

Het terugdringen van overlast veroorzaakt door personen met een dubbele - of een triple diagnose

Scriptie | 2016



Auteur: Koen Vermeijs

Datum: 01-02-2016 tot 30-05-2016

Opdrachtgever: Gemeente Apeldoorn

Begeleider: Maaïke Boomkamp MSc

Opleidingsinstituut: Saxion hogescholen, Academie Bestuur en Recht

Afstudeerbegeleiders: Andries Zoutendijk (1^e lezer) en Volker Stillig (2^e lezer)

Samenvatting

In de periode van Februari 2016 tot juni 2016 is er onderzoek gedaan naar 'Het terugdringen van overlast veroorzaakt door personen met een dubbele - of een triple diagnose'. Het projectgebied van het onderzoek bestaat uit Oost-Nederland. Het onderzoek is uitgevoerd vanuit de gemeente Apeldoorn.

Het onderzoek kan worden omschreven als een exploratief onderzoek, met als doel inventariseren en verkennen. Allereerst is er een uitgebreide literatuurstudie uitgevoerd. Vervolgens zijn er vanuit het veldonderzoek meerdere professionals en experts, die nauw betrokken zijn bij het vraagstuk en de doelgroep, geïnterviewd.

De primaire aanleiding van het onderzoek is dat Nederland de laatste jaren een toename van het aantal incidenten veroorzaakt door zogenaamde verwarde personen. In dit onderzoek wordt echter gesproken over 'overlastgevende personen'. De reden hiervoor is dat verwarde personen, niet per definitie overlast veroorzaken.

Dit onderzoek moet ertoe bijdragen dat de regio Oost-Nederland meer inzicht krijgt in de verschillende mogelijkheden waarmee andere regio's omgaan met het beheersen en voorkomen van incidenten die de openbare orde en veiligheid kunnen aantasten, veroorzaakt door overlastgevende personen.

De volgende probleemstelling staat centraal in dit onderzoek: *'In hoeverre kunnen bekende interventie strategieën en expertise bijdragen aan het vergroten van de expertise en het verbeteren van de huidige werkwijzen van de regio Oost-Nederland ten aanzien van het verminderen van incidenten veroorzaakt door overlastgevende personen?'*

Overlastgevende personen zijn onderdeel van een doelgroep met een complexe problematiek op meerdere leefgebieden. De overlastgevende persoon is dubbel of soms zelfs triple gediagnosticeerd. Dit in combinatie met een vaak zorgmijdend karakter, vraagt van betrokken organisaties dat zij de overlastgevende persoon centraal stellen bij de aanpak.

Hieronder volgen de belangrijkste conclusies en aanbevelingen die voortkomen uit het onderzoek.

Door zorg en hulpverlening laagdrempelig te maken en maatwerk te leveren op persoonsniveau, kan overlast worden teruggedrongen. De behoeften van de overlastgevende persoon zijn doorgaans niet veranderbaar, het aanbod van betrokken organisaties wel. Hierdoor moeten betrokken organisaties zorg en hulp bieden die overeenkomt met de behoeften van het individu. Dit kan bereikt worden door goed zicht te hebben op de daadwerkelijke hulpvraag van de overlastgevende persoon. Vaak blijkt dat organisaties erg gericht zijn op het behandelen van een specifieke diagnose, terwijl dit er vaak voor zorgt dat er te weinig oog is voor de daadwerkelijke hulpvraag van de doelgroep. Daarnaast zijn schotten tussen organisaties een belemmering, die er in de praktijk vaak toe leiden dat hulpverlening niet voldoende geïntrigeerd behandeld, terwijl dit vaak wel gewenst is bij een dubbele – of een triple diagnose. Door middels een netwerk van experts vanuit verschillende disciplines een gezamenlijk persoonsgerichte aanpak te ontwikkelen, kan beter voorzien worden in de daadwerkelijke behoefte van de overlastgevende persoon. Het is essentieel om de actuele levenssituatie van de overlastgevende persoon te kennen. Dit kan bereikt worden door veel te werken op straatniveau. Dit houdt in dat hulpverleners dagelijks in contact staan met de overlastgevende persoon. Hierdoor kan een goed beeld ontstaan van de actuele ontwikkelingen in het leven van de overlastgever. Factoren die ervoor zorgen dat een individu overlast gaat geven komen hierdoor aan het licht, dit is erg waardevolle informatie. Deze informatie, in combinatie met



het creëren van een netwerk, zowel op straatniveau als op een hoger niveau, zorgt ervoor dat er passende zorg en hulp geboden kan worden. Hierdoor neemt overlast af. Wanneer hulpverleners die veel op straat werken met de overlastgevende personen, op straatniveau een netwerk hebben, wordt er proactief en escalatie voorkomend gewerkt. Wanneer personen binnen het netwerk, zoals de wijkagent, mogelijke escalatie herkennen, moeten zij de hulpverlener inschakelen. Hierdoor wordt er vroegtijdig gehandeld om eventuele overlast te voorkomen of te minimaliseren. Een voordeel hiervan is dat contact tussen de overlastgever meer plaatsvindt tussen de hulpverlener en de overlastgevende persoon, in plaats van tussen de politie en de overlastgevende persoon. Het netwerk op hoger niveau, kan door de hulpverlener die op straat actief is worden ingeschakeld wanneer (mogelijk) te grote escalatie optreedt. Dit netwerk moet bestaan uit zorg- en hulpverleningsprofessionals vanuit verschillende disciplines. Indien zij een gezamenlijke verantwoordelijkheid nemen en op een actieve manier (zonder zich te laten belemmeren door beleidskaders) zich op een case storten, kan er worden gezocht naar structurele oplossingen.

Inhoud

Voorwoord	7
Leeswijzer	8
Hoofdstuk 1 Inleiding	9
1.1 Aanleiding.....	9
1.2 Doelstelling van het onderzoek.....	10
1.3. Probleemstelling en onderzoeksvragen	10
1.4. Belanghebbenden	11
Hoofdstuk 2 Theoretisch kader	13
2.1 Kernbegrippen.....	13
2.2 Wat zijn beperkende factoren binnen het huidige beleid van de betrokken organisaties en hoe kan er meer optimaal gebruik gemaakt worden van hun (opgedane) kennis en expertise om tot oplossingen te komen?	14
2.3 Welke factoren en situationele omstandigheden dragen, volgens betrokkenen en experts bij aan het succes van hulpverlening en interventie strategieën?	18
2.4 Wat is er bekend op het gebied van interventie strategieën en expertise voor overlastgevende personen en welke valkuilen en succesfactoren kunnen hieruit ontwikkeld worden?	19
2.5 Conclusie theoretisch kader	22
Wat zijn beperkende factoren binnen het huidige beleid van de betrokken organisaties en hoe kan er meer optimaal gebruik gemaakt worden van hun (opgedane) kennis en expertise om tot oplossingen te komen?	22
Welke factoren en situationele omstandigheden dragen, volgens betrokkenen en experts bij aan het succes van hulpverlening en interventie strategieën?	23
Wat is er bekend op het gebied van interventie strategieën en expertise voor overlastgevende personen en welke valkuilen en succesfactoren kunnen hieruit ontwikkeld worden?	23
Causaal veldmodel	24
Hoofdstuk 3 juridisch kader	25
Hoofdstuk 4 Onderzoeksopzet.....	27
4.1 Onderzoeksmethoden en –instrumenten:.....	27
4.2 Betrouwbaarheid en validiteit:.....	29
Hoofdstuk 5 Resultaten.....	30
5.1 Wat zijn beperkende factoren binnen het huidige beleid van de betrokken organisaties en hoe kan er meer optimaal gebruik gemaakt worden van hun (opgedane) kennis en expertise om de hoeveelheid overlast te verminderen?	30
5.1.1 Het vervoeren van overlastgevende personen	30
5.1.2 Opvang en beoordeling overlastgevende personen	31
5.1.3 Schotten tussen organisaties	32
5.1.4 Zelfredzaamheid.....	33

