

Quick scan

naar het effect en resultaat van het convenant GGZ Nederland en Raad van Hoofdcommissarissen van 28 januari 2003

Projectverslag

15 maart 2005

Opdrachtgever: GGZ Nederland
Drs. J. Mastenbroek
Drs. E. Mulder

Onderzoeker: G. Herrmann Msc

Inleiding	p	3
Doelstelling van Quick scan	p	3
Methode	p	4
Respondenten	p	5
Resultaten	p	6
Conclusies en aanbevelingen	p	17
Geraadpleegde documenten	p	20

Bijlagen:

- 1 Vragenlijst
- 2 Overzicht organisaties

Inleiding

Aanleiding tot het convenant GGZ Nederland en Raad van Hoofdcommissarissen was de groeiende vraag naar duidelijkheid rond opvang en hulp aan mensen met psychische en/of verslavingsproblemen die in aanraking komen met de politie. Deze vraag moet ook gezien worden in de maatschappelijke context. Veiligheid ofwel onveiligheid is een onderwerp dat zowel in de politiek als in de gezondheidszorg meer en meer onder de aandacht is gekomen. Maar ook de vraag, soms zelfs de eis, om snelle oplossingen wordt in de maatschappij steeds zichtbaarder. Dit kan betrekking hebben op persoonlijke problemen, maar ook problemen in de omgeving, zoals overlast.

Bezuinigingen en koerswijzigingen in de politiek zijn van invloed op het beleid van zowel de gezondheidszorg, als de organisatie van de politie. De kerntakendiscussie van organisaties zijn actueel. De medewerkers van de verslavingszorg, de psychiatrie en de openbare orde ontmoeten elkaar ook in deze discussies. De noodzaak tot verdere samenwerking wordt duidelijk.

In januari 2003 is door de Raad van Hoofdcommissarissen en GGZ Nederland een convenant getekend betreffende de samenwerking tussen GGZ Nederland (inclusief verslavingszorg) en politie.

Er is afgesproken dat het landelijke convenant per regio verdere invulling zal krijgen. Het convenant beoogt een start te zijn rond verdere samenwerking van de betrokken organisaties. Het uiteindelijke doel is om problemen in beeld te krijgen en tot betere oplossingen te komen.

Doelstelling van de Quick scan

Na het tekenen van het convenant heeft GGZ Nederland een projectplan opgesteld om de resultaten van het convenant te begeleiden en te monitoren.

“GGZ Nederland heeft zich in haar projectplan beperkt tot de evaluatie van de 6 uur aanrijden doorplaatstijd vanuit de politiecel naar de GGZ en het bevorderen van actief beleid bij GGZ-instellingen op het gebied van incidenten-management op GGz- terreinen. Dit laatste onderdeel is met name belegd in het Arbo-convenant, Projectplan Agressie crisisdiensten” (projectplan GGZ Nederland, 2003).

De beoogde doelen bleken niet zonder meer te kunnen worden behaald. Dit heeft onder andere te maken met het ontbreken van gegevens rond de activiteiten in het veld van de acute psychiatrie en politiebemoeienis. De gegevens die er zijn kunnen moeilijk aan elkaar worden gekoppeld. De verzameling van gegevens is een complex geheel.

In aansluiting op de activiteiten die GGZ Nederland heeft ontplooid rond het convenant is in februari 2005 besloten om alsnog te zoeken naar globale gegevens van het effect en de resultaten van het convenant.

Als methode van onderzoek is gekozen voor een Quick scan bij zoveel mogelijk crisisdiensten, ofwel acute diensten in Nederland. Hiervoor zijn de volgende vragen en uitgangspunten door GGZ Nederland geformuleerd:

“Quick scan naar het resultaat en het effect van het convenant tussen de Raad van Hoofdcommissarissen en GGZ Nederland inzake de afgesproken 6 uur (aanrijdtijd en doorplaatsing naar GGz).

- 1. Een eindverslag op 15 maart 2005 waarin per crisisdienst en in zijn totaliteit wordt beschreven:*
- 2. Wat de situatie was voor het afsluiten van het landelijke convenant qua aanrijdtijd en doorplaatsing naar de GGz vanaf het politiebureau in geval van crisis en wat de situatie nu is.*
- 3. Welke crisisdiensten wel een convenant hebben afgesloten n.a.v. het landelijke convenant over de 6 uur en welke niet.*
- 4. In geval van het voorgaande, wordt aangegeven welke crisisdienst voor welke oplossing heeft gekozen om binnen de 6 uur te blijven.*

5. *Indien er geen afspraken zijn / zijn gemaakt, wordt aangegeven wat de reden hiervan is en waarom dit zo is.*
6. *De scan geeft een indicatie over de extra inspanning (qua tijd en geld) die de organisatie - door het landelijke convenant - heeft gedaan om als crisisdienst binnen de 6 uur te blijven.*
7. *De scan geeft aan of het gaat om structurele of incidentele afspraken met de politie. Hierbij wordt ingegaan op aspecten als: evaluatiemomenten op de werkvloer en directieniveau, bijsturing en, daaraan gekoppeld, overleg met de politie.*
8. *De scan geeft een korte beschrijving van de reacties op de open vraag: wat zou nog meer verbeterd kunnen worden in de samenwerking tussen de politie en de GGz.*
9. *De scan geeft een korte beschrijving van de neveneffecten van het afsluiten van het convenant (spin off).*

De vraag van onderzoek is aan een externe onderzoekster gesteld.

Methode:

De globale vraagstelling voor dit onderzoek is om binnen korte tijd zoveel als mogelijk gegevens te verzamelen rond het effect en de resultaten van het convenant tussen GGZ Nederland en Raad van Hoofdcommissarissen van 28 januari 2003.

Een Quick scan is dan ook een snelle methode om zo veel als mogelijk gegevens rond een thema te inventariseren binnen een korte tijdsperiode. Er is gekozen voor een telefonische inventarisatie om binnen het tijdsbestek zoveel als mogelijk respons te verkrijgen. De vragenlijst is met behulp van de elementen uit het convenant ontwikkeld en getoetst aan de vragen die GGZ Nederland beantwoord wilde hebben.

De vragenlijst omvat de volgende elementen:

- Datum
- Respondentnummer
 - Functie respondent
 - Naam van de organisatie
 - Organisatie van de crisisfunctie

- Crisisfunctie en verslavingszorg
- Bekendheid met het convenant
- Samenwerkingsafspraken
- Evaluatie van de samenwerking
- Duidelijkheid rond taken en rollen
- Regionale samenwerking
- Structurele verbetering van de communicatie
- Knelpunten
- Kwaliteit van de crisisdienst/opvang
- Verblijf en begeleiding in de politiecel
- Richtlijnen/samenwerkingsafspraken
- Suggestie voor de toekomst

De vragenlijst bevat keuze vragen en de mogelijkheid om een toelichting op de antwoorden te geven (zie bijlage 1)

Respondenten:

Om de informatie te verkrijgen rond het effect en de resultaten van het convenant is besloten om zo veel als mogelijk organisaties van acute diensten te betrekken bij de Quick scan.

