

# Inventarisatie Eerste opvang/beoordeling

Onderdeel van bouwsteen 5 'Beoordeling en risicotaxatie'



# Inleiding

In de eerste tussenrapportage van - toen nog - het Aanjaagteam Verwarde personen, is onder bouwsteen 5 'Beoordeling en risicotaxatie' onder andere gesteld dat de triage van mensen met verward gedrag vaak eenzijdig is, namelijk gericht op zorg of op straf of alleen op enkelvoudige psychische aandoeningen. Gepleit is voor eenduidige, multidisciplinaire snelle beoordeling en eerste interventie voor mensen die verward gedrag vertonen, ongeacht de vindplaats.

Het Schakelteam heeft aan advies- en onderzoeksbureau Significant gevraagd een inventarisatie uit te voeren naar hoe de eerste opvang en beoordeling van personen met verward gedrag is vormgegeven. Het Schakelteam heeft in de eerste maanden van zijn bestaan veel vragen uit het land ontvangen over eerste beoordeling en opvang. Deze vragen zijn veelal praktisch van aard en gaan over de organisatorische en financiële aspecten van het inrichten van een eerste beoordelingslocatie. Deze vragen en het oogmerk van het Schakelteam om het land en de regio's te bedienen vormen een belangrijke aanleiding tot de voorliggende inventarisatie.

Het Schakelteam heeft in zijn vraag benadrukt dat de inventarisatie - die in korte tijd uitgevoerd moest worden - een secundaire analyse van bestaande businesscases en vooronderzoeken betreft, aangevuld met enkele (telefonische) interviews bij eerste opvanglocaties. In de inventarisatie zijn acht locaties betrokken.

De inventarisatie heeft dan ook niet het doel een landelijk dekkend beeld te

schetsen. De selectie van de betrokken locaties is tot stand gekomen door te letten op landelijke spreiding, omvang van het verzorgingsgebied en de positionering van de locatie (nabij een politiebureau, ggz-instelling of ziekenhuis). In de bijlage is voor ieder van de acht onderzochte locaties een factsheet opgenomen, waarin we voor een aantal relevante - en tevens door het Schakelteam aangeleverde - aspecten hebben bekeken of en hoe dit aspect van toepassing is voor de betreffende locatie. Ten behoeve van de inventarisatie zijn documenten van de opvanglocaties bestudeerd, is een toetsingskader opgesteld en hebben interviews plaatsgevonden met betrokken professionals van de opvanglocaties. Het toetsingskader is op basis van deze informatie ingevuld en ter validatie voorgelegd aan de gesproken professional. De informatie die is opgenomen in deze inventarisatie betreft de informatie die we hebben ontvangen vanuit de beoordelingslocaties. Er is geen oordeel gegeven over wenselijkheid of 'goed, beter, best'. Om deze reden dient deze inventarisatie gelezen te worden als een eerste inzicht in hoe een opvanglocatie georganiseerd kan worden.

Het bevragen van ervaringen en meningen van de groep personen over wie het gaat – de cliënt (en/of zijn familie) – valt buiten de scope van deze inventarisatie.

# Varianten

## Onderscheid naar drie varianten voor de organisatie van de eerste beoordeling van personen met verward gedrag

We onderscheiden op basis van de geïnventariseerde locaties drie varianten waarop de eerste opvang en beoordeling van personen met verward gedrag vorm op dit moment wordt vormgegeven:

1. Opvang bij een ggz-instelling;
2. Opvang bij een ziekenhuis;
3. Opvang bij een politiebureau.

Binnen de eerste variant - bij een ggz-instelling - onderscheiden we twee 'smaken': de beoordeling wordt georganiseerd door deze in te passen bij het reeds bestaande acute ggz-proces (wat betreft werkafspraken, criteria én de fysieke locatie) óf de beoordeling wordt georganiseerd door een (nieuwe of aangepaste) fysieke ruimte te realiseren dichtbij of in de ggz-instelling waar nieuwe of aangepaste werkafspraken en criteria voor beoordeling gelden (met een bredere insteek dan het acute ggz-proces).

We zien de volgende overeenkomsten tussen de varianten:

- Voor alle varianten geldt dat deze 24/7 bereikbaar zijn. Voor een aantal locaties geldt dat er 24/7 deskundigheid om de beoordeling aanwezig is, voor andere locaties geldt dat deze deskundigheid oproepbaar is;
- Ongeacht wie de signalerende partij is (politie, huisarts of spoedeisende hulp) kan het verzoek om beoordeling van een persoon met verward gedrag worden aangevraagd bij één centrale plaats in de regio (politiebureau, ggz-instelling of ziekenhuis). Vanuit het

organisatieperspectief van betrokken organisaties is het hebben van één centraal punt in de regio behulpzaam bij het vormgeven van de werkprocessen.

- De beoordeling in een acute situatie vindt snel plaats. Bij de onderzochte locaties is geen sprake van wachttijd, omdat de crisisdienst ggz of de psychiater die de beoordeling doet, op de locatie zelf aanwezig is. Wel geldt hierbij het aandachtspunt dat in geval er sprake is van een crisisdienst, er sprake kan zijn van een wachttijd. De dienstdoende psychiater is dan bezig zijn met de beoordeling van een andere persoon (op een andere locatie dan de opvanglocatie, bijvoorbeeld thuis).
- Cliënten worden opgevangen en beoordeeld in een passende omgeving. (Geen politiecel, wanneer zij zich niet schuldig hebben gemaakt aan een misdrijf). Er vindt dus een beoordeling plaats vanuit een cliëntvriendelijke omgeving. (De mate waarin de cliënt dit ook daadwerkelijk als een cliëntvriendelijke omgeving ervaart is niet onderzocht.)

## Leeswijzer

Voorliggend document is opgebouwd uit drie delen:

- Op de pagina's 4 en 5 staan de aandachtspunten benoemd voor regio's die aan de slag met de (door)ontwikkeling van een beoordelingslocatie.
- Op pagina 6 tot en met 11 wordt een aantal aspecten die op de 'overzichtsplaat' met verschillende varianten zijn benoemd nader toegelicht.
- Vanaf pagina 12 zijn de factsheets per onderzochte locatie opgenomen.

# Aandachtspunten (1)

In deze inventarisatie is een aantal varianten ten aanzien van de beoordeling beschreven en voorzien van voor- en nadelen. Een (combinatie van) variant(en) zal een regio meer of minder aanspreken. Bij het vorm geven van de locatie in de eigen regio is het goed om de inzichten en lessons learned van deze locatie(s) mee te nemen. Er is een aantal aandachtspunten die een regio in overweging kan nemen bij het vorm geven van een eigen beoordelingslocatie. Ben daarbij echter wel bewust van de beperkte mate waarin een aandachtspunt of concept zonder meer te kopiëren is naar de eigen regio. Bekijk welke principes of uitgangspunten van een variant in de eigen regio passen en transporteer die principes of uitgangspunten. Laad ze vervolgens voor de eigen regio door met de betrokken partners in een gezamenlijk proces te bekijken hoe de regio - vanuit de eigen context, aantallen voor de eigen regio, eigen dynamiek en eigen prioriteiten - kleur geeft aan de (voorkeurs)variant.

- ✓ **Samenhang van bouwstenen.** De bouwsteen gericht op beoordeling betreft één van de negen bouwstenen die landelijk zijn geformuleerd. Bij het vormgeven van deze bouwsteen is het belangrijk om deze in de context van de andere bouwstenen te bezien om te komen tot een sluitende aanpak (inclusief aandacht voor preventie).
- ✓ **Multidisciplinaire blik.** Vanuit het Aanjaagteam zijn een aantal randvoorwaarden gesteld ten aanzien van de beoordelingslocatie. Het organiseren van een multidisciplinaire blik in de beoordeling is er hier

één van. Wees bewust van dat vanuit een multidisciplinaire blik een persoon 'vanuit een vollediger beeld' wordt beoordeeld.

- ✓ **Doelgroep.** De doelgroep van de beoordelingslocatie hangt direct samen met de wijze waarop triage is vorm gegeven (politie of door meldkamer (met ggz-expertise)) én met de aanwezigheid en/of snelle beschikbaarheid van multidisciplinaire expertises. Hoe breder de expertises die aanwezig zijn, hoe ruimer de groep personen die wordt beoordeeld. Heb bij de formulering van contra-indicaties aandacht voor het risico op personen die door contra-indicaties tussen 'wal en schip' dreigen te vallen.
- ✓ **Expertise in huis of op afstand.** Het 24/7 beschikbaar en 'in huis' hebben van alle gewenste expertise op een locatie en deze enkel voor de eerste beoordeling van personen met verward gedrag benutten lijkt financieel en organisatorisch niet of moeilijk haalbaar. Inventariseer in de regio welke expertises beschikbaar of bereikbaar zijn, waar deze expertises zijn gevestigd en maak vervolgens goede samenwerkingsafspraken met ketenpartners (bijvoorbeeld door in of dichtbij een ziekenhuis gevestigd te zijn of samenwerkingsafspraken te maken met experts). Dit biedt vanuit cliëntperspectief en organisatieperspectief van alle betrokken partners de meeste voordelen (ook in termen van flexibele inzet van personeel, snel in kunnen vliegen bij de beoordeling en diagnose als een bepaalde expertise gewenst is.)

# Aandachtspunten (2)

- ✓ **Toeleiding naar zorg.** Zorg bij de vormgeving van een beoordelingslocatie en/of doorontwikkeling van een locatie tijdig voor aandacht ten aanzien van afspraken met lokale en regionale aanbieders over toeleiding naar passende vervolgzorg of ondersteuning. Deze vervolgzorg (ggz, maatschappelijke ondersteuning, et cetera) is essentieel om te voorkomen dat personen na de beoordeling 'tussen wal en schip vallen'.
- ✓ **Draagvlak.** Alle regio's die zijn betrokken bij deze inventarisatie geven unaniem de tip mee om te zorgen voor breed draagvlak voor de beoordelingslocatie. Geef de locatie niet alleen vanuit zorgperspectief of alleen vanuit strafrechtelijk perspectief vorm, maar trek gezamenlijk op vanaf de eerste ideevorming. Denk hierbij aan zorgaanbieders, WMO gefinancierde crisiszorg en strafrechtelijke partners (Openbaar Ministerie, Politie, reclassering). Maak individuele belangen expliciet en bekijk welke uitgangspunten de keten gezamenlijk belangrijk vindt. Bekijk gezamenlijk de wenselijkheid en haalbaarheid van verschillende alternatieven voor een opvanglocatie. Wij merken dat op in de onderzochte varianten vooral de samenwerking met Veilig Thuis en Veiligheidshuizen ontbreekt, terwijl zij een belangrijke partner zijn.
- ✓ **Financieringsafspraken.** Voer het gesprek met zorgverzekeraar, zorgaanbieders en gemeente(n) om tot passende oplossingen te komen om ervoor te zorgen dat de beoordelingslocatie kostenneutraal kan draaien.
- ✓ **Sluit aan bij de bestaande afspraken en ontwikkelingen.** Heb bij de vormgeving aandacht voor hetgeen in de regio al is ontwikkeld en/of in ontwikkeling is ten aanzien van de beoordeling van personen met verward gedrag.
- ✓ **Generieke module acute psychiatrie.** Ten tijde van deze inventarisatie werd de laatste hand gelegd aan de generieke module acute psychiatrie. Om deze reden betreft dit thema geen onderdeel van de inventarisatie. De generieke module bevat wensen en aandachts- en verbeterpunten voor de acuut psychiatrische hulpverlening (vanuit het perspectief van de cliënt), de gewenste inhoud van hulpverlening en organisatie en tot slot kwaliteitsindicatoren. Betrek de inzichten uit de generieke module bij het vormgeven van het crisis- en beoordelingsproces in de eigen regio.

# Beschouwing op de varianten per aspect (1)

## Betrokken partners en aanwezige expertise

In alle varianten en op alle locaties is 24/7 de (sociaal-)psychiatrische expertise in de persoon van een SPV'er, psychiater in opleiding of psychiater bereikbaar. Bij de varianten 'politiebureau' en 'ziekenhuis' is deze expertise 24/7 aanwezig (direct beschikbaar). Voor de variant 'ggz-instelling' is deze expertise oproepbaar.

De (sociaal)psychiatrische expertise wordt in geval de variant 'politiebureau' geleverd door een ggz-instelling, in geval van de variant 'ggz-instelling' uiteraard ook de ggz-instelling en in geval van de variant ziekenhuis, door het ziekenhuis.

Bredere expertise (op bijvoorbeeld verslaving, lichtverstandelijk beperking, kinder- en jeugdpsychiatrie, psychosociale problematiek, psycho-geriatrie, forensische problematiek, somatische problematiek en/of delictgedrag ) zien we niet of beperkt in de drie varianten terug.

- Voor de variant 'politiebureau' geldt dat de samenwerking met de veiligheidsketen (politie, Openbaar Ministerie en reclassering) en het streven naar een goede combinatie van straf en zorg goed is georganiseerd.

Voor de variant 'ggz-instelling' en 'ziekenhuis' is het perspectief ligt de nadruk op het perspectief van zorg. De politie is de partij vanuit straf die is betrokken maar focust zich op het vervoer van personen naar de locatie.

Reclassering en Openbaar Ministerie zijn vaak niet direct betrokken.

Wel zien we bij locaties de ontwikkeling om de samenwerking met

strafpartners te maken. (Bijvoorbeeld in Amsterdam een pilot gericht op verwarde verdachten).

- Expertise om somatische problematiek te beoordelen en te behandelen is bij de variant 'ziekenhuis' altijd aanwezig. De onderzochte locatie op het politiebureau heeft somatische basiszorg georganiseerd, welke niet 24/7 aanwezig is. Bij een aantal locaties binnen de variant 'GGZ-instelling' is somatische problematiek een contra-indicatie om personen op te vangen en te beoordelen. Bij de andere locaties binnen deze variant geldt dat er afspraken zijn gemaakt met nabij gelegen ziekenhuizen en/of de GGD-arts om somatische expertise indien nodig snel in te kunnen schakelen. Daarmee is echter de 24/7 aanwezigheid van deze expertise niet gegarandeerd. Vanuit de triagewijze GGZ wordt aangegeven dat bij urgentie op somatiek iemand altijd direct naar de spoedeisende hulp wordt gebracht en daarna vindt psychiatrische triage plaats zo nodig. Hiertoe zijn afspraken gemaakt tussen de ggz crisisdiensten en somatiek.
- Expertise op het gebied van licht verstandelijke beperking, jeugd of verslavingsproblematiek is (nog) niet geborgd op de locaties. Wanneer de beoordeling plaatsvindt bij een ggz-instelling of ziekenhuis, dan is het voordeel dat deze aanvullende expertise ingezet kan worden bij de beoordeling (als deze daar aanwezig of snel oproepbaar is).