5.1.5 Continuïteit in de zorg en hulpverlening.....	34
5.2. Welke factoren en situationele omstandigheden dragen, volgens betrokkenen en experts bij aan het succes van hulpverlening en interventie strategieën? 5.2.1. Zorg zonder drempels	35
5.2.2. Huisvesting	35
5.2.3. Vraaggericht versus Diagnose gericht werken	36
5.2.4. Het hebben van perspectief	37
5.3. Wat is er bekend op het gebied van interventie strategieën en expertise voor overlast gevende personen en welke valkuilen en succesfactoren kunnen hieruit ontwikkeld worden?	38
5.3.1 Interventie voor vervoer: De Psycholance	38
5.3.2 Interventie voor opvang 1: Spoedeisende psychiatrische onderzoeksruimte (SPOR)	39
5.3.3 Interventie voor opvang 2: 'Opvang verwarde personen' in Den Haag.....	39
5.3.4 Interventie voor huisvesting 1: Housing First.....	40
5.3.5 Interventie voor huisvesting 2: Skaeve Huse	42
5.3.6 Interventie: Wijk-GGD'er.....	43
5.3.7 Zwolle Actief.....	44
5.3.8 Creating Balance.....	45
5.3.9 Interventies voor een netwerk en dagbesteding	45
5.4. Waar liggen, op het gebied van wet- en regelgeving relevante en belangrijke restricties dan wel kansen ten aanzien van de aanpak van de problematiek?	47
5.4.1 Groepsdiscussie.....	47
5.4.2 Privacy en informatiedeling.....	48
5.4.3 Financiering van de zorg.....	48
Hoofdstuk 6 Conclusies	49
6.1 Wat zijn beperkende factoren binnen het huidige beleid van de betrokken organisaties en hoe kan er meer optimaal gebruik gemaakt worden van hun (opgedane) kennis en expertise om de hoeveelheid overlast te verminderen?	49
6.2 Welke factoren en situationele omstandigheden dragen, volgens betrokkenen en experts bij aan het succes van hulpverlening en interventie strategieën?	51
6.3 Wat is er bekend op het gebied van interventie strategieën en expertise voor overlast gevende personen en welke valkuilen en succesfactoren kunnen hieruit ontwikkeld worden?	53
6.4 Waar liggen, op het gebied van wet- en regelgeving relevante en belangrijke restricties dan wel kansen ten aanzien van de aanpak van de problematiek?	56
6.5 Beantwoording probleemstelling.....	57
Hoofdstuk 7 Advies & aanbevelingen	62
Bronnenlijst	66
Bijlage 1	69





Voorwoord

Voor u ligt het rapport 'Het terugdringen van overlast veroorzaakt door personen met een dubbele - of een triple diagnose'. In dit rapport zijn de resultaten uiteengezet van mijn onderzoek. Dit onderzoek heeft betrekking op de regio Oost-Nederland.

Het onderzoek is mijn afstudeeropdracht van de opleiding Integrale Veiligheidskunde. Binnen de opleiding is sociale veiligheid een groot onderdeel. Dit onderzoek heeft daarmee veel samenhang, omdat overlast veel sociale aspecten kent. Eigenlijk ben ik per toeval met de gemeente Apeldoorn in contact gekomen. Er was vanuit de gemeente behoefte aan een inventarisatie over hoe de problematiek omtrent overlastgevende personen beter beheersbaar gemaakt kon worden. Zodoende kwam deze afstudeeropdracht tot stand.

Ik heb met veel plezier aan dit complexe en voor mij relatief nieuwe vraagstuk gewerkt. Ik bedank de gemeente Apeldoorn voor het bieden van de ruimte voor de uitvoering van mijn afstudeeropdracht. Specifiek Maaïke Boomkamp, voor de hartelijke begeleiding die ik van haar heb mogen ontvangen. Daarnaast, het zijn er te veel om ze allemaal op te noemen, wil ik alle personen die de tijd namen om zich te laten interviewen door mij ook hartelijk bedanken voor hun bijdrage aan dit onderzoek.

Apeldoorn, 30 mei 2016

Koen Vermeijs

De hoofdvraag die in dit onderzoek centraal staat luidt als volgt: *‘In hoeverre kunnen bekende interventie strategieën en expertise bijdragen aan het vergroten van de expertise en het verbeteren van de huidige werkwijzen van de regio Oost-Nederland ten aanzien van het verminderen van incidenten veroorzaakt door overlastgevende personen?’*

Dit rapport geeft inzicht in de bevindingen die in het onderzoek gedaan zijn.

- Het eerste hoofdstuk biedt een inleiding op het onderzoek.
- Het tweede hoofdstuk omvat het theoretisch kader. Dit is de theoretische basis van het onderzoek. Hierin wordt de relevante theoretische en wetenschappelijke informatie over het onderzoeksonderwerp beschreven en uiteengezet.
- Het derde hoofdstuk omvat het juridisch kader. Hier komt voor het onderzoek relevante wetgeving aan bod. Hierdoor heeft een onderzoeker een beeld van de relevante wetgeving en hoe deze zich verhoudt tot het onderzoek.
- Het vierde hoofdstuk beschrijft de opzet van het onderzoek.
- Het vijfde hoofdstuk omvat onderzoeksresultaten voortkomend uit gehouden interviews.
- Het zesde hoofdstuk omvat de conclusies voor alle vier de onderzoeksvragen. In dit hoofdstuk komen de bevindingen van het theoretisch kader samen met de bevindingen uit het resultatenhoofdstuk (interviews). Door deze uitkomsten tegen elkaar af te zetten worden conclusies getrokken.
- Het zevende hoofdstuk bestaat uit de aanbevelingen die voortvloeien uit de bevindingen van het onderzoek. Dit zijn concrete stappen die de opdrachtgever kan nemen om haar doelstellingen te bereiken.
- Het achtste, en laatste hoofdstuk toont de gebruikte schriftelijke bronnen.

Hoofdstuk 1 Inleiding

1.1 Aanleiding

In de laatste jaren is de problematiek veroorzaakt door overlastgevende personen¹ flink toegenomen. Overlastgevende personen kunnen zorgen voor een verstoring van de openbare orde en veiligheid. Door bijvoorbeeld agressief te bedelen, het vertonen van gewelddadig of agressief gedrag of door het veroorzaken van extreme geluidsoverlast vanuit hun woning. De veiligheid van buurtbewoners, of mensen op straat, komt in het geding. Ook kan de problematiek zorgen voor een afname van de veiligheidsgevoelens van burgers. De regio Oost-Nederland is zoekende naar maatregelen en strategieën die geïmplementeerd kunnen worden om zo de problematiek structureel meer beheersbaar te maken en de overlast te verminderen.

Ondanks dat zorg- en hulpverlening in de meeste gevallen goed verloopt, is er zeker ruimte voor verbetering. Volgens Hoekstra, van Hoorn, de Wit en Zuiderhoudt (2015) kan een betere samenwerking tussen GGZ en justitie eventueel voorkomen dat een kleine groep overlastgevers tussen wal en schip valt.