In het veld worden de termen crisisdienst en acute dienst door elkaar gebruikt. Voor de leesbaarheid van dit verslag is gekozen om vanaf hier één terminologie te gebruiken: acute dienst.

Om een maximale hoeveelheid informatie te verkrijgen rond beleid en uitwerking van beleid rond het convenant is gekozen om per organisatie, de leidinggevenden van de acute dienst te bevragen.

De term leidinggevende heeft geen eenduidige invulling. Leidinggevenden kunnen zowel (cluster) managers van acute diensten, coördinatoren van de acute diensten, teamleiders, afdelingshoofden of andere functies zijn. In het telefonische contact met de organisatie is er door onderzoeker gevraagd naar de leidinggevende van de acute dienst. In de vragenlijst is er een onderscheid gemaakt in de categorieën; manager, teamleider en anders.

Het onderscheid is gemaakt om mogelijke verschillen van informatie te kunnen verklaren.

De telefoonnummers van de GGz organisaties zijn via de adreslijst van de WAP (werkgroep acute psychiatrie van de NVSPV) ter beschikking gesteld. Tijdens de Quick scan bleek dat niet alle nummers ook de nummers van de acute diensten bleken te zijn. In de meeste gevallen waren het de algemene nummers van GGz organisaties.

Er zijn volgens de lijst van de WAP 68 crisisdiensten in Nederland. Deze gegevens bleken niet helemaal up-to-date te zijn. een aantal organisaties was gefuseerd en werkte samen met andere organisaties. Of de acute diensten waren overdag per aparte locatie georganiseerd en buiten kantoor tijden per regio of als stedelijke dienst. Ook zijn er nieuwe crisisfuncties ontstaan binnen organisaties.

Alle 68 nummers van de WAP lijst zijn een tot meerdere keren gebeld om in contact te komen met de leidinggevende van de acute dienst. Na een aantal keren te bellen is er gevraagd om terug te bellen, een x-aantal respondenten heeft niet teruggebeld. Uiteindelijk zijn 50 respondenten betrokken bij de Quick scan.

Resultaten

Er zijn 50 respondenten geïnterviewd, verdeeld over Nederland. Het overzicht van de organisaties is te vinden in bijlage 2.

De resultaten worden beschreven aan de hand van de vragen uit de Quick scan. De grafiek per onderdeel geeft een beeld in procenten % van de verdeling van de antwoorden.

Respondenten:

De respondenten waren managers, of teamleiders, of er was een andere functiebeschrijving. Een deel van de respondenten waren professionals, zoals psychiaters of SPV met een deeltaak in het management en een aantal waren voornamelijk managers van grotere organisatieonderdelen.

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid onbekend	1	2,0	2,0	2,0
manager	34	68,0	68,0	70,0
teamleider	10	20,0	20,0	90,0
anders	5	10,0	10,0	100,0
Total	50	100,0	100,0	

Functie van de respondent

Door de diversiteit aan functies (ook binnen de categorie managers) van de respondenten en de diversiteit aan beschikbaarheid van informatie heeft onderzoekster gekozen om de resultaten van de Quick scan niet per acute dienst en organisatie te beschrijven.

Tijdens het telefonisch benaderen van respondenten is opgevallen dat er soms een weinig dienstverlenende houding was van de recepties of secretariaten. Het bleek niet eenvoudig aan informatie over de juiste persoon te komen of een boodschap door te laten geven. Vaak is er meer dan twee keer doorverbonden om bij de juiste persoon terecht te komen. Er waren natuurlijk ook organisaties, waar de dienstverlening aan de telefoon uitstekend was. Maar dit was niet de regel, meer de uitzondering.

Organisatie van de crisisdiensten:

Er zijn verschillende organisatievormen van acute diensten in Nederland. In de vragenlijst is er een onderscheid gemaakt in organisaties; met een vast team van de acute dienst, organisaties waar verschillende medewerkers uit de hele organisatie naast hun andere werkzaamheden de crisisfunctie vervullen en als derde optie is de gemengde vorm van een organisatie onderscheiden.

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid onbekend	1	2,0	2,0	2,0
een crisisdienst	15	30,0	30,0	32,0
meerdere	15	30,0	30,0	62,0
combinatie	18	36,0	36,0	98,0
anders	1	2,0	2,0	100,0
Total	50	100,0	100,0	

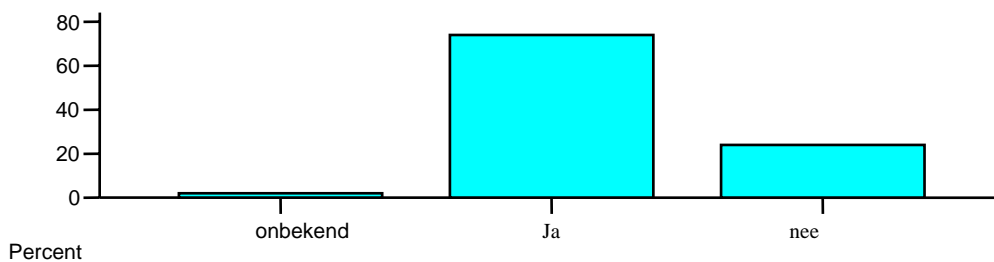
Verschil in crisisfunctie

Uit de Quick scan blijkt dat er 15 organisaties zijn met een team voor de acute dienst. Ook zijn er 15 organisaties die over geen apart team beschikken, maar werken met medewerkers uit de hele organisatie. De grootste groep, namelijk 18 organisaties werken met gemengde vormen. Maar het verschil in de mengvormen kan zeer divers zijn.

Ook blijkt uit het onderzoek dat er afgelopen jaren diverse veranderingen hebben plaatsgevonden in de organisaties van de acute diensten. Uit de interviews is er een tendens te zien naar het formeren van een dienst voor de acute zorg. Als argument wordt daarbij specialisatie en verbetering van de kwaliteit van de hulpverlening genoemd (zie veranderingen crisisfuncties).

Crisisdienst en verslavingszorg

Crisisinterventie en verslavingsproblematiek is een combinatie die vaak voorkomt. Er zijn in Nederland verschillende organisaties voor de verslavingszorg, maar deze beschikken over het algemeen, niet over een 24 uur functie voor de crisisinterventie.