# Beschouwing op de varianten per aspect (2)

## Contra-indicaties

De verschillende varianten hebben gemeen dat zij personen met verward gedrag die tevens een misdrijf of overtreding zijn begaan, niet opnemen. Deze groep wordt beoordeeld in een politiecel met eventueel in te roepen deskundigheid om een beoordeling van de psychiatrische problematiek te maken. (Ook bij de variant 'politiebureau' wordt deze groep in een politiecel beoordeeld, terwijl de groep niet verdachte personen in een andere omgeving wordt beoordeeld)

We zien diversiteit in de personen die worden beoordeeld in de verschillende varianten:

- Voor de beoordeling op het politiebureau gelden geen contra-indicaties. Op deze locatie (OVP Den Haag) is immers ook bredere expertise aanwezig om de personen te beoordelen: strafrechtelijke expertise, zorgexpertise (multidisciplinair doordat een grote ggz-instelling betrokken is) en een basisvariant van somatische expertise.
- Voor de beoordeling bij het ziekenhuis (Rijnstate) gelden ook geen contra-indicaties. Ook hier zien we dat bredere expertise om een bredere en meer diverse groep personen te beoordelen aanwezig is of direct en fysiek nabij beschikbaar is.
- Voor de beoordeling bij een ggz-instelling gelden zoals eerder benoemd twee 'smaken' van organiseren die samenhangen met de doelgroep.
  - De beoordeling wordt georganiseerd door deze in te passen bij de reeds bestaande acute ggz-proces. De scope van deze beoordeling hangt samen met de doelgroep van de acute ggz gericht op

psychiatrische screening en diagnostiek. Personen onder invloed van middelen en (ernstig) agressieve personen worden bijvoorbeeld niet beoordeeld op de locatie. Over het algemeen geldt dat zij elders hun roes uitslapen en vervolgens beoordeeld (kunnen) worden.

- De beoordeling wordt georganiseerd door een (nieuwe of aangepaste) fysieke ruimte te realiseren dichtbij de ggz-instelling waar nieuwe of aangepaste werkafspraken en criteria voor beoordeling gelden: De scope bij deze locaties is breder dan de scope van de acute ggz en is ook gericht op psychosociale screening en diagnostiek en de niet-acute psychiatrie waarbij er wel sprake is van spoed. (Daarmee worden bijvoorbeeld ook personen onder invloed, jeugdigen of agressieve personen beoordeeld.)

Afhankelijk van de doelgroep van de beoordelingslocatie in een regio, bestaat het risico dat een bepaalde groep personen met verward gedrag niet (in een passende omgeving) wordt beoordeeld. Zo hebben we het voorbeeld gehoord van personen die met enige regelmaat 'in beeld komen'. De politie ziet deze personen in eerste instantie. Deze personen worden niet verdacht van een misdrijf. Bij contact met een ggz-instelling om af te stemmen of politie deze betreffende persoon voor beoordeling kan brengen naar de instelling, wordt aangegeven dat vanuit psychiatrisch oogpunt (weer) een beoordeling niet wenselijk is. De vraag is waar deze groep personen dan passend opgevangen kan worden.

# Beschouwing op de varianten per aspect (3)

## De inrichting van de locatie

Er is een grote diversiteit in de inrichting van de locaties. Deze diversiteit hangt samen met de onderzochte locaties en niet direct met de drie varianten. Niet alle locaties beschikken bijvoorbeeld over een speciaal ingerichte familiekamer. Voor een cliënt is het wenselijk dat een familielid mee kan reizen naar de beoordelingslocatie en daar ook tijdens de beoordeling kan verblijven (overnachten).

De mate van beveiliging van de locaties verschilt van een speciaal slot op de deur tot cameratoezicht.

Ook beschikken niet alle locaties over een bed voor de cliënt. Alle locaties geven aan dat de beoordeling snel en binnen maximaal 6 uur vaak is afgerond. Echter, wanneer de persoon gedurende de nacht wordt gebracht of wanneer na de beoordeling het nog lange tijd duurt om vervolgzorg te organiseren, kan de aanwezigheid van een bed wenselijk zijn. Dit geldt ook voor personen onder invloed die eerst hun 'roes' uit moet slapen. Bij één van de ggz-instellingen wordt momenteel overwogen om een 24-uurs plaats te realiseren, zodat personen die zijn beoordeeld en voor wie vervolgzorg buiten de instelling georganiseerd dient te worden (hetgeen vaak arbeidsintensief en tijdsintensief is, zeker buiten kantoortijden) een nacht kunnen blijven.

In Amsterdam is een cliëntbegeleider aanwezig. Deze fungeert als een soort vertrouwenspersoon voor de patiënt: is bij alle gesprekken aanwezig, geeft een kopje koffie et cetera. Deze persoon heeft ervaring met beveiliging. De ervaringen van de inzet van deze persoon zijn erg positief.

De aanwezigheid van ervaringsdeskundigen zien we op dit moment bij geen enkele locatie terug. Wel wordt de wens geuit om dit te organiseren.

## Financiering

### Initiële kosten

- Voor de locatie 'politiebureau' zijn de investeringskosten niet bij ons bekend. Wel is bekend dat deze kosten zijn gefinancierd door de gemeente en de GGZ-instelling.
- Voor de locatie 'ziekenhuis' zijn de initiële kosten en verdeling van deze kosten over de partners niet bekend. Het betreft de reguliere kosten voor een SEH.
- Voor de locatie 'ggz-instelling' is tijdens deze inventarisatie voor de variant van psychosociale screening van één locatie de verbouwingskosten bekend en deze betreffen ruim 4 ton euro. De kosten worden gefinancierd door de ggz-instelling.
- Voor de locatie 'ggz-instelling' geldt dat bij de variant waarbij direct wordt aangesloten op het crisisproces ggz de initiële kosten variëren van geen aanvullende kosten (proces beoordeling van personen met verward



# Beschouwing op de varianten per aspect (4)

gedrag gebeurt in de bestaande ruimtes), circa 15.000 euro aan kosten om een reeds bestaande kamer bij de ggz-instelling aan te passen / in te richten tot ruim 100.000 euro aan kosten om nieuwe kamers te bouwen en in te richten. De eerste twee (kleinere) bedragen zijn gefinancierd door de ggz-instelling. Het derde bedrag is gefinancierd door grotendeels de ggz-instelling met een financiële bijdrage van gemeenten.

Uit subsidiegelden zijn projectkosten / pilotkosten gefinancierd voor het maken van samenwerkingsafspraken.

## *Structurele kosten*

Over het algemeen geldt dat structurele kosten (voor ons) nog niet bekend zijn.

- Voor de locatie 'politiebureau' is de omvang van de structurele kosten ons niet bekend. Wel is bekend dat de gemeenten deels financiert.
- Voor de locatie 'ziekenhuis' geldt dat de verwachting is dat de SPU integraal circa 2 miljoen euro op jaarbasis zal kosten. Deze kosten worden deels gedekt met dbc-financiering en deels zijn aanvullende afspraken met gemeenten en zorgverzekeraars nodig.
- Voor de variant 'ggz-instelling', gelden de volgende aandachtspunten ten aanzien van financiering:
  - De financiering van de beoordeling wordt voor een groot deel geregeld via het declaratiesysteem van diagnose-behandelcombinaties (dbc's; in dit geval crisis-dbc's). Wanneer wordt aangesloten bij het acute GGZ proces is de financiering vaak

geen probleem. Veel locaties geven aan dat er dan geen aanvullende structurele kosten zijn. Een enkele locatie geeft aan dat de structurele kosten circa 30.000 euro per jaar bedragen voor schoonmaak, onderhoud, et cetera die door de ggz-instelling wordt betaald.

- Wanneer binnen de variant 'ggz-instelling' de scope breder is dan de acute ggz (psychosociale screening of geen acute psychiatrie, wel spoed) wordt financiering enkel door dbc's als een groot probleem ervaren. De inzet van de SPV'er en psychiater worden gedekt met de crisis-dbc's, maar wanneer de doelgroep breder is en meer expertise aanwezig is (bijvoorbeeld een cliëntondersteuner of extra receptioniste), wordt niet alle aanwezige expertise gedekt met crisis-dbc's. De consequentie kan zijn dat de locatie verlies draait. De vraag van de locaties is welke partij de kosten voor de beoordeling van de bredere doelgroep moet financieren.
- Voor alle locaties binnen de variant 'ggz-instelling' geldt dat momenteel wordt bekeken of extra personeel noodzakelijk is. Hierbij valt te denken aan professionals die - naast de SPV'er of psychiater - zorg dragen voor de persoon. Bijvoorbeeld wanneer een beoordeling heeft plaatsgevonden en vervolgzorg georganiseerd dient te worden. Dit is een tijdrovend proces: de locatie dient geregeld te worden, vervoer dient geregeld te worden, gegevens dienen overgedragen te worden, et cetera..

# Beschouwing op de varianten per aspect (5)

Ondertussen dient de persoon met verward gedrag aandacht en begeleiding te ontvangen. Daarnaast geldt de brede beschikbaarheid (24/7) van personeel. Tot slot speelt de omvang van het verzorgingsgebied (en verwachte aantallen per dag) een rol bij de financiering.

Momenteel wordt vanuit subsidiegelden in pilotprojecten bekeken of en hoe groot de aanvullende personele inzet is, en wat hiervan de consequentie is ten aanzien van financiering. Indien aanvullende financiering noodzakelijk is, zijn de gedachten van de betrokkenen om hier in ieder geval met gemeenten over in gesprek te gaan om te bekijken welke middelen zij beschikbaar kunnen stellen.

Vanuit het perspectief van de cliënt geldt ook een knelpunt ten aanzien van financiering. Het komt namelijk voor dat er een aanspraak wordt gedaan op eigen risico van personen.

Los van de vraag in hoeverre crisis-dbc's kostendekkend zijn, mogen niet alle aanbieders crisis-dbc's openen. Per regio wordt één ggz-aanbieder met een crisisfunctie gecontracteerd. Dat houdt in dat een ziekenhuis op dit moment geen crisis-dbc's mag openen. De financiering van de locatie ziekenhuis gebeurt om deze reden vanuit de DOT financiering. Bij een bredere inzet van de SEH-functie van een ziekenhuis is deze financiering niet kostendekkend. Ook komt het voor dat crisis-dbc's niet vergoed worden (als problematiek niet ggz gerelateerd is). Dit hangt ook weer samen met de scope van de locatie: bij een bredere doelgroep (ook niet acuut, wel spoed) is dit knelpunt vaker aan de orde dan bij een scope gericht op directe aansluiting en inbedding in het crisisproces.

## Beoordeling thuis

Er wordt in alle locaties gestreefd naar een beoordeling 'thuis bij de persoon'. Wanneer dit niet lukt vanwege capaciteitsproblemen (piekmomenten waarop experts die de beoordeling uitvoeren niet naar de persoon kunnen reizen) of vanwege acute situaties (politie treft een persoon op straat aan) vindt beoordeling plaats in een passende omgeving. Uitzondering betreft de groep verwarde personen die worden verdacht van een strafbaar feit. Deze personen worden naar een politiecel gebracht. Ook voor de variant 'ziekenhuis' geldt dat beoordeling thuis niet plaatsvindt.

## Afspraken over brengen van personen voor vervolgzorg

- Voor de variant 'politiebureau' vindt - indien een persoon wordt geplaatst in een kliniek - vervoer plaats van de beoordelingslocatie naar de kliniek. Het nadeel betreft een aanvullende reisbeweging en een nieuwe omgeving (en nieuw personeel) waar de persoon wordt opgevangen.
- Wanneer binnen de variant 'ziekenhuis' of 'ggz instelling' opname in het ziekenhuis of de ggz-instelling volgt, gelden er geen vervoersbewegingen. De persoon wordt direct naar zijn 'bed' begeleid en de gegevens van de beoordeling zijn direct beschikbaar voor het personeel dat de benodigde zorg biedt. Als er vervolgzorg nodig is buiten het ziekenhuis of de ggz-instelling, is aanvullend vervoer noodzakelijk (naar huis of een voorziening in de gemeente).

# Beschouwing op de varianten per aspect (6)

Het nadeel hiervan is dat er aanvullende vervoersbewegingen zijn, de cliënt in een nieuwe omgeving terecht komt en opnieuw het verhaal moeten vertellen tegen een ander aanspreekpunt.

Vanuit organisatieperspectief geldt dat er altijd sprake is van een reisbeweging van personen naar de locatie toe. Het organiseren van vervoer van een persoon na de beoordeling naar een zorginstelling/kliniek vraagt in sommige gevallen veel tijd van de organisaties. Het is wenselijk om deze vervoersbeweging zo veel mogelijk te minimaliseren.

Wanneer personen na de beoordeling naar huis kunnen, wordt er veelal een beroep gedaan op familie van de persoon. Wanneer politie (nog) aanwezig is bij de beoordelingslocatie brengt deze de persoon in sommige gevallen naar huis. Ook is de optie benoemd dat een taxi (of ggz vervoersdienst) wordt geregeld om de persoon te vervoeren.

## Vervolgtraject na de beoordeling

Wanneer vervolgzorg in de vorm van een opname of bed nodig is, is dit in alle gevallen snel georganiseerd.

- Vanuit de locatie politiebureau zijn de afspraken met de zorginstellingen goed en wordt snel vervolgzorg georganiseerd. Weliswaar is er dan wel sprake van een vervoersbeweging.
- De vervolgzorg na beoordeling bij een ggz-instelling is vaak bij de instelling zelf. Het voordeel hiervan is dat er geen vervoersbewegingen nodig zijn en dat de cliënt snel is geplaatst op het 'juiste bed'.

- Bij het ziekenhuis kan vervolgzorg bij het ziekenhuis (PAAZ) zelf aan de orde zijn, maar het ziekenhuis verwijst ook door de ggz of gemeentelijke zorg.

Naast de afspraken met de ggz-aanbieders zijn er ook aanvullende afspraken met gemeentelijke zorg, zoals ambulante begeleiding, inzet van wijkteams of wijkagenten, maatschappelijke opvang, beschermd wonen of bemoeizorg (OGGZ) nodig om voor de beoordeelde en gediagnosticeerde groep personen na de beoordeling passende behandeling of begeleiding na te realiseren. Dit is niet in alle varianten (zeker voor de variant 'ggz-instelling' en politiebureau) en regio's voldoende georganiseerd en gegarandeerd. Dit kan ook te maken hebben met het feit dat locaties met name bezig zijn (geweest) met het realiseren van de beoordelingslocaties, het maken van werkafspraken rond het proces op de locatie zelf, et cetera.

De variant bij het ziekenhuis heeft afspraken met een breder netwerk dan ggz-aanbieders gerealiseerd en verwijst bijvoorbeeld ook door naar wijkteams.

De vraag welke vervolgtrajecten worden ingezet, vooral voor personen die niet acuut psychiatrisch zijn, vormde geen onderdeel van deze inventarisatie.