Dat de overlast is toegenomen, blijkt ook uit recente cijfers van de Nationale Politie (2016). Het aantal E33-incidenten, is in de afgelopen vijf jaar consistent toegenomen. Dit geldt zowel voor eenheidsniveau, als landelijk. Een E33-incident (E33 is een code in het politiesysteem) betreft overlast veroorzaakt door een verward of overspannen persoon. Binnen de eenheid Oost-Nederland is gedurende de afgelopen vijf jaar, ieder jaar een toename van het aantal incidenten te zien. In 2015 gaat het om 11.340 meldingen, tegenover 6.901 meldingen in 2011. Dit is een stijging van ongeveer 65% in de afgelopen vijf jaar. Ook de landelijke politie ziet de afgelopen vijf jaar, ieder jaar een stijging. In 2015 gaat het op landelijk niveau om 65.831 meldingen, tegenover 40.012 meldingen in 2011 (65% toename)².

Doelgroep

De doelgroep overlastgevende personen staat centraal in dit onderzoek. Het is belangrijk om deze doelgroep helder te definiëren. In de Bestuurlijke Nota 'Veiligheidsstrategie 2015-2018 Oost-Nederland' (2014) staat dat het gaat om personen met een dubbele - of triple diagnose. Bij mensen met een dubbele diagnose gaat het vaak om een psychische stoornis in combinatie met een verslavingsprobleem. Bij een triple diagnose zit er nog een derde element bij, zoals een (licht) verstandelijke beperking. Daarnaast zijn er ook externe factoren zoals een echtscheiding of een persoonlijke financiële malaise die bijdragen aan iemands gemoedstoestand en eventuele problematiek kunnen verergeren. In sommige gevallen gaat het om mensen die al eens in contact zijn geweest met bijvoorbeeld een GGZ-instelling, maar dit hoeft niet per se het geval te zijn.

Dit onderzoek focust zich op een deelgroep binnen de E33-incidenten. In welke mate de doelgroep van dit onderzoek zich verhoudt tot de totaliteit van de E33-incidenten is niet bekend en zal in dit onderzoek ook niet worden onderzocht. De reden hiervoor is dat het hebben van deze kennis niets toevoegt aan het resultaat van dit onderzoek.

¹ Overlastgevende personen: In dit plan zal de doelgroep constant worden aangeduid als 'overlastgevende personen'

² Bron: Nationale politie

1.2 Doelstelling van het onderzoek

De regio Oost-Nederland wil meer inzicht krijgen in de verschillende mogelijkheden waarmee andere regio's omgaan met het beheersen en voorkomen van incidenten die de openbare orde en veiligheid kunnen aantasten, veroorzaakt door overlastgevende personen. De regio Oost-Nederland zoekt naar een strategie en bijbehorende handvatten om de problematiek omtrent deze overlastgevende personen, ten behoeve van de objectieve- en subjectieve veiligheid van burgers, terug te dringen.

Er moet duidelijk aan het licht komen wat succesfactoren, maar ook eventuele valkuilen zijn voor de toekomstige aanpak. Een strategie of manier van werken die succesvol blijkt in een ander gebied kan niet per definitie 1-op-1 gekopieerd worden. Dit mede omdat we in ons gebied wellicht te maken hebben met andere organisaties en variabelen.

Gemeenten staan voor een groot deel centraal in het geheel, maar andere partijen zijn onmisbaar voor een goede uitvoering en om de doelstellingen te behalen. Het is ook belangrijk om helder te krijgen welke rollen andere netwerkpartners van gemeenten spelen in de nieuwe maatregelen en strategieën. Denk aan politie, verslavingszorg en andere gezondheidsinstellingen.

De doelstelling van dit onderzoek samengevat:

Het doel van het onderzoek is de opdrachtgever inzicht verschaffen in de wijze waarop zij de problematiek omtrent overlastgevende personen beter kan aanpakken. Er is behoefte aan kennis omtrent best practices zodat de regio Oost-Nederland hier haar voordeel mee kan doen. Dit moet leiden tot concrete adviezen en maatregelen die duidelijk toepasbaar en implementeerbaar zijn.

1.3. Probleemstelling en onderzoeksvragen

De aanleiding en de doelstelling van het onderzoek leiden tot de volgende probleemstelling:

'In hoeverre kunnen bekende interventie strategieën en expertise bijdragen aan het vergroten van de expertise en het verbeteren van de huidige werkwijzen van de regio Oost-Nederland ten aanzien van het verminderen van incidenten veroorzaakt door overlastgevende personen?'

Onderzoeksvragen:

1. Wat zijn beperkende factoren binnen het huidige beleid van de betrokken organisaties en hoe kan er meer optimaal gebruik gemaakt worden van hun (opgedane) kennis en expertise om de hoeveelheid overlast te verminderen?
2. Welke factoren en situationele omstandigheden dragen, volgens betrokkenen en experts bij aan het succes van hulpverlening en interventie strategieën?
3. Wat is er bekend op het gebied van interventie strategieën en expertise voor overlastgevende personen en welke valkuilen en succesfactoren kunnen hieruit ontwikkeld worden?
4. Waar liggen, op het gebied van wet- en regelgeving relevante en belangrijke restricties dan wel kansen ten aanzien van de aanpak van de problematiek?

1.4. Belanghebbenden

Wie zijn betrokkenen en belanghebbenden bij het vraagstuk en wat zijn hun belangen?

- De politieregio Oost-Nederland

De politieregio Oost-Nederland heeft de aanpak van overlastgevende personen opgenomen als thema in de Bestuurlijke Nota 'Veiligheidsstrategie 2015-2018 Oost-Nederland' (2014)³. Dit document is opgesteld en vastgesteld door de politie, het openbaar ministerie en gemeenten. Hierin komt naar voren dat politieregio Oost-Nederland de ambitie heeft de veiligheidsgevoelens (subjectieve veiligheid) onder inwoners te vergroten. Dit onderzoek draagt bij aan het vergroten van kennis en expertise over de aanpak van overlastgevende personen. Wat op haar beurt, na implementatie van de aanbevelingen, kan bijdragen aan het behalen van de gestelde ambitie.

Daarnaast streeft de politieregio onder andere naar een verbeterde samenwerking tussen gemeentegrensoverschrijdende organisaties zoals ggz- of verslavingsinstellingen. Dit onderzoek levert een bijdrage door bijvoorbeeld de kansen en hiaten van het beleid van betrokken organisaties in kaart te brengen.

- De gemeente Apeldoorn

Binnen de gemeente Apeldoorn fungeert Maaïke Boomkamp als opdrachtgever voor het onderzoek. De gemeente Apeldoorn is op zoek naar best practices op het gebied van overlastgevende personen. Dit onderzoek geeft de gemeente inzicht in bestaande werkwijzen en expertise en voorziet daarnaast in aanbevelingen.

- Overige betrokken gemeenten

Naast de gemeente Apeldoorn, zijn er binnen de politieregio Oost-Nederland nog meerdere gemeenten. De politieregio bestaat, inclusief Apeldoorn, uit 79 gemeenten. Het onderzoek wordt ten behoeven van de overige 78 gemeenten uitgevoerd. Net als de gemeente Apeldoorn doen zij hun voordeel doen met de uitkomsten van dit onderzoek.