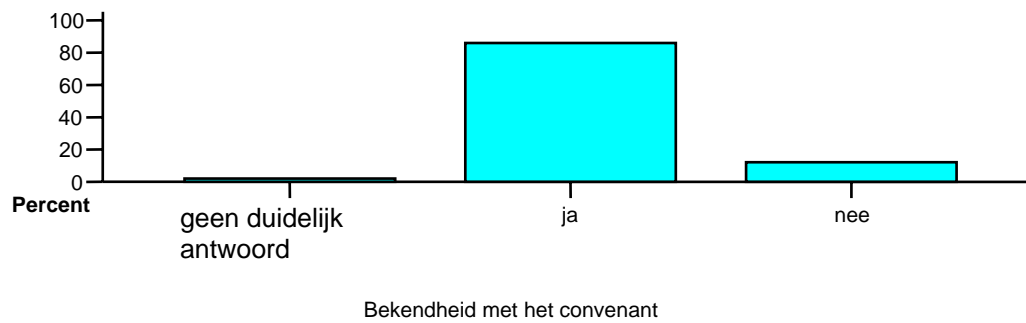
Organisatie crisis en verslavingsproblematiek; een taak van de GGZ?

Van de 50 respondenten verklaren 37 dat hun acute dienst ook een taak heeft in de verslavingszorg. Meestal blijkt dit zo gegroeid te zijn, er zijn geen duidelijke afspraken hierover gemaakt.

12 respondenten zijn van mening dat het geen impliciete taak is, maar vertellen dat hun organisatie afspraken heeft gemaakt met de verslavingszorg rond het vervullen van de crisisfunctie voor de verslavingszorg. Respondenten zijn over het algemeen duidelijk in hun mening dat de samenwerking met de verslavingszorg nog beter geregeld moet worden.

Bekendheid met het convenant:

Uit de Quick scan blijkt dat 86% van de respondenten min of meer bekend zijn met het convenant. Dit betekent dat respondenten bekend zijn met onderdelen van het convenant. Enkele respondenten waren betrokken bij de verder vormgeven van het convenant in de eigen regio.

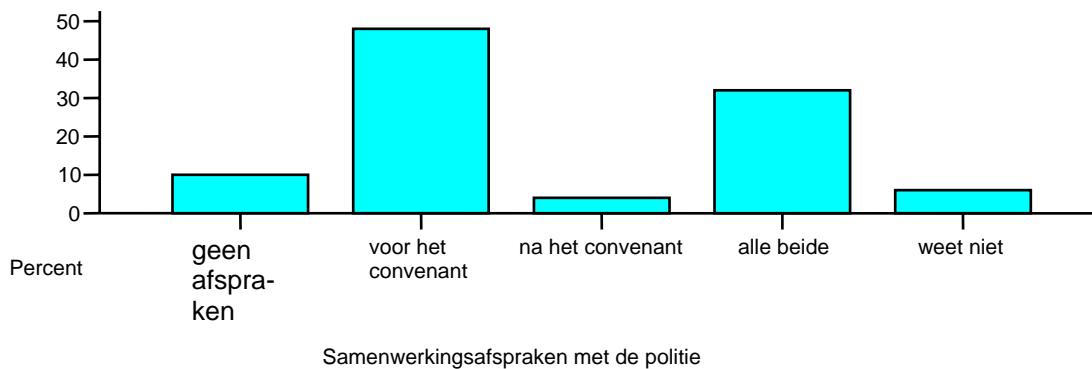


Een aantal respondenten is alleen bekend met het onderdeel van de 6 uur afspraak rond verblijf in de politiecel.

Samenwerkingsafspraken met de politie:

Door 46 respondenten wordt, in eerste instantie, opgemerkt dat er samenwerkingsafspraken zijn met de politie. Bij het verder doorvragen zijn de volgende resultaten gevonden:

In 48% van de organisaties waren er al bestaande afspraken (voor het afsluiten van het convenant). In twee (4%) organisaties zijn de afspraken pas tot stand gekomen na het afsluiten van het convenant.



16 respondenten (32%) zijn van mening dat het convenant een stimulerende werking heeft gehad.

Door het convenant zijn afspraken opnieuw bekeken of zijn er nog nieuwe afspraken gemaakt. De volgende opmerking wordt door een van de respondenten gemaakt:

Afspraken met de politie waren er al jarenlang, maar deze afspraken hebben verder vorm gekregen afgelopen jaar.

Bij deze vraag zijn door meerdere respondenten ook de landelijke bijeenkomsten, die georganiseerd zijn met de hoofden van de acute diensten, de politie en GGZ Nederland, besproken. Een aantal respondenten merkt bij dit onderwerp op, dat de bijeenkomsten als inspirerend en waardevol zijn ervaren.

Belangrijk lijkt voornamelijk de mogelijkheid te zijn tot het uitwisselen van informatie en nieuwe kennis rond de praktijk. Een aantal respondenten is van mening dat de bijeenkomsten te veel worden bepaald door één stedelijke regio.

Voor een tweetal respondenten valt er niet meer zo veel te halen en is de vraag om toekomstgerichte onderwerpen op de agenda te zetten.

Samenwerkingsafspraken en richtlijnen:

Er zijn diverse vormen van afspraken en richtlijnen te vinden in organisaties. Er zijn afspraken rond de aanmelding en de verwijzing, het omgaan met medicatie, het inschakelen van achterwachten en afspraken rond veiligheid.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	onbekend	2	4,0	4,0	4,0
	ja	28	56,0	56,0	60,0
	nee	20	40,0	40,0	100,0
	Total	50	100,0	100,0	

Richtlijnen en samenwerkingsafspraken (uitgewerkt in praktijk)

28 (56%) respondenten weten dat er in hun organisatie een of ander vorm van een richtlijn bestaat rond de samenwerking politie en GGz.

Een viertal acute diensten werkt met een richtlijn die gezamenlijk met de politie is ontwikkeld en waar de samenwerking in detail is beschreven. De pilot rond deze richtlijn is gestart en er vindt monitoring plaats van de resultaten.

Er werken echter 20 (40%) acute diensten niet met richtlijnen rond de samenwerking. Zoals een van de respondenten noemt is dit niet nodig:

De werkzaamheden zijn bekend en als je elkaar kent en aanspreekt, als de zaken niet goed lopen, valt er goed samen te werken.

Een tweetal respondenten waarschuwt over een te veel aan protocolisering, wat ten koste kan gaan van goede communicatie.

Duidelijkheid van taken en rollen:

Een vergelijkbare verdeling van de resultaten is te zien rond de vraag of de rollen en taken tussen GGZ en politie duidelijk zijn. 46 respondenten zijn in eerste instantie van mening dat binnen hun organisatie de taken en rollen helder zijn voor de medewerkers.