# Factsheets

# Delfland – GGZ (1/2)

Bron: Informatie verstrekt door de beoordelingslocatie. Deze factsheet bevat daarmee informatie vanuit het perspectief van de beoordelingslocatie.

Onderwerp	Informatie locatie
<b>Betrokken ketenpartners</b>	GGZ Delfland, Politie eenheid Den Haag, Gemeenten Delft, Midden-Delfland, Westland, en Pijnacker-Nootdorp, Openbaar Ministerie.
<b>Aard van de doelgroep</b>	GGZ Delfland vangt inwoners, die in verwarde toestand in aanraking komen met politie, op vanuit de regio DWO. De voorziening is gericht op volwassenen. Contra-indicaties: 1. Indien het somatisch toestandbeeld van een persoon met verward gedrag zodanig is dat dit eerst behandeld moet worden. 2. Personen met verward gedrag die verdacht worden van een misdrijf. Deze verwarde verdachten gaan naar de OVP Den Haag en worden daar voorgeleid. De (hulp)officier van justitie neemt z.s.m. een beslissing over vervolging van de verdachte. De reclassering adviseert de officier hierbij. 3. Verwarde personen die een hoger alcoholpromillage hebben dan drie promille.
<b>Locatie</b>	De locatie maakt onderdeel uit van de opname kliniek van GGZ-Delfland.
<b>Beoordeling thuis</b>	Het uitgangspunt is om de beoordeling indien mogelijk thuis te laten plaatsvinden.
<b>Werkzaamheden</b>	Een persoon met verward gedrag wordt door de politie naar GGZ-Delfland gebracht. Daar vindt de psychiatrische beoordeling plaats en wordt al dan niet overgegaan tot plaatsing binnen de kliniek of aanmelding voor ambulante zorg. Indien een persoon wordt beoordeeld zonder psychiatrische problematiek, dan wordt hij/zij niet opgenomen en zal hij/zij vertrekken. De patiënt zal dan worden doorverwezen naar een partner van de sociale kaart van de betreffende gemeente.
<b>Expertise</b>	Een sociaal psychiatrisch verpleegkundige, arts-assistent en psychiater zijn 24/7 beschikbaar.
<b>Verwachte aantallen</b>	Het verzorgingsgebied is de gemeenten Delft, Midden-Delfland, Westland en Pijnacker-Nootdorp. Aantallen: nog weinig ervaring, maar inschatting op maximaal 1 persoon per dag.
<b>Kosten per jaar</b>	Er zijn geen specifieke kosten inzichtelijk voor deze voorziening. Dit vormt onderdeel van de kosten van de crisisdienst van GGZ-Delfland.
<b>Verdeling kosten</b>	Alle kosten zijn voor rekening van GGZ-Delfland.
<b>Opbrengsten</b>	De opbrengsten komen voort uit de DBC-financiering.
<b>Bij welke omvang is de variant rendabel?</b>	Onbekend / niet van toepassing
<b>Beschikbaarheid</b>	Indien er geen triageplaats binnen GGZ-Delfland (4 plaatsen in DWO en 4 plaatsen in NWN) beschikbaar is dan zal de eerst verantwoordelijk verpleegkundige (EVV) contact opnemen met de OVP Den Haag om de patiënt daar (tijdelijk) te plaatsen. GGZ-Delfland heeft een eenvoudig ingerichte kamer beschikbaar. Er is tevens een ruimte om familie op te vangen. De voorziening is 24/7 beschikbaar.

# Delfland – GGZ (2/2)

Onderwerp	Informatie locatie
<b>Vervoer</b>	Indien een patiënt beoordeeld wordt en er is geen psychiatrische stoornis, dan zal voor het vervoer naar huis eerst de familie/het systeem van de patiënt worden benaderd. Indien dit niet mogelijk is, zal de patiënt een ov-chipkaart ontvangen met een saldo van 5 euro. Indien er geen OV mogelijk is, zal GGZ-Delfland voor alternatief vervoer zorgen, bijvoorbeeld een taxi.
<b>Toeleiding</b>	Indien de politie in aanraking komt met de beschreven doelgroep en van mening is dat een beoordeling door GGZ-Delfland nodig is, wordt contact opgenomen met GGZ-Delfland. Hiertoe is een telefoonnummer beschikbaar. Tijdens kantooruren wordt dit telefoonnummer bemand door het aanmeldsecretariaat. Buiten kantooruren is het de eerstverantwoordelijk verpleegkundige (EVV) die het gesprek aanneemt. Politieambtenaren en medewerkers van het sociaal team kunnen een beroep doen op GGZ-Delfland voor een beoordeling. Wanneer bij een cliënt geen sprake is van psychiatrie wordt de patiënt waar mogelijk naar passende zorg buiten de psychiatrie verwezen en/of aangemeld worden (zie sociale kaart van de diverse gemeenten).
<b>Voor- en nadelen</b>	Nog niet in beeld, de voorziening is onlangs geopend.
<b>Ervaringen tot op heden</b>	De ervaring tot nu toe is dat politie goed in staat is om een beoordeling te maken of dat een cliënt al dan niet naar de voorziening bij de GGZ-instelling zou moeten. Voor mensen met verslavingsproblematiek is het moeilijk om passende zorg te organiseren.

# Groningen – GGZ (1/4)

Bron: Informatie verstrekt door de beoordelingslocatie. Deze factsheet bevat daarmee informatie vanuit het perspectief van de beoordelingslocatie.

Onderwerp	Informatie locatie
<b>Betrokken ketenpartners</b>	<p>Vanaf 2012 organiseerden de partijen zich in de Keten Acute Psychiatrie met een stuurgroep en een werkgroep. In het voorjaar 2015 nam de Keten het initiatief om op basis van signaleringen en eerdere convenantafspraken met de politie tot een planmatige aanpak te komen voor een locatie voor eerste opvang en crisisbeoordeling van mensen met verward gedrag. In het najaar 2015 besluiten de lokale driehoek Groningen en ketenpartijen Acute Psychiatrie om tot een gezamenlijke provinciale brede aanpak te komen en een verbinding te realiseren tussen een gemeentelijke werkgroep en de werkgroep Keten Acute Psychiatrie. Deze verbinding resulteerde in oktober 2016 in een plan van aanpak en in december 2016 in een overeenkomst waarin de samenwerking met rollen en verantwoordelijkheden is vastgelegd.</p> <p>Het betreft 15 ondertekenaars, namelijk:</p> <p>De gemeente Groningen mede namens alle Groninger gemeenten, het OM, politie Noord Nederland district Groningen, Lentis, Universitair Centrum Psychiatrie (UCP), GGD Groningen, VNN, Doktersdienst Groningen, Huisartsenkring Groningen, Martiniziekenhuis, Ambulancezorg Groningen, Reclassering, Veiligheidshuis, Centrale Cliëntenraad Lentis en een patiënt.</p> <p>De gemeente Groningen heeft de regie voor de realisatie van de sluitende aanpak voor de verschillende aspecten van de problematiek en daarmee de invulling van de negen bouwstenen. Procesafspraken rond de werking van de crisisbeoordelingslocatie als nieuwe schakel in de keten worden door de werkgroep Keten Acute Psychiatrie uitgewerkt.</p>
<b>Aard van de doelgroep</b>	<p>Afbakening doelgroep Crisisbeoordelingslocatie (CBL):</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Personen met verward gedrag naar het CBL verwijzen</li><li>- bij wie de oorzaak of het vermoeden van het verward gedrag een psychiatrische aandoening is of bij wie de oorzaak onduidelijk is.</li><li>- én waarbij sprake is van een crisissituatie d.w.z. een acute situatie die direct ingrijpen noodzakelijk maakt teneinde direct gevaar voor de persoon of de omgeving af te wenden, dan wel om ernstige overlast te beëindigen</li><li>- én waarbij geen of onvoldoende steun van naasten of uit de directe omgeving van de persoon te organiseren is.</li><li>- én er in de situatie geen alternatief is voor overbrugging tot de diagnosestelling.</li><li>• Contra-indicaties, personen niet naar het CBL verwijzen</li><li>- bij wie medisch- somatische hulpverlening nodig is.</li><li>- die een strafbaar feit hebben gepleegd, onder invloed van middelen zijn of zeer agressief zijn.</li><li>- als personen onder de 18 jaar zijn.</li></ul> <p>Het gaat om verwarde personen in het 'grijze' gebied, waarbij geen sprake is van een strafbaar feit, mensen die geweld hebben gebruikt of die dronken zijn (uitslaapkamer). Het gaat om mensen bij wie een vrijwillige opname nog niet aan de orde is en andere voorzieningen niet geschikt/niet toegepast zijn (te zware problematiek voor ziekenhuis/dokterspost).</p>
<b>Locatie</b>	<p>Crisisbeoordelingslocatie (CBL) met twee kamers bij een kliniek van Lentis (GGZ-instelling) in Groningen.</p>
<b>Beoordeling thuis</b>	<p>Het is sterk afhankelijk van wie de persoon aantreft hoe de vervolgstappen vervolgens zijn, de politie of bijvoorbeeld omstanders.</p> <p>De beoordeling ter plaatse kan gedaan worden door de huisarts, politie, Doktersdienst, of ambulance. Daarnaast via een telefonische beoordeling door de meldkamer. Dit kan vanaf de straat of vanaf het politiebureau of op een andere plek waar de persoon op dat moment is. De politie zal eerder geneigd zijn iemand meteen mee te nemen naar het bureau als zij iemand aantreffen en vanaf daar verder kijken, terwijl omstanders die iemand aantreffen waarschijnlijk de politie bellen die de melding doorzet naar de meldkamer.</p> <p>Komend jaar moet de uitvraag door de meldkamer verder worden aangescherpt om duidelijk te krijgen wat essentieel is om uit te vragen voor een goede beoordeling (Dit valt ook binnen de verbetering van de landelijke triagesystematiek ProQA).</p> <p>Meldpunt zorg en overlast wordt ook gebeld door omstanders, zij kunnen schakelen met de meldkamer indien nodig. Is er geen vervoer nodig (hoeft de persoon niet naar de CBL om tot rust te komen), dan kan de persoon ook voor hulp direct naar een dokter of eigen ondersteuning gaan.</p>

# Groningen – GGZ (2/4)

Onderwerp	Informatie locatie
<b>Werkzaamheden</b>	<p>De veiligheidstaak ligt bij de politie: zij zijn aanwezig bij onveilige situaties en gaan pas weg als de situatie veilig is. Ze zijn snel oproepbaar en aanwezig. Een medewerker van de crisisdienst vangt de verwarde persoon als eerste op. Daarna vindt de beoordeling plaats door een SPV/arts/psychiater met zo nodig een somatische screening door de forensische arts van de GGD.</p> <p>Verblijf: maximaal 6 uur in de crisisbeoordelingskamer</p>
<b>Expertise</b>	<p>Aanwezig op locatie zijn medewerkers van Lentis, met name SPV'ers en een psychiater op oproepbasis. De SPV'ers hebben geen speciale expertise op deze opvang van personen met verward gedrag boven andere bij de crisisdienst werkzame SPV'ers. Verder zijn buiten kantooruren medewerkers van de 24-uursdienst die nu bij de Doktersdienst Groningen werken betrokken en medewerkers (SPV'er, aio en psychiater) van de crisisdienst en 24-uursdienst die betrokken zijn bij deze doelgroep.</p>
<b>Verwachte aantallen</b>	<p>Gemiddeld gaat het provinciebreed om 1 persoon met verward gedrag per dag die mogelijk in de CBL komt.</p> <p>Verzorgingsgebied: 23 Groningse gemeenten. De Meldkamer Noord Nederland bedient een groter gebied, daar is een goede samenwerking mee. Hier komen de meldingen veelal binnen.</p> <p>Toelichting: in de stad Groningen komen in 2015 per dag 7 personen met verward gedrag binnen bij de politie. 6 van de 7 worden door de politie verder geholpen. 1 gaat naar de cellengang. 80% van die personen die naar de cel gaan, hoort daar niet thuis, want er is bij hen geen sprake van een strafbaar feit.</p>
<b>Kosten per jaar</b>	<p>Het geschikt maken van de locatie voor gebruik vraagt aanpassingen waarvan de kosten 124.060 euro bedragen. Deze vallen mogelijk hoger uit. Hierin zijn eveneens geen personele kosten in meegenomen. Dit bedrag ziet er uitgesplitst als volgt uit:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Investering gebouw 82.280 (specificatie aanwezig in businesscase document) De kosten worden verdeeld 1/3 Lentis en 2/3 Groninger Gemeenten.</li><li>• Veiligheid en ICT 21.780 (specificatie aanwezig in businesscase document).</li><li>• Inventaris 20.000</li></ul> <p>Daarnaast zijn er jaarlijkse kosten van 30.000 euro per jaar (huur, schoonmaak, etc.).</p>
<b>Verdeling kosten</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Eenmalige subsidies ZonMw 'actieprogramma lokale initiatieven mensen met verward gedrag': 1. plan van aanpak voor verwarde personen (is toegekend) 2. Herstelondersteunend netwerk pilot in de wijk (samen met de zorgverzekeraar). Deze twee aanvragen zijn gedaan door de 23 gemeenten Er zijn ook 2 subsidies door Lentis aangevraagd en gehonoreerd. Met de subsidies worden de (extra) personeelskosten o.a. betaald. Er moet nog nader gekeken worden hoe er structureel geld vrijgemaakt kan worden om de CBL te bekostigen als de subsidies op zijn. Er is nog 1 extra aanvraag ingediend door Lentis (specialistische psychiatrische kennis bij doktersdienst), deze wordt nog beoordeeld in de tweede ronde bij Zonmw.</li><li>• Wmo en in beperkte mate veiligheidsgelden uit de gemeenten (23 gemeenten). De regiogemeenten regelen dit bestuurlijk met elkaar, naar rato (inwonersaantallen) wordt 2/3 van het bedrag van 124.060 euro verdeeld onder de gemeenten.</li><li>• De politie met hun reguliere werkzaamheden.</li><li>• Lentis, ggz-instelling via crisis-DBC . 1/3 van het totaalbedrag van 124.060 wordt door Lentis betaald. Ook de structurele kosten (huur, schoonmaak, etc.) zijn voor rekening van Lentis (30.000 euro/jaar)</li><li>• Zorgverzekeraar Menzis --&gt; Reguliere kosten voor behandeling gaan naar de zorgverzekeraar.</li></ul>
<b>Opbrengsten</b>	<p>Er gaat goed gemonitord worden om hier zicht op te krijgen.</p> <p>De zorgverzekeraar doet momenteel mee in een pilot 'herstel ondersteunend netwerk' (dit is op basis van een van de subsidies van Zonmw).</p>