- Betrokken organisaties

Er zijn meerdere actoren die een belang hebben bij dit onderzoek. In de integrale werkwijze ten aanzien van de aanpak van overlastgevende personen voert de gemeente de regierol uit. De gemeente staat in contact met de ketenpartners zoals politie en GGZ-instellingen. Deze actoren doen de kennis op die uit dit onderzoek naar voren komt en de maatregelen en adviezen die worden ontwikkeld. Relevante actoren zijn vooral de politie, GGZ- en verslavingszorg instellingen en het Openbaar Ministerie.

³ Document waarin betrokken partijen gezamenlijk richting geven aan de aanpak van sociale veiligheid in Oost-Nederland

- Indirect: De Nederlandse samenleving

De samenleving, of de burger in de regio, wordt gezien als een indirecte belanghebbende. Het onderzoek draagt bij aan de aanpak van overlastgevende personen, wat uiteindelijk bijdraagt aan het vergroten van de objectieve- en subjectieve veiligheid. De samenleving heeft dus baat bij dit onderzoek. Het onderzoek draagt bij aan het verminderen van overlast veroorzaakt door personen met een dubbele – of een triple diagnose.

- Indirect: Overlastgevende personen

De overlastgevende personen staan centraal binnen dit onderzoek. Zij hebben uiteraard ook belangen. Zij kunnen niet alleen de veiligheid van anderen, maar ook die van henzelf in gevaar brengen. Oplossingsgericht werken ten aanzien van de problematiek komt ook het welzijn van de overlastgevende personen ten goede.

Hoofdstuk 2 Theoretisch kader

Inleiding

In dit hoofdstuk wordt naast het kennisgebied en de thematiek ook aandacht besteedt aan de centrale begrippen en de relaties tussen de centrale begrippen.

Eerst worden de centrale begrippen verklaard. Vervolgens worden aan de hand van een literatuurstudie, de verhoudingen van de begrippen tot de thematiek en het kennisgebied beschreven.

Het doel van dit hoofdstuk is de theoretische en wetenschappelijke kennis die ten grondslag ligt aan het onderzoek te beschouwen en te onderbouwen. Sommige auteurs komen meerdere malen aan bod, omdat zij veel relevante studies of onderzoeken betreffend het vakgebied hebben uitgevoerd. In dit theoretisch kader komt empirische kennis aan bod waar later in het onderzoek op wordt teruggekoppeld. Het is mogelijk dat over een specifiek onderwerp binnen het onderzoek, nog weinig empirische kennis aanwezig is. Dan kan daar invulling aan gegeven worden door een kwantitatief onderzoek uit te voeren.

De theorie is een inleiding op het onderzoek en geeft samenvattend aan wat reeds bestaande bronnen zeggen over het vraagstuk. Hierdoor wordt duidelijk in welke richting het veldonderzoek zich gaat begeven. Daarnaast worden de belangrijkste begrippen en de bestaande theoretische kennis verklaard.

2.1 Kernbegrippen

Overlastgevende personen staan centraal in het onderzoek. In deze paragraaf wordt gekeken naar hoe het begrip overlastgevende personen gedefinieerd wordt.

In de literatuur wordt veelal gesproken over verwarde personen. In dit onderzoek wordt echter gesproken over overlastgevende personen. Een reden hiervan is dat in dit onderzoek, de focus ligt op de repressieve kant. Op zoek wordt gegaan naar repressieve maatregelen tegen een kleine groep, lastig behandelbare, overlastgevende personen.

Een verward persoon is niet per definitie overlastgevend. Dit is een andere reden dat in dit onderzoek gesproken wordt over overlastgevende personen. De focus in dit onderzoek ligt niet op verwarde personen die niet overlastgevend zijn. De overlastgevende personen in dit onderzoek zijn wél altijd verward. Wat verstaat de literatuur onder verwarde personen?

Politie en GGZ Nederland (2012) omschrijven verwarde personen als volgt. 'Met een verward persoon wordt een persoon bedoeld waarbij een redelijk vermoeden bestaat van een ernstige stoornis van het oordeelsvermogen die voorkomt uit een geestesstoornis. Als geestesstoornis zijn aan te merken: een psychotische toestand waarbij het handelen voortkomt uit bijvoorbeeld hallucinaties of waanvoorstellingen, acute dreiging van suïcide en organische hersenaandoeningen'⁴.

GGZ legt de focus dus op personen die een ernstige stoornis van het oordeelsvermogen hebben, voorkomend uit een geestesstoornis.

⁴ Convenant politie - GGZ 2012

In 2015 is het aanjaagteam verwarde personen (hierna: AVP) ingesteld⁵. Het aanjaagteam hanteert de volgende definitie van verwarde personen: *‘Het gaat om mensen die grip op hun leven (dreigen) te verliezen, waardoor het risico aanwezig is dat zij zichzelf of anderen schade berokkenen’* (Rijksoverheid, 2015). Hier wordt dus een proactieve visie gehanteerd. Het AVP focust zich op een groep waarbij het risico is dat zij zichzelf of anderen schade berokkenen. Hun doelgroep is in feite dus nog niet overlastgevend.

Definitie overlastgevende persoon

De definitie van GGZ Nederland past voor een groot deel bij de visie van dit onderzoek. Het is echter zo dat de focus in dit onderzoek ligt op de een groep met een nog meer complexe problematiek, die als volgt omschreven kan worden: *Een overlastgevende persoon is een individu die naast een geestesstoornis vaak nog een verslavingsprobleem heeft (dubbele diagnose). In sommige gevallen speelt hiernaast ook nog een licht verstandelijke beperking, dan wordt er gesproken van een triple diagnose. Daarnaast geeft deze persoon daadwerkelijk overlast met enige regelmaat, zoals het verstoren van de openbare orde, het vertonen van agressief gedrag of door een veelpleger te zijn.*

Soms spelen er nog bijkomende zaken die de weerbaarheid van het individu verslechteren, denk aan een echtscheiding, financiële schulden of een sociaal isolement. Het gaat dus om een groep overlastgevende personen, met een zeer complexe problematiek. Deze complexe problematiek, zorgt ervoor dat hij vaak buiten de kaders van zorginstellingen valt. Dit lijdt er bijvoorbeeld toe dat een specifieke GGZ instelling niet gemachtigd is de persoon in kwestie te behandelen. Ook de politie organisatie heeft wat betreft vasthouding ook zo haar beperkingen, want veel maatregelen zijn slechts van korte duur. Bijkomend punt is dat de overlastgever zelf vaak ook niet geholpen wil worden. Deze knelpunten beschrijven voor een groot deel de huidige probleemsituatie. In de praktijkfase van het onderzoek wordt hier meer aandacht aan besteedt.

In de aanleiding van dit onderzoek werd verwezen naar de E33-incidenten ‘overlast veroorzaakt door een verward of overspannen persoon’. De doelgroep waar dit onderzoek over gaat, is waarschijnlijk slechts een deel van deze ‘E33 doelgroep’, hier is nog geen gedegen onderzoek naar gedaan. Dit onderzoek betreft de groep overlast gevende personen die lastig in de omgang zijn en waarvoor de politieregio Oost-Nederland op zoek is naar succesvolle interventie strategieën.

Er wordt geen aandacht besteedt aan de mate waarin de doelgroep ‘overlastgevende personen’ van dit onderzoek vertegenwoordigt is in de E33 doelgroep. Het hebben van deze kwantitatieve kennis veranderd namelijk niets aan het resultaat van dit onderzoek.

2.2 Wat zijn beperkende factoren binnen het huidige beleid van de betrokken organisaties en hoe kan er meer optimaal gebruik gemaakt worden van hun (opgedane) kennis en expertise om tot oplossingen te komen?

