden vereist eveneens een forse tijdsinvestering. Bij onvoldoende beschikbare tijd is een optie om kleinere steekproef van de registraties te analyseren en hierbij een meer kwalitatieve aanpak toe te passen.

Analyse van tekstvelden met behulp van machine learning technieken zoals clusteranalyse blijkt minder bruikbare resultaten op te leveren wanneer het gaat om erg beknopte teksten, om een grote variatie in taalgebruik en schrijfstijlen of om een klein aantal registratiejaren.

7. Welke extra informatie geeft de duiding van resultaten met regionale partners en op welke manier draagt relevante documentatie en literatuur bij aan de interpretatie van resultaten?

Een belangrijk onderdeel van het project waren de duidingssessies met de bronhouders. De vragen die daar naar voren werden gebracht hebben mede aan de basis gelegen van de rapportage zoals deze er nu ligt. Daarnaast brachten de sessies ook helder aan het licht welke behoeften en verwachtingen er leven ten aanzien van de monitoring van personen met verward gedrag. Allereerst vonden bronhouders het van



belang dat de monitor antwoord kan geven op de vraag of aanpakken of beleid rond personen met verward gedrag effectief zijn. Daarbij is de diversiteit van de beschreven groepen een aandachtspunt. Verschillende groepen, zoals jonge mensen of juist oudere, komen op verschillende wijze in beeld bij de monitoring.

Monitors geven een beeld van groepen mensen op een bepaald moment. Echter, tijdens de duidingssessies bleek er bij de bronhouders en andere gebruikers van de monitor ook behoefte te bestaan aan inzicht in 'patient journey': hoe gaat het, na een registratie, verder met een persoon met verward gedrag, maar ook wat ging er aan de registratie vooraf. Hieraan gerelateerd is er behoefte aan voorbeelden, typologieën of personae van soorten problematiek om deze herkenbaar en betekenisvol voor regionale partijen te maken. Het is in dit verband dat extra documentatie en literatuur een rol kan spelen; hiermee kunnen de resultaten in een breder verband geplaatst worden.

8. Is het mogelijk om indicatoren voor risicogroepen voor verward gedrag te identificeren en, zo ja, welke?

Omdat dit een verkennend project was, is in eerste instantie gefocust op risicogroepen voor verward gedrag naar leeftijd en geslacht. Deze analyses gaven ook bruikbare aanwijzingen voor bijvoorbeeld een hoger risico voor verward gedrag bij personen onder 35 jaar en een ondervertegenwoordiging van ouderen met verward gedrag, mogelijk omdat deze ouderen elders in zorg verblijven. Deze monitorbevindingen geven vervolgens bij de duiding aanleiding tot wensen voor verdere verdiepende analyses, zoals naar de samenhang bij jongere volwassenen van verward gedrag met eenzaamheid of middelengebruik. Daarbij wordt bijvoorbeeld de vraag gesteld naar verdere analyses naar plaats, dag en tijd van het verwarde gedrag.

Als risicogroep voor verward gedrag zijn – vooral in de BVH - personen met meervoudige registraties binnen een jaar aan te merken. Ook hier zijn verdiepende analyses nodig om allereerst zicht te krijgen op de aard en ernst van de registraties bij deze personen alvorens tot een zinvolle indeling en afbakening van indicatoren voor bepaalde risicogroepen kan worden gekomen.

Bij het exploreren van de gestructureerde gegevens in de bronnen konden wij verder geen bruikbare indicatoren voor risicogroepen identificeren. Zo worden bijvoorbeeld licht verstandelijk beperkten wel gezien als risicogroep (*Projectgroep, 2018a*), maar de informatie hierover kon niet uit de registraties worden gehaald, omdat dit kenmerk niet (systematisch) vastgesteld en geregistreerd wordt. Het exploreren van de vrije tekstvelden in een aantal bronnen leidde tot een eerste voorzichtige beschrijving van soorten (combinaties van) kenmerken van de personen die verward gedrag vertonen en van hun situatie. De doorontwikkeling van een dergelijke indeling in subgroepen maakt het mogelijk de ontwikkelingen in type incidenten door te tijd heen te monitoren. Echter, de ontwikkeling van zo'n indeling in subgroepen is een iteratief proces waarvan in deze pilots slechts de eerste stap is gezet. Voordat hieruit indicatoren voor risicogroepen (of situaties) geïdentificeerd kunnen worden is eerst verdere ontwikkeling en validatie noodzakelijk.



Een keuze kan zijn om in de context van verward gedrag een monitor volledig te richten op kwetsbare groepen, zoals alleenstaande moeders met een laag inkomen, mensen met een verstandelijke beperking. In dit verband werd in de duidingssessie door sommigen gerefereerd naar de OGGZ-monitor van de GGD, op basis van onder andere landelijke CBS-data. Zo'n monitor kwetsbare mensen zou inderdaad zicht kunnen geven op mogelijke risicogroepen. Een monitor kwetsbare groepen geeft echter geen informatie over de doelmatigheid van een lokale of regionale integrale aanpak voor personen met verward gedrag.

Dit project is uitgevoerd door een consortium van RIVM, Trimbos-instituut, GGD regio Utrecht, GGD West-Brabant en De Praktijk Index in opdracht van ZonMw. ZonMw heeft dit project (638050213) gefinancierd in het kader van het 'Actieprogramma lokale initiatieven voor personen met verward gedrag'.