# Groningen – GGZ (3/4)

Onderwerp	Informatie locatie
<b>Bij welke omvang is de variant rendabel?</b>	Er is geen uitgangspunt dat het (financieel) rendabel moet zijn. De voorziening is in het leven geroepen om de opvang beter te organiseren. Dit heeft bijvoorbeeld het voordeel dat de politie minder vaak hoeft te rijden, omdat de ambulance dit nu doet.
<b>Beschikbaarheid</b>	<p>De CBL is vanaf 3 april 2017 24/7 open. Er kunnen maximaal twee personen met verward gedrag tegelijk worden opgevangen. Mocht het voorkomen dat er meer dan 2 personen een ruimte nodig hebben, dan wordt binnen de kliniek van Lentis gekeken naar alternatieven voor dat moment. Er zijn geen wachttijden.</p> <p>Het zijn twee aparte kamers met een aparte ingang in de nabijheid van de ggz-kliniek. Er is geen separeerruimte aanwezig. De kamers zijn bedoeld om tot rust te komen en daarom ingericht als een 'normale' vriendelijke huiskamer. Er staat bijvoorbeeld geen bed in de kamer.</p>
<b>Vervoer</b>	<p>Het vervoer van een persoon hangt af van waar de melding binnenkomt en waar de persoon heen lijkt te moeten na triagering. Wordt de persoon van straat gehaald en moet deze naar de politie dan zal dat door een politieauto worden gedaan. Wordt ingeschat dat de persoon naar de CBL gebracht moet worden, dan wordt daarvoor de ambulancedienst ingeschakeld, indien daar een indicatie voor is en dat veilig is. Treft een politieagent een persoon met verward gedrag op straat aan, dan kan het zijn dat zij hem of haar eerst naar het politiebureau vervoert alvorens de triage door de meldkamer naar de CBL plaats vindt. Het kan ook zijn dat de persoon door een naaste of familielid wordt gebracht, of wordt opgehaald.</p> <p>Op basis van een gefaseerde ketenaanpak wordt in 2017 een voorstel voor passend vervoer opgesteld op basis van registraties.</p>
<b>Toeleiding</b>	<p>De melding van een verward persoon komt binnen op verschillende plaatsen. In acute situaties bij de meldkamer Noord Nederland. Het kan ook bij de Doktersdienst /de huisarts of bij het Lokale team. In de meldkamer NN vindt triage plaats. De meldkamer stelt vast of het om een verward persoon gaat die ofwel vervoerd moet worden naar de CBL (zie criteria) of naar de politie (bij veiligheidsproblemen, overlast, etc.) of in de eigen omgeving door eigen ondersteuning/netwerk opgevangen kan worden.</p> <p>De uitstroom na beoordeling is uitgewerkt en met een aantal organisaties worden aansluitende procedures en de overdracht nog geactualiseerd met het oog op soepele overgang van de CBL naar vervolgzorg/ondersteuning.</p> <p>Vervolgzorg: Is er psychiatrische hulp nodig dan kan binnen Lentis , het UCP of VNN worden doorbehandeld. De verantwoordelijke SPV'er doet de overdracht. Als er somatische hulp nodig is, dan zal de persoon naar de SEH /ziekenhuis worden verwezen. Er wordt geprobeerd zo veel als mogelijk binnen de bestaande huidige structuren te organiseren. Momenteel wordt regionaal afgestemd hoe het beste met de wijk(teams) een sluitende eenduidige aanpak kan worden opgesteld. Dit plan moet voor de zomer definitief zijn.</p> <p>Extra aandacht is er voor het vraagstuk hoe voorkomen kan worden dat mensen in verwarde toestand raken. Daarvoor worden de mogelijkheden onderzocht hoe bijvoorbeeld in een wijk de kwetsbare mensen vooraf al in beeld kunnen zijn.</p>

# Groningen – GGZ (4/4)

Onderwerp	Informatie locatie
<b>Voor- en nadelen</b>	<p>Voordelen voor de persoon zelf:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• De CBL zorgt voor een (tijdelijke) oplossing en uitweg voor een situatie die op dat moment niet is te handhaven en een snelle triage en verbinding naar een structurele vorm van zorg (locatie bij GGZ is daarvoor geschikter dan politiecel).</li></ul> <p>Omgeving:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Het voorkomt herhaling en levert daarmee rust op voor de omgeving.</li><li>• De omgeving kan mogelijk ook worden ingezet indien personen een positieve invloed hebben op persoon met verward gedrag.</li></ul> <p>Politie:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• De politie is minder tijd en energie kwijt aan zorgtaken en kan zich meer richten op hun veiligheidstaak.</li></ul> <p>Ketenpartners:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• De opvang vult een gat in de zorgketen waardoor betere zorg voor de patiënt mogelijk is, een effectievere zorgverlening (nazorgperspectief) en minder onveilige situaties ontstaan.</li><li>• In het algemeen kortere wachttijden en eerdere overdracht met een opvanglocatie.</li></ul> <p>Nadelen:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Bij het categoriseren van mensen vallen er ook altijd mensen buiten de boot. De hoop is dat door ketenversterking ieder verantwoordelijkheid neemt voor de cliënt aan zowel de voorkant als achterkant.</li><li>• Er zijn veel partijen betrokken rondom de personen met verward gedrag, dat maakt het ingewikkeld.</li><li>• Het is nog niet genoeg in kaart gebracht wat eigen ondersteuningssysteem van cliënten zijn en hoe zij wensen te worden opgevangen en verder geholpen op het moment dat ze in een verwarde toestand raken.</li><li>• De werkwijze buiten kantooruren is nog niet goed uitgewerkt, vooral wat betreft de niet acute situaties</li></ul>
<b>Ervaringen tot op heden</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Goed met elkaar samenwerken, niet alleen voor het eigen (organisatie)perspectief gaan.</li><li>• Niet in de machtsstrijd terecht komen wie waar over gaat (zorg, justitie, etc.).</li><li>• Belangen van iedere gemeente moeten goed worden meegenomen.</li><li>• Zo veel mogelijk aansluiten bij reguliere procedures en voorzieningen.</li></ul>

# Ede – GGZ (1/2)

Bron: Informatie verstrekt door de beoordelingslocatie. Deze factsheet bevat daarmee informatie vanuit het perspectief van de beoordelingslocatie.

Onderwerp	Informatie locatie
<b>Betrokken ketenpartners</b>	Politie, huisartsen, ziekenhuis, GGZ-instelling.
<b>Aard van de doelgroep</b>	Contra-indicaties gericht op verdachte personen, agressief en onder invloed
<b>Locatie</b>	Een crisisbeoordelingskamer in een GGZ-instelling. De kamer ligt direct naast de gesloten kliniek van de GGZ-instelling. Beoordeling vindt plaats in de ingerichte crisisbeoordelingskamer of in een 'reguliere' spreekkamer van de GGZ-instelling (De GGZ-instelling ligt in Ede direct naast het ziekenhuis).
<b>Beoordeling thuis</b>	In principe vindt beoordeling thuis plaats. Tenzij vanwege drukte of capaciteitsissues de persoon wordt gevraagd naar de locatie te komen.
<b>Werkzaamheden</b>	<p>Na melding wordt bekeken of de hulpverlening vanuit de GGZ-instelling naar de persoon kan reizen om ter plaatse de beoordeling uit te voeren. Het streven is om zoveel mogelijk in de eigen omgeving van de persoon de beoordeling uit te voeren. Mocht vanwege drukte of capaciteitsissues het niet mogelijk zijn om af te reizen naar de persoon, dan wordt de persoon gevraagd naar de GGZ-instelling te komen (Dit betreft het regulier proces gericht op crisiszorg). Daarnaast is het mogelijk dat politie personen naar de GGZ-instelling brengt. Voor men een persoon brengt is er altijd telefonisch overleg met de voorwacht van de IHT/Crisisdienst.</p> <p>Na binnenkomst vindt een beoordeling plaats op psychiatrische crisis door het voeren van gesprekken en observatie. De politie blijft verantwoordelijk en aanwezig tot de verpleegkundige of de voorwacht aangeeft dat zij de toestand dusdanig veilig achten dat de politie de verwarde persoon aan hun zorg over kan laten.</p> <p>Na beoordeling wordt bekeken welk vervolgtraject noodzakelijk is (Denk aan: ambulante hulpverlening starten, naar huis zonder vervolg, medicatie, IHT starten, opvang regelen binnen GGZ-instelling).</p>
<b>Expertise</b>	De beoordeling vindt plaats door een psychiatrisch verpleegkundige en/of psychiater (i.o.). De psychiater is eindverantwoordelijk.
<b>Verwachte aantallen</b>	Verzorgingsgebied van circa 240.000 bewoners (5 gemeenten). In de crisisbeoordelingskamer worden circa 200 tot 300 personen jaarlijks beoordeeld.
<b>Kosten per jaar</b>	<p>Enmalige investeringskosten van circa € 15.000,- voor het inrichten van de crisisbeoordelingskamer. Dit betreft het aanpassen van het plafond, aangepaste meubels, alarmsysteem, veiligheidsmaatregelen op de deur en verwarming.</p> <p>Structurele kosten (schoonmaak ruimte, onderhoud ruimte, et cetera) onderdeel van de structurele kosten van de GGZ-instelling.</p> <p>De reguliere kosten worden gefinancierd middels crisis-dbc's.</p>
<b>Verdeling kosten</b>	De investeringskosten en structurele kosten per jaar worden betaald door de GGZ-instelling. Momenteel speelt de vraag of extra personeelsinzet nodig is (op basis van praktijkervaring lijkt dat wel het geval het te zijn) en wie deze inzet gaat financieren (deels GGZ-instelling, deels gemeenten bijvoorbeeld). Dit vraagstuk is nog actueel.
<b>Opbrengsten</b>	Kwalitatieve baten in de zin dat een persoon met problematiek voorheen door politie naar een politiebureau werd gebracht en daar werd beoordeeld door een medewerker van de GGZ-instelling. Voor personen die niet verdacht werden van een strafbaar feit is dit niet wenselijk. Nu worden deze personen rechtstreeks naar de GGZ-instelling gebracht, waar zij in een andere omgeving worden opgevangen. Bovendien scheelt dit reistijd voor de medewerkers van de GGZ-instelling die de beoordeling uitvoeren.

# Ede – GGZ (2/2)

Onderwerp	Informatie locatie
<b>Bij welke omvang is de variant rendabel?</b>	Niet van toepassing aangezien er (nog) geen substantiële extra kosten zijn.
<b>Beschikbaarheid</b>	De locatie is 24/7 bereikbaar. De kamer is aangepast (plafond, deur op slot, meubels, verwarming, et cetera). Er is geen separeermogelijkheid bij de kamer, maar aangezien de crisisbeoordelingskamer direct naast de gesloten kliniek is gelegen kan van de separeermogelijkheid daar gebruik worden gemaakt. Er is een aparte ingang voor ambulance en politie beschikbaar. Er zijn geen camera's aanwezig. Er is geen familiekamer aanwezig. Er is vrijwel geen wachttijd, aangezien personen - bij bezetting van de crisisbeoordelingskamer - ook beoordeeld kunnen worden in een reguliere spreek/behandelkamer. Er wordt op dit moment nagedacht over de inrichting van een crisisbeoordelingskamer voorzien van een bed, zodat personen voor wie klinische vervolgzorg geregeld moet worden buiten de GGZ-instelling (en dit duurt vaak een paar uur) eventueel een nacht kunnen overblijven.
<b>Vervoer</b>	Politie vervoert personen rechtstreeks naar de instelling. Vanuit huisartsenpost of ziekenhuis komen personen zelf naar de locatie (aangezien het ziekenhuis direct naast de instelling ligt, gaat GGZ-personeel vaak naar ziekenhuis om daar eerste gesprek te voeren en worden de personen vervolgens begeleid naar de GGZ-instelling voor nadere observatie en gesprekken). Ten aanzien van vervolgzorg geldt dat personen die na verblijf in de crisisbeoordelingskamer naar huis worden gestuurd, zelfstandig naar huis gaan. Bij een opname regelt de GGZ-instelling vervoer.
<b>Toeleiding</b>	Politie, huisartsen en ziekenhuis kunnen personen richting GGZ-instelling sturen met verzoek tot risicotaxatie en beoordeling. De ervaring is dat politie goed in staat is in te schatten of een persoon bij de CBK beoordeeld dient te worden of beter naar de politiecel gebracht kan worden (in verband met grote kans op strafrechtelijk vervolgtraject bijvoorbeeld). De beoordeling en risicotaxatie vindt plaats door GGZ-instelling (thuis bij de persoon of op de locatie).
<b>Voor- en nadelen</b>	Organisatieperspectief: minder belasting bij politie, minder reistijd door beoordelaars GGZ.  Vanuit cliëntperspectief: beoordeling vindt plaats in een ruimte die 'vriendelijker' is. Er vindt geen beoordeling in een politieomgeving plaats bij personen die niet verdacht zijn van een strafbaar feit (rustige ruimte, geen overlast van verdachten in andere cellen, et cetera).
<b>Ervaringen tot op heden</b>	CBK staat in Ede vanaf oktober 2014.  Tip: Breed draagvlak vanaf start is belangrijk. Bedenk het proces niet alleen vanuit GGZ-perspectief, maar doe dit samen met politie en andere relevante partners. In Ede betrekken ze op dit moment gemeenten erbij. Dat is goed voor een integraal beleid en draagvlak. Een ervaren knelpunt is de capaciteit. Bij drukte kan worden 'bijgesprongen' vanuit de gesloten kliniek maar bij stijgende aantallen lijkt behoefte aan een ruimere personele bezetting. Een tweede knelpunt betreft financiering. Het komt voor dat er een aanspraak wordt gedaan op eigen risico van personen. Een andere wijze van financiering zou wenselijk zijn.

# Zuid-Limburg – GGZ (1/2)

Bron: Informatie verstrekt door de beoordelingslocatie. Deze factsheet bevat daarmee informatie vanuit het perspectief van de beoordelingslocatie.