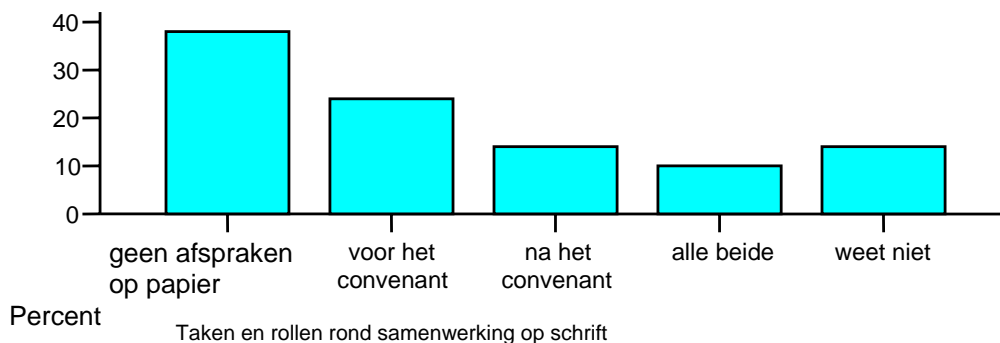
	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid weet niet	3	6,0	6,0	6,0
ja	46	92,0	92,0	98,0
nee	1	2,0	2,0	100,0
Total	50	100,0	100,0	

duidelijkheid van taken en rollen

Bij specifiekere doorvragen blijkt dat in 25 (50 %) organisaties dit al jaren duidelijk is, lang voor het convenant.

Een aantal respondenten merkt op dat het convenant stimulerend is voor een verdere uitwerking van de al bestaande afspraken.

Niet alle afspraken rond de rol en taakverdeling staan op papier. In 31 organisaties lijkt dit wel het geval te zijn.



Onduidelijk blijft hoe deze afspraken bij iedereen tot stand zijn gekomen. Bij korte navraag blijken afspraken vaak niet in gezamenlijk overleg met de partners te worden gemaakt, maar door een van de organisaties apart. De bestaande afspraken betreffen zich merendeels op een onderdeel van de werkzaamheden.

Een van de respondenten belicht nog een ander probleem, namelijk:

Afspraken worden soms alleen op beleidsniveau gemaakt, zonder zicht op het veld en betrokkenheid van de professionals en dit werkt uiteindelijk niet.

Een aantal respondenten benadrukt ook het verschil in interpretaties van taken en rollen. De verwachtingen komen vaak niet overeen. Een voorbeeld van een van de respondenten:

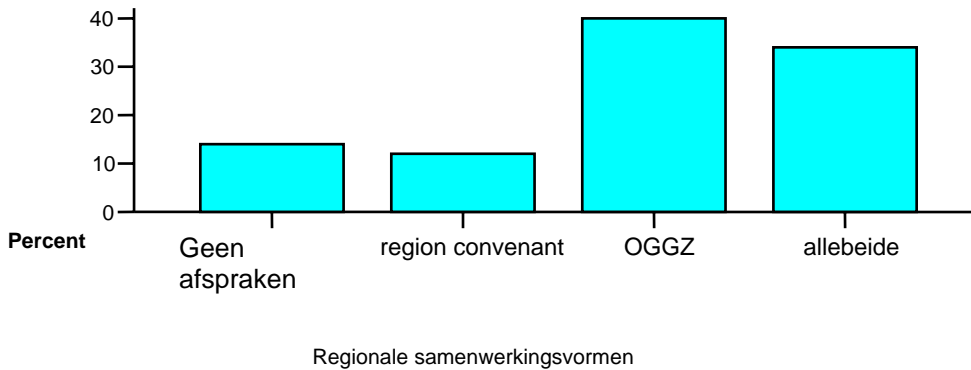
Er is soms discussie rond veiligheid. De politie zeg: wij komen dan niet, terwijl dit ook een taak van de politie is.

Er zijn ook organisaties waar geen afspraken op papier staan, dit is door 15 respondenten opgemerkt.

Regionale samenwerking:

Uit de resultaten van de Quick scan blijkt dat er vele initiatieven zijn genomen om tot samenwerking te komen.

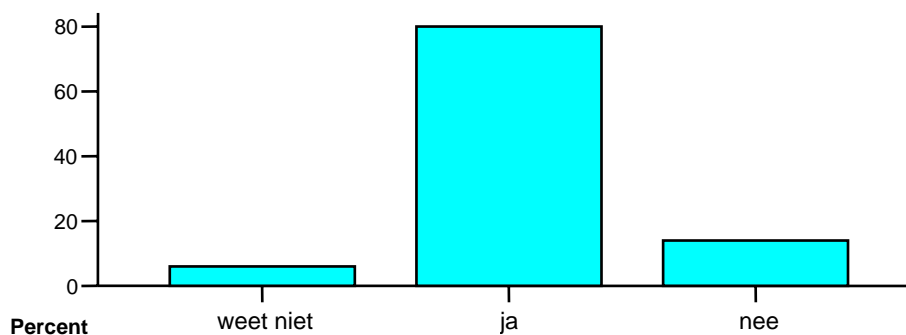
Soms zijn acute diensten en OGGZ diensten gekoppeld, netwerken zijn dan voor een deel hetzelfde.



Uit de resultaten van de Quick scan blijkt dat in 20 (40%) van de 50 organisaties samenwerkingsvormen zijn ontwikkeld rond de OGGZ problematiek, aldus de respondenten. Binnen 17 (34%) organisaties is er zowel sprake van een eigen regionaal convenant of intentieverklaringen en uitgebreide OGGZ activiteiten.

Structurele verbetering van de samenwerking

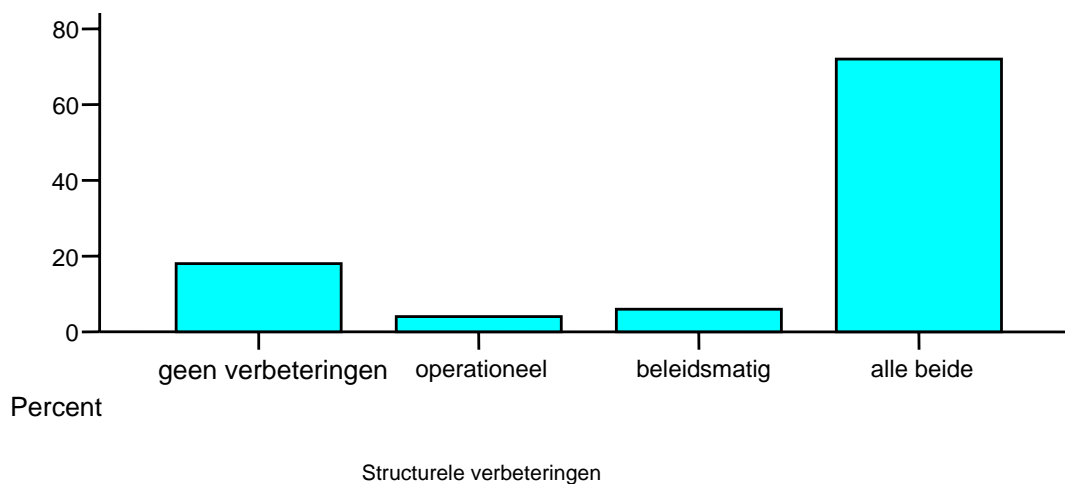
Van de 50 respondenten zijn 40 (80%) van mening dat het convenant een stimulerende werking heeft om zaken nog beter met elkaar te organiseren.