Door de complexe aard van de problematiek, zijn veel organisaties betrokken bij de aanpak van de problemen omtrent overlastgevende personen. In deze paragraaf wordt gekeken naar wat de literatuur zegt over de knelpunten en beperkende factoren die betrokken organisaties ervaren in hun werkzaamheden omtrent overlastgevende personen. Bij kennis en expertise gaat het om vaardigheden die de organisaties beheersen. Wellicht is het zo dat door jaren aan praktijkervaring,

⁵ Tweede kamer, 824278-140428-CZ

organisaties of hun medewerkers, goed weten hoe er in sommige praktijksituaties gehandeld moet worden, maar dat hier door interne routine of richtlijnen geen optimaal gebruik van gemaakt wordt.

Allereerst wordt ingegaan op de betrokken organisaties, waarna de knelpunten aan bod komen.

De betrokken organisaties

Een persoon met een complexe problematiek zoals een dubbele diagnose, komt gedurende zijn of haar leven met veel verschillende organisaties in contact. Voor de voortgang van dit hoofdstuk is het praktisch om deze organisaties eerst te benoemen.

In een publicatie van het Ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties (2012), benoemt zij verantwoordelijkheden van de primaire ketenpartners:

- De gemeente voert de lokale regie wat betreft overlastbestrijding en het bewaken van de leefbaarheid.
- Zorg en hulpverleningsorganisaties bieden hulp en zorg bij psychische- of verslavingsproblemen. Hier gaat het dus om GGZ-instellingen en daarbij ook de verslavingszorg.
- Verhuurders of woningcorporaties waarborgen de rust in hun woningen.
- De politie signaleert en handhaaft meldingen.
- Veiligheidshuizen houden zich onder andere bezig met de aanpak van veelplegers. Hier komen organisaties van zowel strafrecht, de zorgketen en gemeenten samen om complexe cases integraal te bespreken en behandelen.
- Het Openbaar Ministerie vervolgt de plegers van strafbare feiten.

Hieronder ligt de focus op de politie en GGZ omdat zij een belangrijke en prominente taak hebben in de omgang met overlastgevende personen. Zij zijn de eerste partijen die na een incident-melding in contact komen met de overlastgevende persoon. Vanaf hier begint het invloed gebied van dit onderzoek.

Politie

De politie is in geval van een melding vaak de eerste partij die in contact komt met de overlastgevende persoon. Omdat het gaat om psychisch instabiele personen, is het belangrijk dat het gehele proces zo soepel mogelijk verloopt. Een slechte ervaring tussen de overlastgevende persoon en een agent of hulpverlener zorgt ervoor dat de overlastgevende persoon zich misplaatst of onheus bejegend voelt.

Uit onderzoek (Kuppens, Appelman, van Ham & van Wijk, 2015) komen enkele knelpunten naar voren die betrekking hebben op de omgang tussen politie en overlastgevende personen. Indien een persoon bij binnenkomst op het bureau onder invloed is, besluit de psychiatrisch verpleegkundige soms dat de persoon in kwestie eerst drie uur moet ontnuchteren voordat een herbeoordeling plaatsvindt. Hier zit volgens de politie een knelpunt, omdat de overlastgevende persoon nu nog drie uur langer opgehouden wordt. Hierdoor zit de overlastgevende persoon nog langer in een cel en dit zorgt voor onrust en stress. Dit doet afbreuk aan de kwaliteit van het vervolgtraject.

Zorgmijders

Veel overlastgevende personen zijn zorgmijders. Dit betekent dat zij geen hulp accepteren. Indien ze deze hulp ook niet opgelegd krijgen, lopen ze dus vrij rond (en vormen ze een gevaar voor zichzelf en de omgeving). Een probleem dat in Amsterdam speelt, is dat veel van deze zorgmijdende overlastgevende personen niet in het zorgtraject terecht komen. Ze komen na, bijvoorbeeld openbare dronkenschap binnen bij de 24-uurs dienst van de GGD. Hier worden ze echter niet verder gestuurd, omdat hun problematiek niet ernstig genoeg is, waardoor ze weer op straat staan

(Kuppens et al., 2015). Hierdoor continueert de overlastgevende situatie en komt er geen structurele hulp voor deze persoon tot stand.

Knelpunten binnen betrokken organisaties

Het delen van kennis en informatie

Uit de literatuur blijkt dat meerdere veiligheidsregio's het delen van informatie tussen ketenpartners zien als een knelpunt. Privacywetgeving (of de manier waarop deze geïnterpreteerd wordt) belemmert actoren om informatie over bijvoorbeeld het zorgverleden van een individu te delen. Hierdoor wordt soms niet efficiënt gehandeld (Bouman, van Haaren, Nijhuis & Remmerswaal, 2015).

Combineren straf en zorg

In het triageproces⁶ wordt vaak aan de hand van de ernst van het delict (indien er een delict gepleegd is) bepaald of er een zorg- of een straftraject wordt gestart. In sommige gevallen komt het voor dat een opgelegde straf, het zorgtraject doorbreekt. Dit kan ervoor zorgen dat een passende zorgoplossing niet (geheel) tot stand komt (Bouman et al., 2015). Een andere regel die voor problemen zorgt is 'strafrecht gaat voor hulpverlening'. Hierdoor gebeurt het soms dat een overlastgevende persoon weggaat met een dagvaarding, terwijl hij niet beoordeeld is door iemand van de psychiatrie (Kuppens et al., 2015).

Ruimte voor verbetering binnen de GGZ

Té complexe problematiek

Personen die lijden aan verwarring in combinatie met een licht verstandelijke beperking, blijken vaak lastig in een behandeltraject te krijgen. De psychiatrische instelling wil niet (en kan vaak niet door de kaders vanuit de organisatie) werken met deze persoon in verband met de licht verstandelijke beperking. Anderzijds wil de instelling die normaal wel met deze doelgroep werkt, in dit geval ook niet meedoen, in verband met de bijkomende psychische problematiek. Deze personen vallen dus vaak tussen wal en schip (Kuppens et al., 2015).

Geïntegreerd behandelen

van Wamel en Neven (2015) delen de woorden van Kuppens. Volgens van Wamel en Neven worden mensen met een dubbeldiagnose nog vaak van het kastje naar de muur gestuurd. De GGZ accepteert hen niet omdat ze ook verslaafd zijn. Verslavingszorg heeft op haar beurt weer moeite met de psychiatrische achtergrond van de cliënt. Dit heeft deels te maken met de gescheiden organisatiestructuur die er nog heerst, waarin verschillende takken van de GGZ vooral binnen hun eigen beleidskaders functioneren en er weinig overlap of integratie plaatsvindt⁷.

Uit een Canadees onderzoek (Canadian Centre on Substance abuse, 2009) wordt een geïntegreerde behandeling voor cliënten met een dubbele diagnose ook aanbevolen. Uit het onderzoek blijkt dat de behandeling voor zowel de psychische problematiek als de verslavingsproblematiek gelijktijdig en geïntegreerd moeten verlopen. Hierbij is een succesfactor dat de behandelingen niet alleen

⁶ Eerst krijgen professionals een signaal of melding van een onwenselijke situatie. Vervolgens is er contact tussen de hulpverlener en de persoon over wie de melding gaat. Vervolgens wordt aan de hand van de diagnose of de situatie bepaald of iemand verder gaat in een zorg- of een straftraject.

⁷ Wamel, van en Neven, 2015

gelijktijdig verlopen, maar dat de betrokken hulpverleners en artsen ook onderling communiceren en samenwerken⁸.