Onderwerp	Informatie locatie
<b>Betrokken ketenpartners</b>	Politie, crisisdienst, huisartsen, GGZ-instelling.
<b>Aard van de doelgroep</b>	Personen waarbij geen sprake is van ernstig somatisch lijden, die niet extreem gewelddadig zijn en die zich niet schuldig hebben gemaakt aan een strafbaar feit. Politie biedt deze personen na inschatting van een OvJ/hOvJ aan ter psychiatrische beoordeling aan de GGZ.
<b>Locatie</b>	GGZ-instelling. Bij de twee GGZ-instellingen in Zuid-Limburg zijn twee kamers ingericht. (Kamer betreft een normale spreekkamer).
<b>Werkzaamheden</b>	Na melding bij meldkamer, bekijkt de politiepatrouille of er sprake is van contra-indicaties. Operationeel Commandant Politie weegt vervolgens contra-indicaties af. Indien niet aan contra-indicaties wordt voldaan, wordt contact gezocht met de psychiater van de crisisdienst. In goed overleg wordt vervolgens de persoon naar de GGZ-instelling gebracht voor psychiatrisch consult en beoordeling. Indien er sprake is van somatische problematiek wordt de persoon naar het ziekenhuis gebracht. Indien er sprake is van een misdrijf gaat de persoon naar het cellencomplex bij de politie. Wanneer een verdachte persoon kampt met psychiatrische problematiek kan de forensisch geneeskundige arts van de crisisdienst worden geconsulteerd. Wanneer de persoon naar de GGZ-instelling gaat, wordt deze door een psychiater beoordeeld. Politie blijft aanwezig tot de beoordeling is afgerond. (Bij de start een paar jaar geleden liep verwijzing naar GGZ via huisarts(enpost). Reden was dat de huisarts verwijzing moest doen naar GGZ en bij GGZ-instelling onzekerheid was over de vraag of de politie goed in kon schatten of personen naar GGZ doorverwezen moeten worden voor beoordeling. Na een jaar bleek uit de evaluatie dat de politie goed in staat was deze triage uit te voeren. Bovendien werd door zowel huisarts als de politie de extra schakel via de huisarts als belastend en tijdsintensief ervaren).
<b>Expertise</b>	De beoordeling vindt plaats door een SPV-er en/of psychiater (eindverantwoordelijkheid ligt bij de psychiater). Politie blijft aanwezig tot de beoordeling is afgerond.
<b>Verwachte aantallen</b>	Zuid Limburg: 18 gemeenten, ruim 600.000 inwoners. Verwachte aantallen dat gebruik maakt van de beoordeling in GGZ-instelling: niet bekend.
<b>Kosten per jaar</b>	Geen extra kosten.
<b>Verdeling kosten</b>	Niet van toepassing.
<b>Opbrengsten</b>	Geen extra opbrengsten.
<b>Bij welke omvang is de variant rendabel?</b>	Niet van toepassing.
<b>Beschikbaarheid</b>	Spreekkamer (geen bijzondere aanpassingen gedaan aan de kamer). Omdat deze kamer onderdeel is van de GGZ instelling is in de directe nabijheid een separeerruimte beschikbaar Er is geen sprake van wachttijd.

# Zuid-Limburg – GGZ (2/2)

Onderwerp	Informatie locatie
<b>Vervoer</b>	Politie vervoert persoon naar GGZ-instelling. Indien de persoon niet wordt opgenomen in GGZ- instelling gaat patiënt zelf naar huis of de politie brengt de persoon thuis.
<b>Toeleiding</b>	Politie belt met GGZ-instelling. Na overleg wordt de persoon door de politie naar de GGZ-instelling vervoerd. Vervolgzorg kan binnen de GGZ-instelling vorm krijgen. Ook is het mogelijk dat de persoon met medicatie/ambulante hulp naar huis gaat.
<b>Voor- en nadelen</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>* Voordeel voor patiënt om in andere omgeving beoordeeld te worden dan de politieomgeving.</li><li>* Voordeel voor GGZ om beoordeling op 'eigen locatie' uit te voeren (en dus geen reistijd).</li><li>* Ketensamenwerking is veel beter geworden. Partners uit zorg en strafrecht weten elkaar beter te vinden.</li><li>* Nadeel: soms wachttijd als crisisdienst niet direct aanwezig is in het pand van het de GGZ.</li><li>* De politie is vaak veel tijd kwijt: vervoer, wachten tot de uitkomst bekend is wat men met de betrokkene gaat doen etc. Daarom zie je soms ook dat patrouilles weer in oud gedrag terugvallen en verwarde arrestanten opbrengen naar de cel.</li></ul>
<b>Ervaringen tot op heden</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>* Politie is goed in staat om indicatie te stellen voor GGZ-beoordeling.</li><li>* Ontwikkelingsvraag in Zuid-Limburg: wat te doen met sociale psychiatrie (veel overlast bijvoorbeeld, komen vaak in beeld, horen niet in politiecel (en ook niet bij GGZ): bekijken wat voor aanpak daarvoor gewenst is (cooling down huis? Daarna bemoeizorg bijvoorbeeld).</li><li>* Goed om alle initiatieven in de regio die er zijn t.a.v. de aanpak van personen met verward gedrag te clusteren naar wat je lokaal, regionaal en landelijk kunt oppakken. Meer leren van andere initiatieven.</li></ul>

# Rotterdam (Bavo Europoort) – GGZ (1/2)

Bron: Informatie verstrekt door de beoordelingslocatie. Deze factsheet bevat daarmee informatie vanuit het perspectief van de beoordelingslocatie.

Onderwerp	Informatie locatie
<b>Betrokken ketenpartners</b>	Alleen de politie. Wanneer de politie een verward persoon vindt in de openbare ruimte dan kunnen ze de persoon bij ons brengen en laten beoordelen. Verder zijn er wat betreft de opvang en beoordeling van verwarde personen geen afspraken met ziekenhuis, gemeente of andere partijen.
<b>Aard van de doelgroep</b>	Alleen volwassenen. Contra-indicaties: verdachten, mensen met verstandelijke beperking, mensen met dementie en mensen onder invloed. Verdachten van strafbare feiten gaan altijd naar het politiebureau.
<b>Locatie</b>	APZ (algemeen psychiatrisch ziekenhuis), de beoordeling van verwarde personen gebeurt op een gesloten acute opname afdeling.
<b>Werkzaamheden</b>	Opvang, onderzoek en beoordeling. Wanneer er een psychiatrische stoornis wordt vastgesteld blijft de patiënt, wanneer dit niet het geval is gaat de patiënt weer naar buiten. Als het bijvoorbeeld primair verslaving is dan door naar verslavingszorg. Somatisch onderzoek alleen op indicatie, niet standaard.
<b>Expertise</b>	Psychiaters en sociaal psychiatrisch verpleegkundigen.
<b>Verwachte aantallen</b>	Omvang van het verzorgingsgebied: aantal regio's van Veiligheidsregio Rijnmond (Rotterdam-Noord). Het afgelopen jaar werden er gemiddeld 6 personen per maand binnengebracht. Het gemiddelde onderzoek duurt ongeveer 1 uur, waarna patiënten geregeld worden opgenomen of door de acute dienst worden gezien.
<b>Kosten per jaar</b>	De opvang valt onder een regulier bestaande afdeling met een gebouw en personeel, hier worden dus geen extra kosten voor gemaakt.
<b>Verdeling kosten</b>	Gaan op in de kosten voor de gehele GGZ-instelling.
<b>Opbrengsten</b>	De opbrengst is alle declarabele zorg. Dit is een probleem omdat mensen vaak geen verzekeringspapieren bij zich hebben.
<b>Bij welke omvang is de variant rendabel?</b>	Openingstijden: 24/7. Er is 1 spreekkamer en er zijn 20 bedden (deze bedden zijn ook bedoeld voor de acute gesloten opnames). Ieder verward persoon wordt binnen een half uur geholpen.
<b>Beschikbaarheid</b>	Spreekkamer (geen bijzondere aanpassingen gedaan aan de kamer). Omdat deze kamer onderdeel is van de GGZ instelling is in de directe nabijheid een separeerruimte beschikbaar Geen wachttijd.

# Rotterdam (Bavo Europepoort) – GGZ (2/2)

Onderwerp	Informatie locatie
<b>Vervoer</b>	<p>Toeleiding: De politie brengt de persoon naar de locatie, waar deze via de achterdeur naar een gewone spreekkamer of naar een separeerruimte gaat.</p> <p>Vervoer na beoordeling: Er wordt naar gestreefd de persoon door familie of een ander contactpersoon te laten ophalen. Wanneer dit niet mogelijk is wordt er een taxi ingeschakeld. Dit is erg duur.</p>
<b>Toeleiding</b>	<p>De politie overlegt met de opnamecoördinator of de persoon met verward gedrag naar de opvanglocatie wordt gebracht.</p> <p>Vervolgzorg: klinische opname kan direct op dezelfde locatie, of de persoon wordt doorgestuurd naar huisarts of ziekenhuis.</p>
<b>Voor- en nadelen</b>	<p>Nadelen:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- De opvang is op een gesloten afdeling. Sommige personen met verward gedrag hebben psychische zorg nodig en blijven, terwijl die niet op een gesloten afdeling hoeft te zijn. Een gesloten afdeling is geen fijne locatie voor de cliënt en zijn of haar familie. Een neutrale locatie is wenselijker.</li><li>- Mensen met verward gedrag hebben vaak geen verzekeringspapieren bij zich waardoor de zorg niet gedeclareerd kan worden.</li></ul> <p>Voordelen:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Bij agressieve cliënt die toezicht en interventie nodig is de juiste expertise aanwezig.</li><li>- Het is kostentechnisch een aantrekkelijke locatie omdat er geen extra kosten zijn voor gebouw en personeel.</li></ul>
<b>Ervaringen tot op heden</b>	<p>Do's:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Medisch spoedplein met psychiatrische zorg en somatische zorg. Niet alleen psychiatrische kennis, maar ook somatische kennis moet aanwezig zijn.</li><li>- Houd bij de inrichting van een dergelijke locatie rekening met het vervoersvraagstuk na beoordeling: wie gaat dit doen?</li></ul> <p>Knelpunt:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Mensen met verstandelijke beperking vallen nu tussen wal en schip.</li></ul> <p>Tips voor de (proces)aanpak:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Is er gedoe of zijn er problemen met een persoon? Lever gewoon goede zorg, vang iemand op en ga naderhand pas evalueren. Wanneer dit is vastgelegd in een convenant kun je altijd eerst zorg leveren.</li></ul>



# Hollands-Midden – GGZ (1/2)

Bron: Informatie verstrekt door de beoordelingslocatie. Deze factsheet bevat daarmee informatie vanuit het perspectief van de beoordelingslocatie.

Onderwerp	Informatie locatie
<b>Betrokken ketenpartners</b>	Vertegenwoordigers van gemeenten van Hollands-Midden, politie, GGZ Rivierduinen, GGD-HM, Veiligheidshuis en Palier hebben zitting genomen in een stuurgroep en werkgroep. Daarnaast is er op indicatie overleg en worden afspraken gemaakt met overige ketenpartners (LUMC). De realisatie en financiering van de SPOR is een gezamenlijke opdracht voor de deelnemende ketenpartners: GGZ Rivierduinen, de gemeenten, politie en GGD. Bovendien is het perspectief van cliënten / familie bij de vormgeving van de locatie. (ZON en ZOG)
<b>Aard van de doelgroep</b>	De SPOR is toegankelijk voor volwassenen en (kinderen/) jeugd. Op de SPOR kunnen mensen terecht met verschillende vormen van verward gedrag (Ivb, dementie, psychiatrie). Verdachte personen met verward gedrag kunnen niet naar de SPOR gebracht worden. Bij deze doelgroep vindt een beoordeling bij de politie plaats. Personen met verward gedrag met een strafrechtelijke titel zijn wel welkom bij de SPOR.
<b>Beoordeling thuis</b>	Het uitgangspunt is dat de cliënt zoveel mogelijk in de eigen situatie beoordeeld wordt. Voor jeugd en dementerende ouderen is dit uitgangspunt explicieter. Er is een richtlijn voor triagisten van de SPOR, die aangeeft dat alles op alles gezet moet worden om deze doelgroep in de eigen situatie te beoordelen, mits dit voor de cliënt veilig mogelijk is.
<b>Locatie</b>	GGZ Rivierduinen in Leiden, nadrukkelijk als eigenstandige voorziening, maar in directe nabijheid van de GGZ (in hetzelfde pand, maar eigen opgang)
<b>Werkzaamheden</b>	Triage en kortdurende opvang (maximaal 6 uur) om sociaal psychiatrische beoordeling en verwijzing naar verdere zorg te bieden. De triage van meldingen vindt plaats door een SPV'er die werkzaam is op de SPOR. Inschatting en observatie door een verpleegkundige, op indicatie somatisch onderzoek door een arts, toxicologische screening. Sociaal psychiatrische crisis-beoordeling door een SPV en psychiater. Wanneer er niet of nauwelijks sprake is van psychiatrie kijkt de SPV naar overige leefgebieden. Hiervoor gebruiken zij de zelfredzaamheidsmatrix. Begeleiding tijdens duur van het verblijf in de SPOR. De SPOR hecht veel waarde aan het zoveel mogelijk betrekken van familie/steunsysteem van de cliënt. Na beoordeling vindt toeleiding naar doorzorg (psychiatrisch of anders) plaats.
<b>Expertise</b>	Voor triage en opvang zijn permanent twee (sociaal) psychiatrisch verpleegkundigen beschikbaar op de SPOR. Bij noodsituaties kan gebruik worden gemaakt van tijdelijke hulp van personeel van een aangrenzende opnamekliniek, mits deze in de directe nabijheid is. GGZ-Rivierduinen heeft een organisatieonderdeel dat gericht is op psychiatrie en Ivb. De SPOR kan gebruik maken van deze expertise. Psychiatrische beoordeling en nazorg gebeurt door de psychiater en SPV van de crisisdienst (waarvoor dus geen extra inzet personele inzet nodig is). Deze medewerkers zijn niet vast aanwezig op de SPOR. Somatische screening vindt op indicatie plaats, waarvoor een arts van de opnamekliniek kan worden ingezet. Voor aanvullende en verdiepende diagnostiek worden afspraken gemaakt met het zeer nabij gelegen LUMC.
<b>Verwachte aantallen</b>	De regio Hollands-Midden (centrumgemeenten Gouda en Leiden) betreft een groot verzorgingsgebied (lange aanrijtijden). Jaarlijks zijn circa 2.500 crisismeldingen in de betreffende regio's. Dit aantal is gebaseerd op meldingen bij de crisisdienst GGZ en de E33 meldingen.
<b>Kosten per jaar</b>	Personeel: Voor een continue bezetting van 2 verpleegkundigen is een overall personeelsbezetting van 11,33 fte nodig. Uitgaande van medewerkers werkzaam in FWG 50 schaal komt dit neer op € 970.000,- op jaarbasis voor een SPOR Vastgoed: € 62.000,- per jaar (op basis van 10 jaar afschrijving en inclusief eenmalige verbouwkosten van € 405.000,- GGZ-Rivierduinen geeft aan dat op basis van de DBC-regels ook kosten vergoed mogen worden wanneer na beoordeling van SPV/psychiater blijkt dat geen sprake is van psychiatrische problematiek. GGZ-Rivierduinen kan de werkzaamheden van de triagist van de SPOR niet declareren wanneer de triagist bezig is met een melding, maar deze persoon niet naar de SPOR gebracht wordt (er heeft in dat geval geen face-to-face contact plaatsgevonden). De definitieve begroting is nog in ontwikkeling.