Echter 7 (14%) respondenten zijn van mening dat er geen sprake is van een verbetering van de samenwerking na het convenant. Een enkeling heeft zelfs de indruk dat de samenwerking met de politie sindsdien juist is verslechterd. Bij navraag blijkt dat het vaak de discussies rond de kerntaken en de verschillen de verwachtingen zijn, die in het veld worden gevoerd. Politie onderbouwt dan hun argumenten met de afspraken van het convenant, zoals een van de respondenten heeft verteld:

Sinds het convenant zijn discussies aangescherpt, discussies gaan over verantwoordelijkheden van de GGz, die de GGz volgens de politie niet neemt, over wachttijden en er is geen afstemming rond veiligheid

Uit de Quick scan blijkt er soms een verschil te bestaan tussen verbeteringen van samenwerking op beleidsniveau en operationeel niveau.

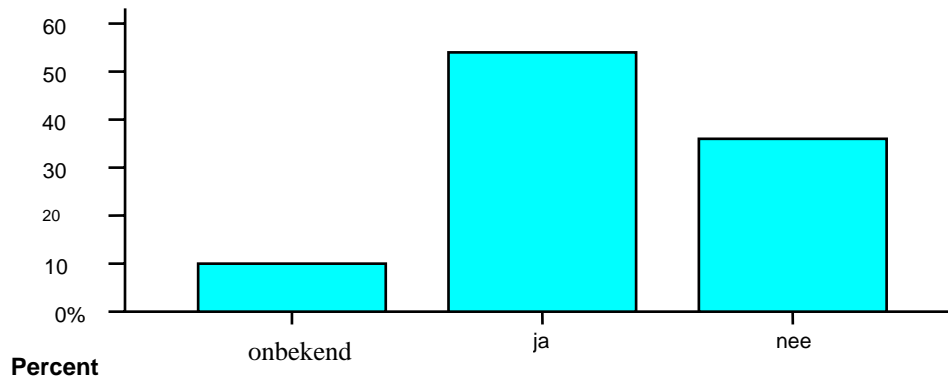


Een drietal respondenten is van mening dat er soms alleen op beleidsniveau iets wordt afgesproken en dat dit niet goed gecommuniceerd wordt naar het veld. Medewerkers zijn dan niet op de hoogte van afspraken of er zijn afspraken gemaakt die moeilijk na te komen zijn. Echter de meeste respondenten (72%) zijn van mening dat afspraken op zowel operationeel als op beleidsmatig niveau gemaakt worden.

Evaluatie van de samenwerking:

54% van de respondenten geeft aan dat de samenwerking geëvalueerd wordt. Het blijkt dat er verschillende vormen van evaluaties zijn. Door een aantal respondenten wordt opgemerkt dat binnen hun organisaties het gebruikelijk is om twee keer per jaar een evaluatie te plannen met partners in de zorg. Maar in de meeste gevallen is de evaluatie gekoppeld aan een al bestaand overleg, waarbij ook casuïstiek wordt besproken.

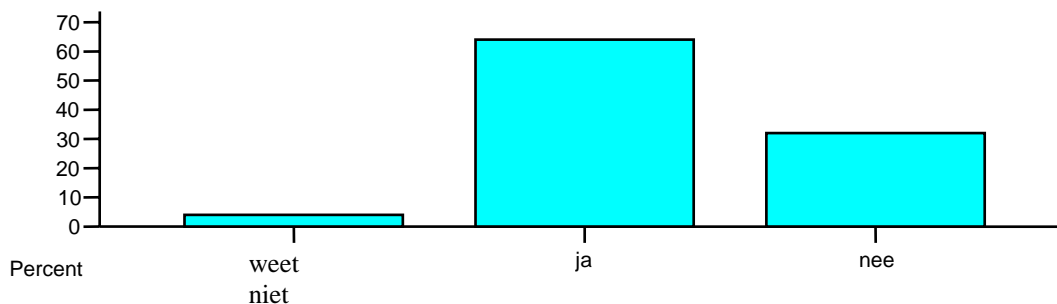
In 18 (36%) organisaties blijkt er geen evaluatie van de samenwerking te zijn en 5 respondenten wisten het niet precies.



Evaluatie van de samenwerking

Crisisopvang en crisisdienst:

Door 32 (64%) respondenten wordt vermeld dat er initiatieven zijn genomen rond verbetering of verandering van de crisisopvang en/of de organisatie van de acute diensten.



Veranderingen rond crisisfuncties

In 16 (32%) organisaties zijn er geen veranderingen ingevoerd. Van deze groep bleken de meeste respondenten van mening te zijn dat het prima loopt in de organisatie, verandering was niet noodzakelijk. Vooral in de grote steden zijn verandertrajecten al ingezet voor het afsluiten van het convenant. Veranderingen waren noodzakelijk, zoals de problemen rond het beddentekort en het langdurige verblijf van patiënten in politiecellen. Deze problemen zijn nu verleden tijd en men is bezig om de goede praktijken te borgen en zo nodig nog te verbeteren.