Veel organisaties behandelen sequentieel⁹. Hierbij wordt ervan uitgegaan dat de verslavingsproblematiek, ontstaat door de psychische problematiek, of vice versa. Organisaties vinden het echter lastig om te bepalen welke problematiek als eerst wordt behandeld. Als de overlastgevende persoon stopt met alcohol en/of drugs, neemt de psychische problematiek vaak toe. Ook het juiste moment waarop de verslavingszorg overgaat in geestelijke gezondheidszorg is lastig te bepalen. Bij een niet geïntegreerde behandeling is er dan altijd kans op terugval waardoor er weer opnieuw begonnen moet worden. Het is dus van belang dat er meer geïntegreerd wordt behandeld.

Continuïteit door Casemanagement

Uit onderzoek (Daveloose, 2010)¹⁰ blijkt dat er meer continuïteit in de zorg moet komen. Na ontslag uit een psychiatrisch ziekenhuis blijft er niet genoeg vervolg of begeleiding over, hierdoor is terugval een groot gevaar. Dat dit ook geldt voor GGZ-instellingen, wordt erkent door Martijn Versloot, psychiatrisch verpleegkundige. Hij ziet dat mensen na hun ontslag vaak snel weer opnieuw opgenomen worden, omdat ze niet de benodigde zorg krijgen¹¹. Wellicht is de stap tussen opname/behandeling en vrijheid vaak te groot en moet er meer continuïteit komen vanuit het behandelproces.

Vraaggericht versus diagnosegericht werken

Volgens GGZ Nederland (2015) is er te veel focus op de gestelde diagnose, en weinig oog voor de specifieke problematiek van het individu. Veel cliënten met dezelfde diagnose worden op een eenduidige manier behandeld, terwijl iedereen toch zijn eigen behoeften heeft. Behandelaars hebben vaak een diagnose voor ogen die op één specifieke manier behandeld moet worden.

Resultaten van een andere studie wijzen er ook op dat dit het geval is (Lewis, zoals geciteerd in van der Stel, 2006). Lewis zegt dat iedere cliënt als individu behandeld moet worden. Niet iedere verslaving of stoornis is voor ieder individu gelijk. Problemen moeten per individu herkend en behandeld worden.

Geconcludeerd wordt dat maatwerk essentieel is (GGZ Nederland, 2015; van der Stel, 2006). Uit een interview van Daveloose (2010) met een cliënt komt naar voren dat vooraf al bepaald werd dat de cliënt een x aantal dagen behandeld zou worden totdat ontslag zou volgen. In de praktijk bleek echter dat de gestelde tijd niet voldoende was volgens de cliënt, wat de waarde van de opname niet ten goede kwam.

⁸ Canadian Centre on Substance abuse. (2009). Substance abuse in Canada: concurrent disorders. Ottawa, ON: Canadian Centre on Substance Abuse.

⁹ Het eerst behandelen van de verslavingszorg, en daarna de psychische problematiek (of andersom)

¹⁰ Daveloose deed behoefteonderzoek bij kwetsbare groepen met een psychiatrische problematiek

¹¹ Position papers t.b.v. het RTG GGZ d.d. 18 mei 2015. Martijn Versloot, sociaal psychiatrisch verpleegkundige is geïnterviewd door GGZ Nederland

2.3 Welke factoren en situationele omstandigheden dragen, volgens betrokkenen en experts bij aan het succes van hulpverlening en interventie strategieën?

Om een zorgtraject of een interventie succesvol te laten zijn, is het belangrijk dat deze aansluit op de wensen en behoeften van de overlastgevende persoon. Het is van belang om een goed beeld te krijgen van de behoeften van overlastgevende personen. Het is naïef om de wensen en gedachten van de doelgroep in deze te negeren, indien gestreefd wordt naar een lange termijn oplossing die succesvol is. Misschien is het zo dat er bij deze specifieke doelgroep met complexe problematiek niet alleen vanuit organisaties beredeneerd moet worden, maar dat de overlastgevende persoon met zijn of haar behoeften centraal moet staan.

Uit het 'Behoefteonderzoek bij kwetsbare groepen met een psychiatrische problematiek' is onderstaande informatie gedestilleerd. Daveloose (2010) heeft zowel hulpverleners als cliënten bevraagd. Het betreft hulpverleners en cliënten die betrokken zijn bij 3 verschillende psychiatrische ziekenhuizen. De onderstaande bevindingen komen naar voren uit interviews met respondenten die werken in een psychiatrisch ziekenhuis/centra.

Drempels voor de doelgroep

Schaamte is de grootste drempel naar opname in een psychiatrisch ziekenhuis. Dit is schaamte die in de ogen van de doelgroep komt vanuit de maatschappij, maar ook schaamte die intrinsiek is. Ze vinden soms dat ze gefaald hebben.

Wat hierbij komt kijken is dat cliënten het zwaar vinden om zichzelf aan te melden, of om doorverwezen te worden, door wat hierbij allemaal komt kijken. Hier moeten cliënten zichzelf namelijk blootgeven en praten over hun issues.

Een tweede drempel is een gebrek aan motivatie. Motivatie kan laag zijn als er bijvoorbeeld het vooruitzicht is dat er geen drank en/of drugs gebruikt mag gaan worden.

Een derde drempel heeft te maken met de angst om niet meer vrij te zijn. Deze gedachte kan al ontstaan door de aanwezigheid van een poort of een hek (Daveloose, 2010).

Daarnaast is het zo dat de groep die een drempel ervaart om toe te treden tot de zorg, in het verleden al veel negatieve ervaringen heeft gehad met hulpverlening waardoor een negatieve houding ten opzicht van de GGZ ontstaat (Daveloose, 2010). Dit geeft aan hoe belangrijk alle contacten zijn, vanaf het eerste moment dat een individu in zijn of haar leven in contact komt met de hulpverlening.

Drempels door de organisatie

De kostprijs wordt door respondenten gezien als de grootste drempel voor toetreding tot zorg.

Daarnaast zijn andere drempels: lange wachtlijsten, afstand- en vervoersproblemen en niet aangepaste therapieën (Daveloose, 2010). Dat niet aangepaste therapieën een drempel zijn komt overeen met de bevindingen in de vorige paragraaf (GGZ Nederland, 2015; van der stel, 2006), dat het essentieel is om maatwerk te leveren. De doelgroep is dus vaak geneigd om niet toe te treden tot de zorg, als zij op voorhand al weten of denken te weten dat ze geen maatwerk gaan ontvangen. Wellicht komt dit omdat ze hierdoor het gevoel krijgen dat ze als een generiek persoon behandeld worden en er te weinig aandacht is voor hun specifieke wensen.

Daarnaast zijn andere drempels: cliënten hebben een lage kennis van de GGZ, ze kunnen de weg naar zorg moeilijk vinden. Ze vinden het lastig of zien er tegen op om te leven volgens strenge regels.

Onderstaande bevindingen komen voort uit gesprekken met cliënten zelf (Daveloose, 2010).

Drempels voor de doelgroep

De meeste respondenten waren bang voor de publieke opinie om de stap naar hulp te zetten.

Andere redenen waarom respondenten geen contact zochten met GGZ:

- Angst om vrijheid te verliezen (zoals hulpverleners ook al aangaven)
- Het is een grote stap naar een psychiatrisch ziekenhuis; bang voor het onbekende

Drempels in relatie hulpverlener cliënt

- Hulpverleners hebben te weinig tijd om te praten met en luisteren naar de cliënten.
- Hulpverlener kan zich niet inleven in de complexe problematiek van de cliënt.
- Er is een taalbarrière tussen hulpverlener en cliënt. cliënten vinden dat hulpverleners gebruik maken van teveel jargon.