# Hollands-Midden – GGZ (2/2)

Onderwerp	Informatie locatie
<b>Verdeling kosten</b>	De SPOR is kosten neutraal. De eenmalige verbouwkosten zijn voor GGZ-Rivierduinen. Er is geen financiële bijdrage van andere ketenpartners op voorhand.
<b>Opbrengsten</b>	De SPOR gaat uit van gemiddeld 5 cliënten per dag die 3 uur op de SPOR verblijven en begeleiding krijgen van 2 verpleegkundigen, betrokkenheid van de triagist, arts en psychiater. De inkomsten zouden volgens berekening vooraf de kosten op termijn moeten dekken.
<b>Bij welke omvang is de variant rendabel?</b>	De SPOR gaat uit van gemiddeld 5 cliënten per dag.
<b>Beschikbaarheid</b>	<p>Er worden 2 beveiligde ruimtes gerealiseerd (insluitkamers, molestbestendig). In deze ruimtes kunnen personen zo nodig veilig ingesloten worden en is camera toezicht. Deze kamers zijn met name bedoeld voor cliënten die in een verwarde toestand een gevaar voor zichzelf of anderen kunnen zijn.</p> <p>Er worden 2 comfortruimtes gerealiseerd, in deze ruimte kan de cliënt (eventueel ook samen met de familie) terecht.</p> <p>Er wordt 1 familiekamer gerealiseerd. In deze ruimte kan de familie van een cliënten wachten/opgevangen worden.</p> <p>Er wordt een aantal spreekkamers gerealiseerd en een ruimte voor somatisch onderzoek. Van deze ruimte kan ook de aangrenzende kliniek gebruik maken.</p> <p>De SPOR heeft verschillende zones:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- In de entreezone worden cliënten binnengelaten. In deze zone staan kluisjes voor persoonlijke bezittingen. Ook is hier ruimte om cliënten indien nodig door de aanbrennende politiefunctaris te fouilleren.</li><li>- In de cliëntzone bevinden zich de ruimtes waar cliënten kunnen verblijven.</li><li>- In de familiezone is de familiekamer.</li><li>- Tot slot is er een zone waar de spreekkamers en (somatisch)onderzoekruimte zijn.</li></ul> <p>De SPOR is een zelfstandige eenheid met een aparte toegang. Vanuit juridisch oogpunt moet de SPOR afgescheiden zijn van de opnamekliniek, omdat de kliniek een Bopz-aangemerkte locatie is.</p>
<b>Vervoer</b>	<p>Hier bestaan nog geen structurele afspraken over.</p> <p>Voor de korte termijn brengt politie of ambulance cliënten naar de SPOR. Over het vervoer van cliënten vanaf de SPOR naar elders bestaan nog geen afspraken; dit is de verantwoording van de betrokken gemeentes. Beschikbaarheid van vervoer naar en van SPOR voor cliënten is een essentiële randvoorwaarde voor SPOR om operationeel te kunnen zijn.</p>
<b>Toeleiding</b>	<p>Uitgangspunt is om de SPOR niet op te zetten als losstaande entiteit, maar onderdeel van twee ketens: (a) De SPOR is onderdeel van de ketenaanpak voor mensen met verward gedrag en is in dit kader de triage locatie. Voorwaarde voor start SPOR is dat er concrete afspraken zijn met betrokken ketenpartners over de mogelijkheid om 24/7 mensen aan te melden, de indicatiestelling van SPOR te accepteren en het snel bieden van vervolgzorg. (b) Voor mensen met GGZ-problematiek is de SPOR onderdeel van de spoedeisende psychiatrische keten met crisisdienst en IHT, grenzend aan een opnamekliniek en goed bereikbaar voor ketenpartners. De SPV op de centrale meldkamer van de GGZ (operationeel sinds feb 2017) zal een ook een belangrijke rol hebben met betrekking tot de vraag waar de melding te onderzoeken: thuis of op de SPOR.</p>
<b>Voor- en nadelen</b>	<p>Cliëntperspectief: maximaal op zorg gericht met maximale veiligheidsaspecten.</p> <p>Familieperspectief: maximale betrekking van familie door enerzijds spreek- en verblijfsruimtes die groot genoeg zijn, anderzijds door het inrichten van een apart familiebedrijf.</p> <p>Organisatieperspectief: betere sturing op crisisdienst door Rivierduinen, brede inrichting en SEH achtige functie waardoor op inhoudelijke gronden, rekening houdend met reisafstand besloten kan worden waar een patiënt op welke wijze beoordeeld wordt.</p> <p>Potentieel aandachtspunt is privacy (informatieverstrekking bij doorverwijzingen)</p>
<b>Ervaringen tot op heden</b>	SPOR is nog niet operationeel.

# Amsterdam – GGZ (1/2)

Bron: Informatie verstrekt door de beoordelingslocatie. Deze factsheet bevat daarmee informatie vanuit het perspectief van de beoordelingslocatie.

Onderwerp	Informatie locatie
<b>Betrokken ketenpartners</b>	<p>De SPOR werkt nauw samen met ambulance, psycholance en politie. In het verleden was ook de GGD nauw betrokken. In het verleden was de SPOR een opvanglocatie na triage van de GGD. Nu ligt de regie over de SPOR bij Mentrum.</p> <p>De gemeente was betrokken bij de oprichting van de SPOR.</p> <p>Ook ziekenhuizen worden betrokken bij de SPOR. Wanneer de SPOR vol zit neemt de SEH cliënten tijdelijk waar.</p> <p>Zilveren Kruis heeft afgelopen jaar actief meegedacht over de SPOR en gekeken naar hoe de kwaliteit van de SPOR getoetst kan worden.</p> <p>Cliëntenorganisaties doen onderzoek naar kwaliteit van zorg die de SPOR levert. Cliëntorganisaties zijn niet op een andere manier betrokken.</p> <p>De samenwerking met Veilig Thuis loopt nog niet optimaal. De SPOR wil Veilig Thuis betrekken wanneer sprake is van verwarde geweldadige ouders.</p>
<b>Aard van de doelgroep</b>	<p>Bij de doelgroep die op de SPOR komt is vaak sprake van co-morbiditeit; bijv. lvb met persoonlijkheidsstoornis, onder invloed etc.</p> <p>De SPOR is toegankelijk voor jeugd en volwassenen. Contra-indicaties voor de SPOR zijn mensen met ernstige somatische klachten en verwarde verdachte personen. De laatste categorie gaat naar het hoofdbureau van de politie of naar een cellencomplex.</p> <p>Bij het Veiligheidshuis loopt een pilot over de opvang van verwarde verdachten.</p>
<b>Locatie</b>	GGZ-instelling Mentrum Kliniek in Amsterdam.
<b>Werkzaamheden</b>	<p>Op de SPOR vindt opvang, onderzoek, observatie, beoordeling en eerste interventie plaats.</p> <p>De somatische beoordeling is heel basaal en wordt door basisartsen gedaan. Dit vormt een risico voor de kwaliteit van het lichamelijke onderzoek en de lichamelijke gesteldheid is moeilijk te monitoren.</p>
<b>Expertise</b>	<p>Een psychiater en sociaal psychiatrisch verpleegkundige zijn op werkdagen van 8.30 uur tot 22.00 uur aanwezig op de SPOR. Op overige momenten zijn zij beschikbaar op oproepbasis.</p> <p>Daarnaast is er altijd een cliëntbegeleider aanwezig. Dit is iemand afkomstig uit de beveiliging en speciaal voor de SPOR aanvullend getraind op methodieken om patiënten gerust te stellen en zo weinig mogelijk schade toe te dienen. De cliëntbegeleider fungeert als een soort vertrouwenspersoon voor de patiënt: hij/zij is bij alle gesprekken aanwezig, geeft een kopje koffie en smeert boterhammen. De cliëntbegeleider bemoeit zich verder niet met diagnostisering of behandeling. Deze functie is speciaal voor de SPOR ontwikkeld.</p>
<b>Verwachte aantallen</b>	<p>Het verzorgingsgebied is de veiligheidsregio Amsterdam-Amstelland.</p> <p>Verwacht aantal personen dat op jaarbasis van de locatie gebruik maakt ligt tussen de 2.000 en 2.200 personen.</p> <p>Gemiddelde verblijfsduur op locatie is gemiddeld 4 uur.</p>
<b>Kosten per jaar</b>	<p>De SPOR is volledig gefinancierd vanuit de zorgverzekeringswet.</p> <p>Het pand, de cliëntbegeleider, alles wordt betaald vanuit de DBC prijs. Dit is dus niet te specificeren voor alleen de opvang verwarde personen.</p>
<b>Verdeling kosten</b>	Alle kosten worden gedekt vanuit de DBC. Er is geen aanvullende financiering vanuit de politie of gemeenten.
<b>Opbrengsten</b>	<p>De opbrengsten bestaan uit de DBC declaraties.</p> <p>Per jaar heeft de SPOR ongeveer 1 miljoen euro verlies. De bekostiging is een groot probleem. Crisisdienst is heel moeilijk te dekken, zelfs in de stad. Het is goedkoper om iedereen op het politiebureau te zien. De SPOR is financieel niet aantrekkelijk. De oplossing zit niet in een subsidie, maar in de samenwerking.</p>

# Amsterdam – GGZ (2/2)

Onderwerp	Informatie locatie
<b>Bij welke omvang is de variant rendabel?</b>	De SPOR is met de huidige financieringsvorm (via dbc's) niet kostendekkend. Met name het personeel (receptioniste en cliëntenbegeleider) worden niet vanuit de DBC betaald.
<b>Beschikbaarheid</b>	De SPOR is 24/7 geopend. De SPOR heeft verschillende type ruimtes: 4 beveiligde gestripte kamers, 2 gesloten spreekkamers met zacht meubilair en 6/7 spreekkamers. De gemiddelde wachttijd op de SPOR is 1 uur.
<b>Vervoer</b>	Vervoer van cliënten naar de SPOR vindt in principe plaats door ambulance en psycholance. In 10 % van de gevallen vervoert politie deze cliënten.
<b>Toeleiding</b>	De ambulance meldkamer voert de triage uit op basis van de meldingen die binnenkomen. Op basis van de triage wordt besloten of een cliënt naar de SPOR moet.
<b>Voor- en nadelen</b>	<p>Nadelen:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- De SPOR is een soort opvanglocatie, mensen worden hier 'gedumpt' terwijl het soms veel beter is om naar de cliënt toe te gaan.</li><li>- Wanneer cliënten een strafbaar feit hebben gepleegd maar toch bij de SPOR terecht komen, eindigen ze vaak op straat terwijl die persoon mogelijk wel gevaarlijk is. Hier wordt momenteel in de pilot aandacht aan besteed.</li><li>- Somatisch onderzoek is gering op de SPOR. De SPOR zou idealiter in de buurt van een ziekenhuis zijn, het liefst nog met arrestantencellen erbij. Straaf en somatische problematiek zouden geïntegreerd moeten worden op de opvanglocatie.</li></ul> <p>Organisatieperspectief:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Met allerlei vormen van basis GGZ is een hele transparante bedrijfsvoering nodig. Dit is nodig voor de communicatie naar andere partijen, zodat die weten wanneer ze een beroep kunnen doen op de SPOR.</li></ul>
<b>Ervaringen tot op heden</b>	<p>Do's:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Betrek financiers bij de oprichting, en leg je plan voor aan juristen en inspectie.</li><li>- Ga op werkbezoek bij andere locaties, ook in het buitenland. Het proces van de (oprichting van de) SPOR is een continue proces dat werkende weg ontwikkeld moet worden.</li><li>- De SPOR heeft een crisis ketenoverleg met politie, GGZ, ambulance en de GGD. Door casuïstiek te bespreken zijn knelpunten zichtbaar geworden. Dit heeft geholpen om het proces in te richten en dit te communiceren met de werkvloer.</li><li>- Samenwerken met ROAZ verbanden.</li><li>- Professionals met inhoudelijke kennis uit de GGZ is noodzakelijk. Bijvoorbeeld een psychiater die ook de drive en het organisatietalent heeft om van de SPOR een succes te maken.</li><li>- Val terug op bestaande structuren als huisartsenposten, 112 meldkamer, EHBO, GGZ instellingen, etc. Ga vooral niet nóg meer nieuwe routes opzetten maar maak gebruik van wat er al is.</li></ul> <p>Knelpunten:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Idealiter wil je meer één op één begeleiding kunnen geven om meer contact te blijven met de patiënt. Daar is op dit moment te weinig personeel voor.</li><li>- Partijen denken te veel in hun eigen belang.</li><li>- Er wordt weinig samengewerkt: er zijn nu naast de politie 4 telefoonnummers die gebeld kunnen worden.</li><li>- Waak voor het omgekeerde stigma van personen met verward gedrag. Enerzijds vinden mensen de doelgroep 'eng'. Anderzijds denkt iedereen er verstand van te hebben.</li></ul> <p>Tip: Zorg voor bestuurlijk commitment en stel duidelijke targets (geen patiënten meer op politiebureau, of alles met ambulance vervoer).</p>

# Rijnstate Arnhem – ziekenhuis (1/4)

Bron: Informatie verstrekt door de beoordelingslocatie. Deze factsheet bevat daarmee informatie vanuit het perspectief van de beoordelingslocatie.

## Onderwerp

## Informatie locatie

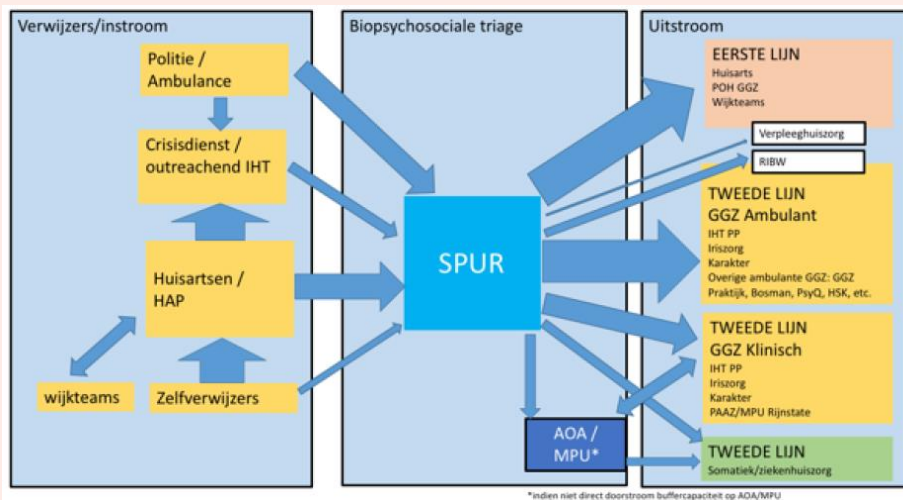
### Context:

Nu: de SEH van het ziekenhuis Rijnstate heeft een eigenstandige psychiatrieafdeling die ook de spoedeisende hulp bedient; dat een afdeling psychiatrie zich actief opstelt in het aanbieden van de SEH voor spoedeisende psychiatrie is voor Nederlandse ziekenhuizen een redelijk bijzondere situatie. Beoordeling vindt plaats door psychiaters van Rijnstate in de 'SPU': Spoedeisende Psychiatrie Unit'.