Een van de respondenten heeft hierbij nog de volgende opmerking gemaakt:

Wij moeten ook wel alert blijven, anders gaan wij nog ten onder aan het eigen succes

Tijdens de interviews zijn vele initiatieven tot veranderingen rond de crisisopvang en de acute diensten genoemd; hierbij een kort overzicht (inclusief de initiatieven die voor het sluiten van het convenant tot stand zijn gekomen):

- o Diverse veranderingen in **de organisatie** van de crisisdiensten (crisisfunctie vormen tot één team; een stedelijke dienst met een opvang die gemeenschappelijk georganiseerd is door de GGD, politie en de GGZ; samenvoegen van een aantal diensten buiten kantooruren tot een regionale dienst; samenvoegen van de crisisdienst met de acute afdelingen van een APZ;

- o acute dienst organiseren samen met de verslavingszorg, crisisdienst 24 uur per dag op één locatie stationeren, waar patiënten ook naar toe gebracht kunnen worden)
- o Veranderingen in **voorwaarden voor crisisinterventie** (voorzieningen voor noodbedden, opnamecoördinator voor een regio, afspraken met de politie rond vervoer van patiënten naar twee specifieke politiebureaus in een regio, werken met koppels, aandacht voor veiligheid en deskundigheidsbevordering in crisisdiensten, investeren in het personeel door het organiseren van themamiddagen en inzichtelijke regelingen rond compensatie, werken met BOPZ online; creëren van een crisisunit in een stad, richtlijnen en samenwerkingsafspraken met partners)
- o Veranderingen ter **preventie van crisis** (signaleringsplannen, toegankelijke informatie, informatie en consultatie aan partners, OGGZ activiteiten, de SPV op de politiebureaus stationeren, investeren in netwerken in de wijken, structurele overlegsituaties met politie en verslavingszorg)

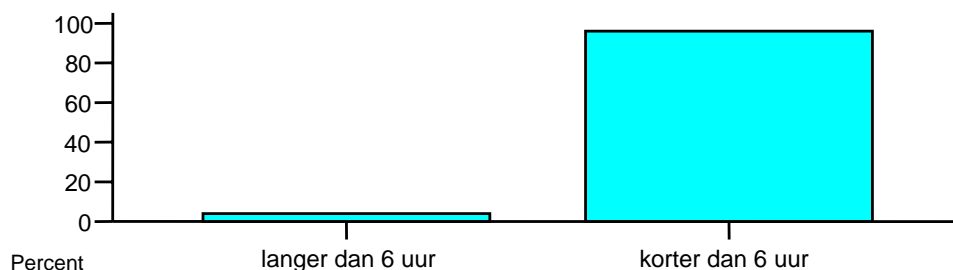
Samenvattend kan er gezegd worden dat er veel is veranderd rond de acute diensten, in het hele land is gezocht naar alternatieven en noodoplossingen. Maar vanuit de genoemde knelpunten (zie knelpunten) zal er voorlopig nog verder ontwikkeld moeten worden in het veld van de acute psychiatrie.

Verblijf in de politiecel:

Uit de resultaten van de Quick scan blijkt dat het verblijf van een patiënt (die geïndiceerd is voor de GGz) in de politiecel niet langer is dan 6 uur.

Het is van belang om duidelijk te zijn over het nulpunt van de tijdsmeting. De resultaten van dit onderzoek zijn gebaseerd op de nulpunt van de meting bij het moment van bellen of anderszins in contact komen van de politie met de GGz.

Als het nulpunt van de meting eerder zou liggen, bij het signaleren van een mogelijke patiënt voor de GGz door de politie, dan zouden de resultaten geheel anders zijn.



Verblijf politiecel

Uit de resultaten blijkt dat 48 (96%) respondenten van mening zijn dat het nooit tot zeer incidenteel gebeurt dat iemand langer dan 6 uur in de cel verblijft. Een van de respondenten weet het niet precies maar denkt dat het korter zal zijn dan 6 uur. Bij één van de organisaties komt de situatie niet voor dat er beoordelingen zijn in de politiecel. Mocht de vraag wel komen wordt dit overgenomen door een reguliere crisisdienst van de GGz.

Rond de uitzonderingen op de 6 uur afspraak, zijn de volgende argumenten opgemerkt.

- o Geen ambulancevervoer buiten de regio.
- o Capaciteitsprobleem van opnamebedden in landelijke regio's
- o Noodzaak voor ambulancevervoer bij een IBS (Inbewaringstelling)

Het probleem rond het ambulancevervoer heeft indirect ook te maken met een gebrek aan bedden in de eigen regio.

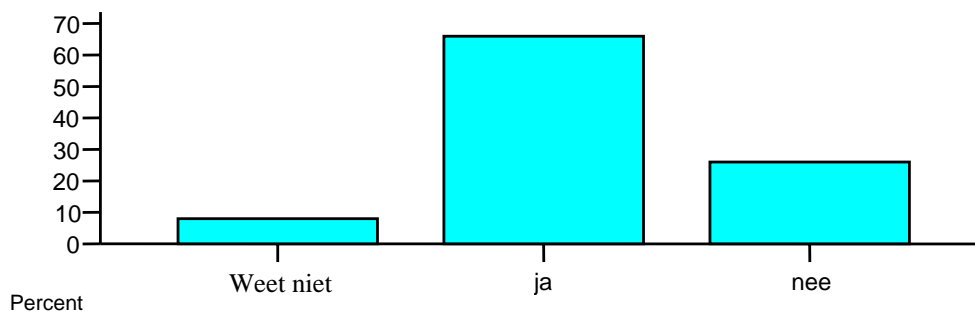
De landelijke ambulanceorganisatie heeft twee jaar geleden de afspraak gemaakt om buiten kantoor-uren geen psychiatrische patiënten (opname-indicaties) te vervoeren in verband met hun eigen capaciteitsproblemen. Dit heeft geleid tot verschillende regionale afspraken tussen GGz organisaties onderling om laagdrempelig voor elkaar patiënten op te nemen. Maar ook deze afspraken lossen de problemen niet helemaal op. Er zijn regio's waar weinig psychiatrische bedden ter beschikking staan, met als gevolg dat er soms geen andere mogelijkheid meer is dan een plaats buiten de regio. Bijna altijd betreft het gedwongen opnames (IBS). Bij een IBS blijkt de afspraak te zijn, dat alleen de ambulance het ziekenvervoer mag doen.

Een ander probleem is het verschil in regio-indelingen. De regio's van de ambulance zijn niet altijd dezelfde regio's als van de GGz en de politie. Soms is er een verschil in zowel GGz, politie als van de ambulance regio. Afstemming van regio's zou dit probleem oplossen (en nog vele andere problemen meer).

Begeleiding in de politiecel:

Soms komt het voor dat psychiatrische patiënten in afwachting van een hulpverleningstraject een aantal uren (dus niet meer dan 6 uur) in een politiecel moeten verblijven.

Voor de politie is het dan van belang om een beroep te kunnen doen op de GGz. Er worden verschillende afspraken gehanteerd door de acute diensten in de GGz.



Begeleiding in de politiecel

Door 33 (66%) respondenten wordt opgemerkt dat het gebruikelijk is om bij een IBS te wachten op een politiebureau tot dat de patiënt is vervoerd. Er is onduidelijkheid over, of dit ook wettelijk zo moet.