Het merendeel van de cliënten vindt dat de hulpverlener doet alsof hij belangrijker is dan de cliënt. De cliënt heeft hierdoor het gevoel dat hij weinig te zeggen heeft over zijn hulpverleningsproces.

Wat zijn volgens cliënten tekorten in de GGZ?

- Na ontslag vanuit het ziekenhuis is er te weinig begeleiding.
- Er wordt vaak teveel medicatie voorgeschreven. Dit zorgt slechts voor korte termijn bevrediging en voorkomt dat de echte problemen aangepakt kunnen worden.
- Te weinig ruimte voor diepe gesprekken waarin de hulpverlener zich echt kan inleven in de cliënt.

Veranderingen in de GGZ

- Respondenten hebben behoefte aan de focus op gesprekken om zo de dieperliggende problemen bloot te leggen.

Behoeften van cliënten

- Het merendeel van de cliënt heeft behoefte aan gesprekken met hulpverleners. Daarnaast willen ze dag therapie, om zo niet te hoeven worden opgenomen in een psychiatrisch ziekenhuis.

2.4 Wat is er bekend op het gebied van interventie strategieën en expertise voor overlastgevende personen en welke valkuilen en succesfactoren kunnen hieruit ontwikkeld worden?

Wat zegt de literatuur over bekende expertise en initiatieven voor de omgang met overlastgevende personen? Welke wetenschappelijke kennis is er al over ons onderwerp en wat kan hieruit geleerd worden?

Veel gemeenten en regio's hebben last van de toenemende problematiek veroorzaakt door overlastgevende personen (zie aanleiding). Hierdoor klimt de problematiek op de politieke agenda, wat zorgt voor een toename aan initiatieven en expertises. Een relevant voorbeeld van zo'n initiatief is Opvang Verwarde Personen Den Haag.

Opvang verwarde personen – Den Haag

Opvang Verwarde Personen is een samenwerking tussen politie, GGZ-instelling Parnassia, het Openbaar Ministerie en verslavingsreclassering. Het is een opvang methode specifiek gericht op verwarde personen. De opvang is geplaatst binnen een politiebureau in Den Haag. Erkend wordt dat een verward persoon niet als een regulier persoon voor korte tijd in een cel wordt geplaatst, waarna vrijlating volgt, maar dat deze mensen specifieke hulp nodig hebben om de problemen structureel op te lossen.

Verwarde personen die binnenkomen na het veroorzaken van overlast komen in een rustgevende ruimte terecht. Hier vindt een screening plaats met een GGZ-medewerker die een rol speelt bij het kiezen van een passende zorgoplossing (Koffijberg & Guyt, 2013).

Succesfactoren

Koffijberg en Guyt (2013) hebben de uitkomsten van de 3 maanden durende pilot onderzocht¹². Hieruit komen meerdere best practices naar voren. Een voorbeeld hiervan is dat een adequate rol van een psychiater, vlak na de invezekeringstelling, kan zorgen voor een beter beeld van de problematiek van de verwarde persoon. Hierdoor kan een nog betere zorgoplossing gekozen worden.

Valkuilen

Een initiatief als de 'Opvang Verwarde Personen' kan wellicht succesvol zijn, maar dan moet een dergelijk initiatief wel toegankelijk zijn voor de doelgroep. Soms blijkt hier echter een knelpunt te zitten dat van financiële aard is. Uit de bestaande expertise komt naar voren dat de eigen bijdrage (van de zorgverzekering) een valkuil is vanuit huidig beleid. Overlastgevende personen zijn soms niet verzekerd. Als dit wel het geval is, fungeert de eigen bijdrage vaak alsnog als een zorgdrempel. Volgens Kuijer-Slobbe (2016) is de eigen bijdrage een probleem. Bij de reclassering kwamen mensen die zeiden dat ze expres een overtreding begingen, zodat ze in ieder geval de zorg kregen die ze zochten. Daarnaast zijn er ook mensen met hoge schulden en geen inkomen die de eigen bijdrage simpelweg niet kunnen betalen.

Dit blijkt ook uit een document van het Aanjaagteam verwarde personen (2015)¹³. Omdat een deel van de doelgroep geen vaste verblijfplaats heeft (en vaak dus onvoldoende financiële middelen), hebben deze mensen vaak geen zorgverzekering. Hierdoor krijgt de persoon in de kwestie eventuele zorg dus niet vergoed. In gevallen waarin de overlastgevende persoon wel verzekerd is, zorgt het eigen risico (Zorgverzekeringswet) of de eigen bijdrage (wmo) alsnog voor zorgmijding.

Samenwerking wijkagent en GGD'er in Amsterdam

Landelijk gezien is er over 2015, binnen bijna iedere eenheid weer een toename te zien van het aantal incidenten met een verward persoon. De enige uitzondering is eenheid Amsterdam, voor dit onderzoek is dat interessant¹⁴.

De omgang tussen politie en overlastgevende personen verloopt soms stroef. Volgens Corder (2006), herkennen agenten niet altijd dat iemand die een criminele gedraging vertoont, dit (deels) doet omdat hij of zij psychisch instabiel is. Daarnaast worden de overlastgevende personen vaak behandeld net als ieder ander, wat hun gemoedstoestand niet ten goede komt. Er valt dus iets voor te zeggen om een GGD'er te hebben die actief is in de wijk, samen met de wijkagent.

Amsterdam is begin 2015 begonnen met de proef om naast de wijkagent een wijk-GGD'er in te zetten¹⁵. De GGD'er ondersteunt de wijkagent onder andere bij de omgang met verwarde personen. De GGD'er heeft hiervoor meer kennis en expertise. Zo worden personen die verward zijn niet meer

¹² Pilot 'opvangvoorziening verwarde personen den haag'

¹³ Bouman, G., Haaren, P. van, Nijhuis, J., & Remmerswaal, R. (2015). *Stand van het land: Triagevoorziening verwarde personen*.

¹⁴ <https://www.politie.nl/nieuws/2016/februari/9/incidenten-verwarde-personen-stijgt-in-2015-opnieuw.html>

¹⁵ <http://www.hetccv.nl/nieuws/2015/04/amsterdamse-politieproef-tegen-overlast-verwarde-personen.html>

onnodig naar het politiebureau gebracht, maar wordt er direct gezocht naar passende zorgoplossingen¹⁶.

Housing First

Housing First is een Amerikaans initiatief, dat inmiddels ook in Nederland is geïmplementeerd. Housing First richt zich niet alleen op mensen die dakloos zijn, maar ook op mensen met psychische problemen en/of verslavingsproblemen (dubbele diagnose), mensen die in een sociaal isolement zitten en personen met bijvoorbeeld een trauma of posttraumatische stress stoornis (PTSS). De eerste focus ligt op het vinden van een stabiele woonomgeving voor het individu. Daaromheen wordt benodigde zorg georganiseerd die aansluit op de wensen van het individu. Vaak is dit een samenwerkingsverband van meerdere GGZ-instellingen.

Volgens Tsemberis (2013) zitten veel individuen in een vicieuze cirkel. Ze bevinden zich constant tussen gevangenis, de straat, de eerste hulp en het ziekenhuis. Terwijl ze in feite één structurele oplossing zoeken die alomvattend is. Volgens Tsemberis (2013) moeten de cliënten direct recht hebben op een woning en de juiste zorg. Het 'moeten bewijzen' dat je het waard bent is vaak een te hoge drempel.