Wens: het is de wens van de afdeling psychiatrie om deze functie breder aan te bieden. De SEH is namelijk voor alle patiënten (of het nou om somatische problematiek of psychiatrische problematiek gaat) toegankelijk.

Betrokken partijen zijn: naast de zorgorganisaties (GGZ-instellingen, verslavingszorg, huisartsen, verstandelijk gehandicapten-organisaties, PG-instellingen/verpleeghuizen) zijn ook politie, ambulancedienst, VGGM (GGD-en omliggende gemeenten) gemeenten, zorgverzekeraars betrokken.

## Betrokken ketenpartners



## Aard van de doelgroep

Omdat het een reguliere SEH betreft is iedereen 24/7 welkom: niet-bekende en bekende psychiatrische patiënten, verslaafden, acute en chronische psychiatrische patiënten, verstandelijk gehandicapten, dementerenden, daklozen, mensen met een justitiële maatregel, mensen met gedragsproblemen, waaronder intoxicaties en suïcidaal gedrag, asielzoekers, somatisch zieken, kinderen en jeugdigen, etc.

Rijnstate heeft samen met de gemeente Arnhem, de politie en de Veiligheidsregio Gelderland Midden een subsidieaanvraag voor de subsidie van ZonMw aangevraagd. Doel is het komen tot samenwerkingsafspraken over de opvang van verwarde personen onder invloed van alcohol en/of drugs bij de SEH van Rijnstate wordt gerealiseerd, omdat verwarde personen onder invloed op dit moment alleen worden opgevangen in een politieel en/of SEH. Indien ze in de politieel terecht komen is er geen aansluitende/passende zorg, vanuit de SEH/ziekenhuis wordt dit wel geregeld.

## Beoordeling thuis

SEH beoordeelt niet thuis, crisisdienst blijft nodig. Bij een adequaat functionerende SPU verwacht Rijnstate dat huisartsen, ambulancedienst, politie en crisisdienst eerder direct contact zoeken met de psychiater en andere deskundigen op de SPU, die 24 uur bereikbaar zijn. Dit kan leiden tot snellere inschatting of nadere beoordeling, bijvoorbeeld op de SPU, nodig (of veiliger) is.

# Rijnstate Arnhem – ziekenhuis (2/4)

Onderwerp	Informatie locatie
<b>Locatie</b>	De SPU is onderdeel van de SEH van ziekenhuis Rijnstate, gesitueerd vanaf medio 2018 op een spoedplein samen met de huisartsenpost, dienstoptheek; er is al sinds jaren een samenwerking met de omliggende GGZ-instellingen, in het bijzonder de crisisdienst van Pro Persona.
<b>Werkzaamheden</b>	Integrale, biopsychosociale screening, diagnostiek en (eerste spoedeisende) psychiatrische behandeling. BOPZ-indicaties kunnen gesteld worden door de psychiater. Kortdurend verblijf ter observatie, diagnostiek en/of acute behandeling is indien noodzakelijk mogelijk op de PAAZ van Rijnstate. Ook wordt zo snel mogelijk breed beoordeeld door de psychiater welke vervolgzorg nodig kan zijn, indien opname in het ziekenhuis niet (meer) noodzakelijk is.
<b>Expertise</b>	<p>Nu: Omdat gebruik wordt gemaakt van een bestaande voorziening is er veel expertise al aanwezig. De huidige consultatieve psychiatrische dienst bestaat uit psychiaters, artsen al dan niet in opleiding tot psychiater en CPV'ers (consultatief psychiatrisch verpleegkundigen tevens VS-ers). Aanvullend zijn vrijwel alle overige medisch specialismen 24/7 aanwezig en in de toekomst zal er medio 2018 een huisartsenpost op het terrein van Rijnstate in gebruik genomen worden. Het ziekenhuis heeft medisch maatschappelijk werkers, psychologen en andere agogische beroepen in huis, indien nodig kunnen deze ook ingeschakeld worden bij de diagnostiek en behandeling van verwarde mensen.</p> <p>Wens: wanneer de psychiatrische functie van de SEH wordt uitgebreid, is uitbreiding van de huidige inzet van beveiliging, psychiaters, arts-assistenten psychiatrie en CPV'ers nodig. Daarnaast wil Rijnstate graag ervaringsdeskundigen gaan inzetten bij de spoedopvang van verwarde personen.</p>
<b>Verwachte aantallen</b>	<p>Nu: Rijnstate richt haar dienstverlening vooral op de inwoners van de gemeenten Arnhem, Zevenaar, Rozendaal, Rheden, Westervoort en Duiven. Daarnaast komen ook inwoners uit de gemeenten Renkum, Overbetuwe, Lingewaard, Doesburg, Rijnwaarden en Montferland naar Rijnstate. In totaal omvat dit gebied ongeveer 450.000 inwoners. De regio Arnhem heeft jaarlijks ongeveer 2.000 psychiatrische (crisis) consulten. Ongeveer 500 patiënten worden op de SEH van Rijnstate gezien, buiten het ziekenhuis worden 1.500 patiënten door de crisisdienst van Pro-Persona gezien (waarvan 60% reeds bij pro Persona in zorg is).</p> <p>Wens: Samen met huisartsen, politie, ambulance en zorgaanbieders heeft de SEH in kaart gebracht hoeveel cliënten bij uitbreiding van de psychiatrische functie van de SEH verwacht worden. De inschatting is dat het om 30 cliënten per week en daarmee 1560 op jaarbasis gaat. Afhankelijk van de casuïstiek zal een patiënt 1-4 uur op de SPU verblijven, en in sommige gevallen 24-48 uur ter observatie in het ziekenhuis.</p>
<b>Kosten per jaar</b>	<p>Nu: geen extra kosten; psychiatrische functie SEH wordt binnen bestaande huisvesting, personele bezetting en financieringskader uitgevoerd.</p> <p>Wens: Een SPU kost integraal zo'n 2,1 miljoen euro op jaarbasis.</p>
<b>Verdeling kosten</b>	<p>Nu: binnen huidige (verouderde) financieringsafspraken met de zorgverzekeraar. De productie op de SEH is in de loop der jaren gestegen en intensiever geworden, wat niet meer voldoende wordt gedekt door alleen de DOT-financiering.</p> <p>Wens: verdeling kosten over gemeenten en zorgverzekeraar</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Gemeenten: denk hierbij aan financiering vanuit gemeenten gericht op de versterking van de zelfzorg, de gemeentelijke triagefunctie voor de opvang van verwarde personen, maatschappelijke ondersteuning, kinder- en jeugd-ggz. Wat betreft financieringsvorm valt te denken aan een budgetafpraak op jaarbasis;</li><li>- Omdat de medische zorg valt onder de verzekerde zorg, zullen de zorgverzekeraars een productie in zowel crisis DBC GGZ als uitbreiding van DOT consultatieve psychiatrie moeten willen contracteren bij Rijnstate. Te denken valt aan een budgetafpraak vanuit beide financieringsmethoden op jaarbasis;</li><li>- Bredere inzetbaarheid SEH voor opvang verwarde personen onder invloed van alcohol en drugs zou volgens Rijnstate bekostigd kunnen worden vanuit justitie en gemeenten. Deze verwarde verstoorders van openbare orde worden momenteel in een 'dronkenmanscel' opgevangen. Door de pilot is dit niet/minder nodig.</li></ul>

# Rijnstate Arnhem - ziekenhuis (3/4)

Onderwerp	Informatie locatie
<b>Opbrengsten</b>	<p>Nu: binnen huidige DOT-financiering. Consulten op de SEH zijn onderdeel van het budgetplafond voor het gehele ziekenhuis.</p> <p>Wens: Bekostiging vanuit uitbreiding van DOT-financiering dan wel DBC GGZ-crisis ligt het meest voor de hand. Rijnstate pleit voor bekostiging in crisis-DBC's. Deze zijn thans alleen gecontracteerd door de zorgverzekeraars bij de GGZ-aanbieder met een outreachende crisisfunctie; de NZa richtlijn geeft echter ruimte om deze mogelijkheid ook aan ziekenhuizen te geven (deze zijn een laagdrempelige, 24 uursvoorziening met een regionale functie, waarbij medische spoedzorg wordt verleend). Daarnaast geeft de bredere inzetbaarheid van de psychiatrische diagnostische functie van de SEH ook mogelijkheid om burgers met primair psychosociale problematiek (wat blijkt na een adequate psychiatrische crisisbeoordeling) op te vangen; dit zou door de gemeente vanuit WMO-gelden bekostigd kunnen worden.</p>
<b>Bij welke omvang is de variant rendabel?</b>	<p>Met het aantal van 1000-1.500 cliënten op jaarbasis en aanvullende financiering vanuit de zorgverzekeraars, gemeenten en justitie is de SPU kostendekkend te exploiteren.</p>
<b>Beschikbaarheid</b>	<p>Nu: De SEH is 24/7 beschikbaar voor spoedzorg. Binnen de huidige faciliteit is met enkele aanpassingen geschikte, veilige ruimtes te creëren; aanrijroute, wachtruimte, bouwtechnische faciliteiten, familiekamer, medische faciliteiten (reanimatie, sterke sedatie, medische ingrepen zoals hechten van wonden, vochttoediening, etc.), communicatiemiddelen, voldoende medicatie (ook dienstapothek vanaf medio 2018) etc. zijn reeds aanwezig. Het grote voordeel van integratie van deze 24/7 faciliteit voor de opvang van verwarde personen is dat de basisvoorzieningen al aanwezig zijn. De SEH beschikt over een familiekamer en trauma-opvangkamer. De PAAZ heeft slaapkamers, 2 separeers/afzonderingsruimten, en daarnaast 31 klinische bedden (12 gesloten bedden) en spoed-dagopvang (14 stoelen). Daarnaast verwijzen de klassieke verwijzers (huisartsen, ambulance en politie) al naar de SEH verwijzen vanwege somatische redenen. De ambulance rijdt direct wanneer een levensbedreigende melding bij 112 binnen komt. Wanneer er geen sprake is van een levensbedreigende situatie hanteert de psychiatrie van de SEH een aanrijtijd van maximaal een half uur.</p> <p>Wens: Vanwege de veiligheid zullen enkele ruimtes geschikt gemaakt moeten worden voor prikkelarme opvang en veilige bewaking van de verwarde persoon en zijn naasten (met name bij agressie). Uitgangspunt is minimaal één HIC-achtige ruimte op of direct bij de SEH, waar voldoende veiligheid (cameratoezicht) geboden kan worden.</p>
<b>Vervoer</b>	<p>Nu: Vervoer vind plaats door de ambulance of de GGZ-vervoersdienst. De ambulancediensten kennen de SEH van Rijnstate al sinds jaar en dag. Rijnstate heeft ook ervaring met het regelen van vervoer naar vervolgzorg of naar huis.</p> <p>Wens: Indien dit wordt afgesproken kan de politie ook rechtstreeks (na telefonische aankondiging) verwarde mensen brengen. De huisartsenpost zit vanaf medio 2018 naast de SEH/SPU en kan ook rechtstreeks verwarde mensen direct doorverwijzen.</p>
<b>Toeleiding</b>	<p>Ziekenhuis Rijnstate opereert in een netwerk van verschillende zorgaanbieders. Afhankelijk van de hulpvraag van de patiënt kan Rijnstate doorverwijzen naar de regionale maatschappelijke opvang (Iriszorg, gemeentelijke wijkteams), huisartsen, verpleeghuizen, maar ook met de specialistische GGZ (Pro Persona, GGNet, Iriszorg, Karakter, kleinere ambulante GGZ-instellingen) of kan een patiënt binnen het ziekenhuis (PAAZ of andere afdeling) behandeld worden. De aanmelding gebeurt nu via 112 meldingen (ambulance/politie), via huisartsen die insturen naar de SEH, via GGZ-crisisdienst die instuurt naar de SEH en zelfverwijzers (mensen komen aanlopen). Er loopt nu een verbetertraject van de Veiligheid- en Gezondheidsregio Gelderland-Midden waar Rijnstate samen met andere ketenpartners is aangehaakt. Onderdeel van het verbetertraject is de toevoeging van GGZ-deskundigheid op de 112 meldkamer en het ontwikkelen van een vervolg-meldkamer voor niet-levensbedreigende verwarde personen.</p> <p>In het kader van een ZonMw aanvraag wil Rijnstate de route van verwarde personen onder invloed van alcohol en/of drugs nader beschrijven en (hopelijk) inregelen dat deze via de politie/huisarts rechtstreeks voor opvang naar Rijnstate worden gebracht. Afspraken met het Openbaar Ministerie over de omgang van personen die verdacht worden van een strafbaar feit moeten gemaakt worden.</p>



# Rijnstate Arnhem - ziekenhuis (4/4)

Onderwerp	Informatie locatie
<b>Voor- en nadelen</b>	<p>Voordelen:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Opheffen tweedeling spoedeisende gezondheidszorg voor lichamelijke en psychiatrische aandoeningen. Dit kan de spoedzorg sneller, meer beschikbaar, kwalitatief beter, veiliger en doelmatiger maken. Tevens werkt dit mee aan het bestrijden van het stigma op verwardheid, verslaving en psychiatrie.</li><li>- Opvanglocatie bij de SEH zorgt voor vermindering van het stigma op mensen met psychiatrische nood (cliënt- en familieperspectief).</li><li>- Expertise en benodigde expertise en bouwkundige voorwaarden zijn reeds aanwezig. Een opvanglocatie bij de SEH is een uitbreiding van huidige capaciteit in plaats van de creatie van nieuwe capaciteit.</li><li>- Opvanglocatie bij de SEH heeft geen exclusiecriteria: alle patiënten zijn welkom. Dat zorgt voor duidelijkheid (één loket), een tijdige en integrale beoordeling en tijdige toeleiding naar passende zorg.</li><li>- Minder vervoersbewegingen (tussen politie-GGZ-ziekenhuis bij somatische problematiek).</li><li>- In het kader van het ZonMw-project kan bekeken worden wat de inzet van ervaringsdeskundigen wordt op een spoedeisende psychiatrie unit, wat ook weer een voorbeeld kan zijn voor de gehele SEH (dus ook voor de somatische geneeskunde).</li></ul> <p>Nadelen:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Opvang bij de politie blijft nodig voor personen die vanuit hun verwarde toestand een misdrijf hebben begaan, waarvoor het Openbaar Ministerie vrijheidsbeneming gelast (tenzij dit medisch onverantwoord is; dit laatste kan weer beoordeeld worden op de SPU).</li><li>- Financiering door middel van crisis-DBC's is voor ziekenhuizen (nog) niet mogelijk. Dat is wenselijk om kostendekkend te zijn.</li><li>- Dit model vraagt om nauwe samenwerking tussen alle partijen. Dat is natuurlijk wenselijk, maar in de praktijk lastig van de grond te krijgen, omdat er nog erg vanuit de eigen organisatie wordt geredeneerd.</li></ul>
<b>Ervaringen tot op heden</b>	<p>In de huidige situatie worden ongeveer 500 verwarde mensen per jaar beoordeeld, gediagnosticeerd en (acuut) behandeld via de SEH in Rijnstate. De hoop is dat met het creëren van een SPU de huidige samenwerking binnen de keten verder versterkt wordt. Een SPU kan alleen maar als 'voorkeur' in de keten functioneren als er voldoende 'achterdeur' is. M.a.w. als er geen passende en aansluitende zorg gerealiseerd kan worden, dan verstopt het systeem van een SPU snel. Echter, in de huidige situatie op de SPU wordt door de hoogstopgeleide professional (psychiater), met doorzettingsmacht, een eerste diagnose en behandeling gestart, zodat de aansluitende vervolgzorg direct met een eerste plan aan de slag kan. Bij goede ketenafspraken (dus als niet iedereen opnieuw het wiel gaat uitvinden) kan veel doelmatiger in de keten vervolgens gewerkt worden. Dossiervoering, wederzijdse toegang hiertoe, adequate communicatiesystemen (met de GGZ-partners, huisartsen, ziekenhuizen, maar ook met politie en justitie) zijn hierbij essentieel.</p> <p>Belangrijke les is ook dat het komen tot ketenafspraken veel tijd kost. Dat zit enerzijds in de belangen die bij de verschillende partijen spelen, maar ook om niet kloppende beelden over de functie van de SEH (bv dat dit een klinische functie is gericht altijd op opname in het ziekenhuis, dat er geen sociale problemen worden gezien op de SEH, dat de SEH van een ziekenhuis niet voor psychiatrie is, et cetera).</p>



# OVP Den Haag – politie (1/2)

Bron: Informatie verstrekt door de beoordelingslocatie. Deze factsheet bevat daarmee informatie vanuit het perspectief van de beoordelingslocatie.