En 13 (26%) respondenten zeggen, dat er een afspraak is om alleen op indicatie te blijven. Het volgende voorbeeld is genoemd:

Als iemand heel rustig is en slaapt is het niet noodzakelijk om te blijven, maar als de crisisdienst weg gaat, worden altijd goede afspraken met de politie gemaakt hoe ze ons weer kunnen inschakelen. De afspraken worden ook altijd in gemeenschappelijk overleg gemaakt met de politie.

Als iemand blijft op een politiebureau dan zijn dit de voorwachten van de acute diensten. Zij verblijven dan niet bij de patiënt in de cel, maar op het politiebureau en kunnen zonodig ingeschakeld worden.

Knelpunten:

Uit de resultaten van dit onderzoek blijkt dat er naast de vele goede praktijken ook knelpunten worden gesignaleerd. 54% van de respondenten is van mening dat er knelpunten zijn in de samenwerking en 38% vindt van niet. Er zijn overeenkomsten te vinden tussen de knelpunten die door de respondenten worden opgemerkt.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	weet niet	4	8,0	8,0	8,0
	ja	27	54,0	54,0	62,0
	nee	19	38,0	38,0	100,0
	Total	50	100,0	100,0	

Gesignaleerde Knelpunten

De volgende knelpunten zijn meer dan tweemaal door respondenten genoemd:

- o Gebrek aan samenwerking met de verslavingszorg
- o Problemen rond bedden capaciteit algemeen en toegang tot bedden in de verslavingszorg
- o Problemen rond bedden capaciteit en toegang tot de kinder - en jeugdpsychiatrie en de verstandelijke gehandicaptenzorg
- o Discussies op individueel niveau over taken en verwachtingen tijdens een acute crisis
- o Afstemmingsproblemen met de politie rond veiligheid (regiekwesties)
- o Vervoersproblemen bij plaatsingen buiten de regio en lange wachttijden op de ambulance
- o Een gemis aan informatie zowel intern in organisaties als tussen de partners
- o Onduidelijkheden rond de privacywet en hoe deze te hanteren in de hulpverleningssituatie
- o Verschillende verwachtingen die tot discussie en conflicten kunnen leiden in de praktijk
- o Communicatieproblemen, verschil in interpretatie van bestaande afspraken
- o Verwijzingsafspraken die verschillend gehanteerd worden
- o De rol van de GGD en de politiearts in de verwijzing is niet duidelijk
- o Onduidelijke afspraken rond de taken van de districtopsychiater
- o Kerntakendiscussie op de werkvloer

Suggesties voor de toekomst:

Naast de knelpunten zijn er verschillende suggesties gedaan om ook op landelijk niveau aan de slag te gaan.

Als basis en voorwaarde voor welke verandering dan ook, wordt het belang van een goede communicatie genoemd. Hierbij de suggesties, die door respondenten zijn gedaan:

- o Verbetering moet plaats vinden rond de samenwerking met de verslavingszorg.
- o Afstemming met de GGD rond het vervoer
- o Betere en snellere afhandeling van de IBS- procedure
- o Afstemming rond de taken van justitie en GGz
- o Heldere visie rond reële verwachtingen van mogelijkheden en onmogelijkheden.
- o Beddenproblematiek opnieuw bezien
- o Toegang tot (nood)bedden in de verslavingszorg
- o Maatschappelijke discussie voeren rond het belang van woningbouw en werkvoorzieningen, de rol van de wijkagent als signaleerfunctie
- o Communicatie ook binnen organisaties verbeteren, afstemming beleid en praktijk.
- o Verder deskundigheidsbevorderingen en methodiekontwikkelingen stimuleren
- o Initiatief nemen tot een maatschappelijke discussie wat wel, maar zeker ook wat niet gedaan kan worden door de GGz, de politie en andere hulpverlening van oplossingen van problemen in de samenleving.

Conclusies en aanbevelingen:

Uit de resultaten van het onderzoek blijkt dat er de afgelopen jaren vele samenwerkingstrajecten zijn ontstaan in het veld van de acute psychiatrie en de OGGZ. Vele initiatieven lijken beïnvloed te zijn door het convenant. Echter er zijn ook vele initiatieven genomen, naar aanleiding van maatschappelijke discussies en de noodzaak tot veranderingen.

Deze twee aspecten, convenant en initiatieven uit eerder gesignaleerde lokale knelpunten, lopen parallel. In de grote steden waren de problemen al jaren nijpend. Soms verbleven patiënten uren/dagen in een politiecel in afwachting op een opnameplaats. Het initiatief tot een andere organisatie en het organiseren van een aantal veranderingen in processen, is in deze tijd en deze context ontstaan.

Er kan dan ook geconcludeerd worden dat **het convenant tussen GGZ Nederland en de Raad van Hoofd commissarissen van 28 januari 2003, samen met al eerder ingezette trajecten, heeft geleid tot verbeteringen in de samenwerking tussen politie en GGz.** Minder zichtbaar is een samenwerking met de verslavingszorg

Zo kan er vanuit de resultaten van de Quick scan worden opgemerkt dat er **geen patiënten meer** (met een indicatie voor de GGz) **langer dan 6 uur op een politiebureau meer verblijven.** Echter met de kanttekening dat niet alle acute diensten betrokken zijn geweest bij dit onderzoek.

Het convenant wordt ook algemeen gezien als **stimulans om de samenwerking opnieuw te bekijken** en te verbeteren. Uit het onderzoek blijkt ook dat het van belang is om **verbeteringen gemeenschappelijk aan te pakken met partners** en niet allen in de eigen organisatie. Als dit wel gebeurt kan dit leiden tot een negatief effect, immers **samenwerken doe je samen en niet alleen.**

Over het algemeen kan er vanuit de resultaten van dit onderzoek worden geconcludeerd dat de **initiatieven rond de OGGZ in de meeste organisaties ook hebben geleid tot een goede samenwerking.**

Respondenten zijn over het algemeen tevreden over het effect hiervan. Belangrijk is om deze goede praktijken voort te zetten. Voorzichtig moeten wij zijn met steeds meer vernieuwingen te zoeken, aldus een aantal respondenten. **Evaluatie van goede praktijkvoorbeelden en borging is dan ook van belang.**

Dezelfde conclusies gelden (nog) niet voor de acute psychiatrie. Over het algemeen worden nog vele verbeterpunten genoemd. **Communicatie intern en met partners blijkt essentieel in de acute psychiatrie. De meerwaarde van het convenant is het formaat voor samenwerking** wat aangedragen is. **De invulling van dit globale raamwerk moet verder vormgegeven worden in de regionale netwerken en dit is nog niet in alle regio's gebeurd.** Als deze netwerken nog niet voldoende zijn, is het van belang om hierin te investeren.