Onderwerp	Informatie locatie
<b>Betrokken ketenpartners</b>	Politie Den Haag en Parnassia groep (o.a. GGZ reclassering, forensische polikliniek, maatschappelijk juridische dienstverlening, het topteam, de crisisdienst en het parnassia politie programma) zijn direct betrokken. Openbaar Ministerie, gemeente Den Haag/Zoetermeer/Voorburg-Leidschendam/Wassenaar/Westland, PI Zoetermeer, PPC en het NIFP zijn zijdelings betrokken.
<b>Aard van de doelgroep</b>	Verwarde personen in meest brede zin die al of niet worden verdacht van een strafbaar feit. Geen contra indicaties.
<b>Locatie</b>	Binnen politiebureau. De voorziening is direct gelegen naast, maar fysiek gescheiden van het arrestantencomplex en wordt verhuurd aan de ParnassiaGroep.
<b>Werkzaamheden</b>	Een zorgteam screent de persoon met verward gedrag. Het zorgteam bestaat uit (sociaal psychiatrisch) verpleegkundigen, sociaal pedagogisch hulpverleners en reclasseringsmedewerkers. Op basis van de screening wordt de zorgnoodzaak vastgesteld en passende zorg georganiseerd. Advies omtrent straf aan Openbaar Ministerie door GGZ-Reclassering.
<b>Expertise</b>	Arrestantenverzorgers van politie binnen het cellencomplex (24/7 beschikbaar) Een zorgteam van GGZ-personeel binnen de OVP, 24/7 aanwezig. Het zorgteam bestaat uit (sociaal psychiatrisch) verpleegkundigen, sociaal psychiatrisch hulpverlener en reclasseringsmedewerkers. Er zijn altijd drie medewerkers van het zorgteam aanwezig, waarvan altijd één verpleegkundige. Een psychiater is 24/7 beschikbaar als achterwacht. Er is somatische basiszorg aanwezig.
<b>Verwachte aantallen</b>	Het verzorgingsgebied van de OVP bestaat uit regio Den Haag. (Gemeenten Den Haag/Zoetermeer/Voorburg-Leidschendam/Wassenaar/Westland). Per dag worden gemiddeld 7 personen opgevangen.
<b>Kosten per jaar</b>	Kosten ten tijde van deze inventarisatie niet bekend. Aanwezigheid van GGZ-expertise gedurende 24/7 op de (politie)locatie is prijzig, gelet op aantal verwarde personen op jaarbasis betaalbaar.
<b>Verdeling kosten</b>	De gemeente heeft de faciliteiten voor 2 jaar gefinancierd. De kosten van het zorgteam worden betaald door de GGZ-instelling. De initiële kosten zijn gefinancierd door gemeente en de GGZ-instelling.
<b>Opbrengsten</b>	Financiering via dbc-declaraties Opbrengsten politie: minder tijdsbesteding aan verwarde personen, die geen strafbaar feit hebben gepleegd omdat deze personen nu direct door de GGZ verzorgd worden en dus niet meer noodgedwongen tijdelijk in een politiecel worden opgevangen.
<b>Bij welke omvang is de variant rendabel?</b>	Op basis van de pilot lag voor de GGZ het break-even point bij een instroom van 2636 cliënten. Dat is haalbaar als cliënten vanuit heel de regio Haaglanden van de opvangvoorziening gebruik gaan maken.
<b>Beschikbaarheid</b>	De OVP is 24/7 open Op de OVP zijn 12 zorgverblijven, kantoorruimte, spreekkamers en artsenkamer. Vrijwillige personen met verward gedrag worden geplaatst in zorgverblijven. Ook is er een sociale bewaarplaats (veelal voor moeders met kinderen of dementerende ouderen). Arrestanten met verward gedrag worden geplaatst in reguliere politiecellen en daar binnen 1 uur bezocht door zorgteam. Personen waar extra toezicht noodzakelijk is worden in een 'camera cel' of 'observatieverblijf' geplaatst, ongeacht het kader van instroom.

# OVP Den Haag – politie (2/2)

Onderwerp	Informatie locatie
<b>Vervoer</b>	Politie vervoert personen met verward gedrag naar de OVP Vervoer na beoordeling in de OVP vindt plaats doordat een persoon zelfstandig de locatie verlaat, per ambulance of door een taxi.
<b>Toeleiding</b>	Politie bepaalt op basis van professionele inschatting of een persoon verward gedrag vertoont en zij deze naar de OVP moeten brengen. Consultatie crisisdienst: Om de zorgnoodzaak te bevestigen en al dan niet in een gedwongen kader te realiseren, kan door het zorgteam de crisisdienst worden geraadpleegd. Dit kan zowel telefonisch als ter plaatse plaatsvinden.
<b>Voor- en nadelen</b>	<p>Voordelen:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Het patiëntbelang staat centraal. De problematiek wordt waargenomen door professionals (ggz medewerkers), en is daarmee zichtbaarder en is het duidelijker wat moet gebeuren, en dat in een zo veilig mogelijke omgeving.</li><li>- Doordat politie en GGZ onder één dak verblijven kunnen beide partijen profiteren van elkaars kennis en kunde</li><li>- Er vindt directe GGZ screening en hulpverlening plaats (&lt;1 uur)</li><li>- Reclassering en politie verblijven op één locatie met gescheiden verantwoordelijkheden; dit levert meerwaarde op voor de verwarde personen</li><li>- Er wordt een gecombineerd aanbod geleverd gericht op een optimaal zorg-/strafadvies tijdens de eerste zes uren fase. Dit betekent zowel een efficiëntie als een kwaliteitsslag voor de aanpak van deze doelgroep.</li></ul> <p>Nadelen:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Op de huidige locatie is 24/7 GGZ personeel aanwezig. Dit heeft meerwaarde, maar kent ook financiële consequenties. In grote steden als Den Haag is dit rendabel, maar in andere steden/gemeenten kan dit in verhouding heel duur zijn.</li><li>- Vervoer door Politie naar OVP kent nadelen (niet geschikt, niet de gewenste expertise t.a.v. bejegening van personen, niet ethisch om personen zonder strafbaar feit in politieauto te vervoeren).</li></ul>
<b>Ervaringen tot op heden</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- In de pilot is gebleken dat de integrale aanpak van GGZ inzet bij zowel vrijwillige- als verdachte verwarde personen een absolute meerwaarde is. De combinatie van dubbele problematiek vraagt duidelijk om een gecombineerd aanbod van GGZ- en reclasseringsinzet</li><li>- Aanvankelijk heeft het projectteam enkel het management en de leidinggevendenden geïnformeerd over de pilot en de werkwijze, en het personeel enkel per email geïnformeerd. Dit was echter duidelijk terug te zien in het aantal 'gemiste' instroom. Als reactie daarop heeft het projectteam ervoor gekozen alle briefings bij te wonen en daar de pilot en werkwijze te introduceren, wat terug te zien was in de 'gemiste' instroom.</li><li>- Omdat er vanuit de pilot een aantal personen zijn doorgestroomd naar de maatschappelijke opvang, is het belangrijk deze partij te betrekken.</li><li>- De combinatie van zorgmedewerkers aangevuld met de inzet en expertise van de GGZ reclassering heeft aangetoond dat er op deze integrale werkwijze optimaal kan worden ingespeeld op de vaak dubbele of driedubbele problematiek van de verwarde verdachten.</li><li>- Administratieve ondersteuning en professionele ICT middelen zijn nodig om de in- en uitstroom optimaal te registreren.</li></ul>

# Bijlage A

## Adviezen ervaringsdeskundigen: Vervoer, melding, beoordeling (Bouwstenen 4, 5, 7)

(Bron: [https://vng.nl/personen-met-verward-gedrag/5-beoordeling-en-  
risicotaxatie](https://vng.nl/personen-met-verward-gedrag/5-beoordeling-en-<br/>risicotaxatie))

Voorzitter schakelteam Personen met Verward Gedrag, Onno Hoes ging in gesprek met twee ervaringsdeskundigen. Zij vertelden over hun ervaringen in de periode dat zij verward en kwetsbaar waren. Hun adviezen zijn:

- Zorg voor een vertrouwde behandelaar/contactpersoon: Zorg dat er een vertrouwde behandelaar of contactpersoon is waarmee de persoon met verward gedrag of professional contact kan opnemen.
- Vergeet naast familie/vrienden niet: Het kan prettig zijn om een naaste, een familielid of vriend, aanwezig te laten zijn bij de persoon met verward gedrag en laat deze persoon ook meereizen en aanwezig zijn bij de beoordelingslocatie.
- Zo min mogelijk veel verschillende professionals: Probeer zo min mogelijk verschillende professionals om de persoon met verward gedrag te hebben. De ervaringsdeskundigen geven aan dat zij na anderhalve week met soms wel 30 verschillende mensen te maken hebben gehad in het ziekenhuis, ambulance, instelling, crisisdienst, nachtdienst. Doordat je met zoveel mensen contact hebt, raak je nog meer verward.
- Zorg voor helderheid in communicatie: Voor de hulpverlener is het helder waar je naartoe gaat, maar als je verward bent, komt dit allemaal op je af en word je niet altijd op de hoogte gehouden waar je heen gaat. Wees dus helder in de communicatie.
- Uniform kan reactie uitlokken, hou hier rekening mee: Wees ervan bewust dat het uniform dat de professional draagt een bepaalde reactie kan uitlokken. Hiermee zijn niet altijd goede ervaringen, waardoor iemand nog verwarder en angstig kan worden.
- De juiste bejegening is uitermate belangrijk: Ook de wijze van bejegening kan agressiviteit in de hand werken en de verwardheid erger maken. Iemand met verward gedrag is soms inderdaad zelf ook agressief, maar als er 2 politieauto's met sirenes komen, agenten in uniform op je af komen rennen en je met overmacht naar de grond wordt gewerkt, werkt dit niet de-escalerend. Daarbij is de kans groot dat de persoon die verward is dan zeker niet meewerkt. Er wordt wel al een verandering in bejegening gezien en gemerkt dat professionals hierop getraind worden. Zet dit vooral door!
- Maak melding door naaste minder gecompliceerd: Als een naaste een melding wil doen, is het soms erg ingewikkeld om de juiste ingangen te vinden. Deze persoon moet over veel overredingskracht en uithoudingsvermogen beschikken om de juiste persoon te vinden en te spreken krijgen. De melder krijgt ook met veel verschillende personen te maken, moet met veel mensen praten, lang wachten en wordt soms van 'kastje naar de muur' gestuurd. Dat terwijl een naaste zich echt zorgen maakt en er op dat moment snel hulp nodig is.
- Schuif bij een melding de verantwoordelijkheid niet op elkaar af: Zorg dat er een goed protocol is om te handelen als er een melding komt. Schuif de verantwoordelijkheid niet op elkaar af. Er is bijvoorbeeld ervaren dat als er een melding wordt gemaakt van iemand die zich van het leven wil beroven, door de meldkamer werd gezegd 'ja en wat moeten wij ermee'. Er moet gehandeld worden als er een melding komt.

# Bijlage A

## Landelijk geformuleerde randvoorwaarden voor de eerste opvang en beoordeling

(Bron: *Factsheet Aanjaagteam Verwarde Personen, juli 2016; Bouwsteen 5: Beoordeling en risicotaxatie*).

### Perspectief

Er vindt eenduidige, multidisciplinaire beoordeling en risicotaxatie plaats van mensen die verward gedrag vertonen. Dit is ongeacht de vindplaats (o.a. politie, huisarts of spoedeisende hulp).

Dit is 24/7 beschikbaar en vindt plaats in een passende omgeving.

### Minimale vereisten

- Eenduidige beoordeling en taxatie van risico's (voor de persoon en de omgeving). Aan de hand daarvan bepalen of een strafrechtelijke aanpak, zorg of een combinatie nodig is.
- Een 24/7 beschikbaarheidsvoorziening voor beoordeling en een verzoek om beoordeling kan op één centrale plaats in de regio aangevraagd worden.
- In het proces van beoordeling, risicotaxatie en indicatiestelling zitten zo min mogelijk schakels en overdrachtsmomenten.
- De beoordeling vindt plaats met een multidisciplinaire blik, dus aandacht voor verwardheid in brede zin en voor lichamelijke ziektes.
- De beoordeling in een acute situatie gebeurt snel.
- De beoordeling gebeurt in een passende omgeving: thuis bij de persoon of een speciale opvangvoorziening.
- Als er geen sprake is van een strafbaar feit, gebeurt beoordeling niet in een politiecel.

### Betrokken partners

Bij een persoonsgerichte aanpak voor en met mensen die (soms) verward gedrag vertonen, hebben vele partners een rol en verantwoordelijkheid. Voor deze bouwsteen is het in ieder geval belangrijk ook te denken aan: ggz-zorg, verslavingszorg, zorg voor lichtverstandelijk beperkten, psycho-geriatrie. • Forensisch arts GGD, Spoedeisende Hulp Algemeen Ziekenhuis.