Per regio kunnen verschillende problemen meer of minder op de voorgrond staan. Zo kan in een plattelandsgregio de 6 uur afspraak een probleem zijn door de afstanden tussen verschillende APZ'en van een GGZ, waarbij deze dan buiten de regio's kunnen vallen van de ambulance.

In de grotere steden kunnen capaciteitsvraagstukken van de acute diensten leiden tot vertragingen.

Diverse organisaties zijn, soms al lang voor het afsluiten van het convenant, met de eigen lokale problemen aan de slag gegaan. In de inventarisatie kunt u dit terug vinden.

Naast het **specifieke van een regionaal convenant kan de winst liggen in het gemeenschappelijk vorm geven aan een initiatief.** Het is hierbij van belang om ook de **vertaling naar de praktijk** gemeenschappelijk vorm te geven. Essentieel is een goede communicatie, zowel intern in de organisatie als met de partners.

Een aantal organisaties moet de vertaalslag van het convenant binnen de eigen regio nog maken. Hiervoor is naast tijd ook financiële ruimte nodig.

Echter niet alle respondenten zijn van mening, dat er nog veel zou moeten veranderen. Er zijn enkele respondenten die vinden dat er binnen hun eigen regio alles prima loopt en geen nieuwe initiatieven nodig zijn. Voor deze organisaties geldt dat zij moeten zorgen voor een goede borging van bestaande activiteiten. De vraag blijft open, of de partners, zoals de politie, verslavingszorg, GGD en gemeentes dezelfde mening delen.

Mogelijk bestaan inderdaad al jaren goede samenwerkingsvormen, mede door netwerken en persoonlijke contacten. Maar zonder de zaken beschreven te hebben zou dit nog wel eens een probleem kunnen worden in de context van de nieuwe financieringsstromen.

Naast het stimulerende aspect en de positieve reacties op het convenant waren er echter ook reacties van minder positieve aard. Een drietal respondenten was zelfs van mening dat er door het convenant **meer schade is aangericht in de betrekkingen met de partners.** Denkbaar is dat dit te maken heeft met een gemis aan afstemming en communicatie met elkaar. De politie kan niet op zichzelf afspraken maken over tijd en uitkomsten van GGZ bemoeienis. En andersom geldt dit natuurlijk ook. Afspraken moeten gezamenlijk tot stand komen en ook verder in gezamenlijke initiatieven vertaald worden naar de praktijk.

Naast de reacties en initiatieven rond het convenant zijn er knelpunten gesignaleerd, die in vele organisaties spelen. Samengevat betreft het de probleemgebieden rond de triage in de acute psychiatrie (verwijzing, afstemming, capaciteitsproblemen rond acute bedden, vervoer). Concreet betekent dit **wie doet wat, wanneer en met welke partners.** Ook bij de inventarisatie van de knelpunten zijn er problemen gesignaleerd in de communicatie, gemis aan informatie en aan verschillen in verwachtingen.

In de volgende aanbevelingen komen een aantal suggesties aan de orde om de komende tijd verder te gaan:

Het investeren in een goede communicatie zowel intern als extern is van groot belang.

Door het thema acute psychiatrie nog meer op de kaart te zetten kan dit een stimulerende werking hebben binnen organisaties en rond maatschappelijke discussies. Maar GGZ Nederland en partners kunnen dit niet alleen. Zaken moeten opgepakt worden binnen de lidorganisaties van GGZ Nederland

en vertaald worden naar de praktijk. Om dit te realiseren is het van belang om goede praktijkvoorbeelden beschikbaar te stellen voor alle organisaties (database, info via nieuwsbrief, website etc.). Betere afstemming met de verslavingszorg lijkt belangrijk en zou een van de prioriteiten moeten zijn de komende tijd.

Naast een verdere uitwerking van het convenant is een platform wenselijk rond de acute psychiatrie. Het overleg met de hoofden van de acute diensten, politie en GGZ wordt over het algemeen gewaardeerd. Een van de belangrijke aspecten hierbij is om kennis te delen rond verschillende praktijkvoorbeelden en om elkaar in een netwerk te ontmoeten. Er bestaat behoefte om ook nieuwe knelpunten te kunnen signaleren en te bespreken, zoals financiering, verschuivingen van taken in de lijnen. Ook wordt opgemerkt dat we breed moeten kijken, niet alleen naar de grote steden problematiek.

Bij een enkeling is ook de behoefte om een discussie te stimuleren rond de (on)mogelijkheden van de GGZ en het belang van woningbouw, werkvoorzieningen en de rol van de wijkagent. Dus ook de discussie rond visie op maatschappelijke problemen, zoals overlast, verslaving en psychiatrische problematiek.

Afsluitend kan gezegd worden dat door de Quick scan veel informatie is verzameld rond de resultaten van het convenant. De vraag is niet helemaal beantwoord of deze resultaten het effect zijn van het convenant of dat de noodzaak van vele problemen in het veld hebben geleid tot veranderingen. Ik ben van mening dat beide aspecten een rol spelen.

Er blijken vele goede praktijkvoorbeelden te zijn, maar er moet ook nog veel worden gedaan. Vanuit de interviews ben ik overtuigd dat er volop ideeën zijn om verdere initiatieven te ontwikkelen. Ook van belang om te borgen wat er al is en effectief blijkt te zijn.

In dit rapport heb ik getracht om zoveel mogelijk informatie weer te geven uit de interviews (ook de verzamelde informatie die ter aanvulling is opgemerkt). Maar het was niet mogelijk alle aanvullende informatie in het rapport op te nemen.

Voor mij als onderzoekster, maar ook als professional, rest om op te merken dat het veld van de acute psychiatrie en de OGGZ interessant en inspirerend is en blijft. Ook nu weer, weliswaar via de telefoon, heb ik mensen gesproken, die mede vormgeven aan vele goede praktijken en die ook initiatieven durven te nemen voor verandertrajecten.

Hierbij mijn dank aan alle respondenten, die hebben meegewerkt aan de Quick scan.

Grace Herrmann MSc
15 maart 2005

Geraadpleegde documenten:

Projectplan: Samenwerking met politie in geval van crisis, september 2003 (GGz Nederland; drs. J.Mastenbroek)

Adresbestand WAP (GGz Nederland; drs. J.Mastenbroek)

Convenant GGz Nederland en Raad van Hoofdcommissarissen (website GGz Nederland)

Projectplan januari 2005 (GGz Nederland; drs. J.Mastenbroek)

Website GGz Nederland: kennisnet/domein veiligheid: www.GGZNederland.nl

Literatuuronderzoek uit het onderzoeksrapport(Samenwerken GGz en politie);
(nog in conceptvorm; g.herrmann,J.Salet,b.Lendemeijer)