In 2012 is er een evaluatie van de werkzaamheid van Housing First Amsterdam uitgevoerd (Wolf, Maas & Al Shamma, 2012). Tussen 2006 en 2011 vonden 123 klanten hun huisvesting via Housing First. In april 2011 is nog steeds 77% deelnemend aan het project. Uitstroom is acceptabel. De klanten zijn veelal mannen met een dubbele - of zelfs een triple diagnose. De klanten ervaren de algemene levenskwaliteit als redelijk. Het aantal gerapporteerde overlast meldingen wordt als 'bescheiden' benoemd. Mede door het relatief lage aantal overlast meldingen en de tevredenheid van de deelnemers, is het project volgens Wolf, Maas & Al Shamma een succes.

Psychiatric CTO

In Engeland bestaan de zogenaamde Community treatment orders. Een CTO is een justitiële uitspraak die verplichte behandeling forceert geboden door een erkende gezondheidsinstantie¹⁷. Zo wordt er bepaald waar iemand woont, of dat iemand verplichte medicatie moet gebruiken. Het doel is om behandeling te bieden aan psychisch zieken, terwijl zij thuis kunnen blijven wonen.

Een CTO mag uitgesproken wanneer:

- Er geen andere minder ingrijpende zorg, die veilig en effectief is, geboden kan worden aan de persoon in kwestie en
- De gekozen gezondheidszorginstelling die gekozen is in staat is om een geschikte behandeling te bieden en
- De persoon in kwestie een geschiedenis heeft van het weigeren van behandeling.

Corporatiemonitor

Aedes¹⁸ heeft een rapportage uitgevoerd ten aanzien van verwarde personen. Aedes heeft onder woningcorporaties een onderzoek gedaan naar overlast veroorzaakt door huurders die verward gedrag vertonen. De kennis die hieruit voortkomt kan wellicht bijdragen aan de toekomstige aanpak.

- 85% van de betrokken corporaties vindt dat er te weinig begeleiding is voor verwarde huurders.

¹⁶ Hulp rondom 'verwarde personen' Reinier Juli 2015

¹⁷ Community treatment orders. (2014). Justice Action Publication

¹⁸ Aedes is de landelijke branchevereniging van woningcorporaties in Nederland

Veel huurders zijn volgens GGZ-instellingen 'te goed' om op te nemen. Terwijl ze in werkelijkheid ook te slecht zijn om zelfstandig te wonen. Ambulante zorg is te veel gericht op zaken zoals medicatie ten opzichte van goede persoonlijke zorg.

- Corporaties zien een grote groep mensen die zowel zorg als contacten vermijden. Hierdoor komen ze in een sociaal isolement en verergert hun situatie.
- Privacywetgeving vormt vaak een belemmering voor de partners (GGZ, politie, gemeente) om preventief samen te werken (Boerebach, 2015).

2.5 Conclusie theoretisch kader

Definitie overlastgevende persoon

De definitie van GGZ Nederland past voor een groot deel bij de visie van dit onderzoek. Het is echter zo dat de focus in dit onderzoek ligt op de een groep met een nog meer complexe problematiek, die als volgt omschreven kan worden: *Een overlastgevende persoon is een individu die naast een geestesstoornis vaak nog een verslavingsprobleem heeft (dubbele diagnose). In sommige gevallen speelt hiernaast ook nog een licht verstandelijke beperking, dan wordt er gesproken van een triple diagnose. Daarnaast geeft deze persoon daadwerkelijk overlast met enige regelmaat, zoals het verstoren van de openbare orde, het vertonen van agressief gedrag of door een veelpleger te zijn.*

Wat zijn beperkende factoren binnen het huidige beleid van de betrokken organisaties en hoe kan er meer optimaal gebruik gemaakt worden van hun (opgedane) kennis en expertise om tot oplossingen te komen?

Een beperkende factor is dat sommige instanties, een overlastgevende persoon met een zorgmijndend karakter niet doorsturen naar hulpverlening omdat de problematiek van deze overlastgevende personen vaak niet ernstig genoeg is. Hierdoor gaan ze terug naar de straat en continueert de overlastgevende situatie.

De belemmering tot het delen van informatie over iemand zijn zorgverleden door privacywetgeving is een beperkende factor die ervoor zorgt dat er soms niet efficiënt gehandeld wordt.

De scheiding tussen zorg en straf blijkt soms een knelpunt. Soms komt er geen passende zorg tot stand, mede omdat de focus in sommige gevallen ligt op het strafrecht bij het plegen van een delict. Het gebeurt soms ook dat een overlastgevende persoon na een overtreding een dagvaarding krijgt, terwijl hij of zij niet bekeken wordt door een psychiater waardoor er op het gebied van zorg of hulp niet direct iets tot stand komt.

De doelgroep die ook lijdt aan een licht verstandelijke beperking blijkt vaak lastig in een behandeltraject te komen. Dit komt met name doordat de reguliere GGZ deze personen niet kan aannemen in verband met hun verstandelijke beperking. Instanties die gespecialiseerd zijn in licht verstandelijke beperkingen, nemen deze personen vaak ook niet aan in verband met hun bijkomende psychiatrische problematiek. Soortgelijke situaties worden herkend bij personen die zowel psychiatrische – als verslavingsproblemen hebben. Om de doelgroep betere zorg te bieden is het essentieel dat er meer geïntegreerd behandeld wordt in de zorg en dat scheiding tussen geestelijke gezondheidszorg, verslavingszorg en zorg aan licht verstandelijk beperkten wordt doorbroken. Het leveren van maatwerk is essentieel. Dit komt naar voren uit onder andere het feit dat cliënten na ontslag uit een psychiatrisch ziekenhuis of een GGZ-instelling vaak terugvallen. Daarnaast komt uit meerdere studies naar voren dat iedere cliënt als een individu behandeld moet worden. Er is vaak te veel focus op de gestelde diagnose in plaats van op de specifieke problematiek en de daadwerkelijke behoefte van het individu.

Welke factoren en situationele omstandigheden dragen, volgens betrokkenen en experts bij aan het succes van hulpverlening en interventie strategieën?

Hulpverlening of een interventie kan enkel succesvol zijn, als de doelgroep er toe kan toetreden.

De volgende factoren spelen hierin onder andere een prominente rol:

- Schaamte die de persoon ervaart.
- Gebrek aan motivatie.

Ook kan geconcludeerd worden dat als iemand negatieve ervaringen met hulpverlening heeft vanuit het verleden, dat dit bijdraagt aan een meer negatieve houding ten opzichte van hulpverlening.

Vanuit de organisaties spelen de volgende factoren een rol:

- De kostprijs van de zorg. cliënten ervaren de kostprijs als de grootste drempel voor de toetreding tot zorg.
- Het bieden van maatwerk. De doelgroep is vaak geneigd om niet toe te treden tot de zorg, als zij op voorhand al weten of denken te weten dat ze geen maatwerk gaan ontvangen.

Inhoudelijke factoren en situationele omstandigheden die gedurende de hulpverlening bijdragen aan het succes:

- cliënten hebben behoefte aan gesprekken met hulpverleners. Hier moet voldoende tijd en ruimte voor zijn. Daarnaast willen cliënten meer inspraak over hoe het proces verloopt.
- Hulpverleners moeten minder lastig taalgebruik hanteren. Ze worden vaak lastig begrepen.
- Er moet minder medicatie voorgeschreven worden en meer focus liggen op de aanpak van de daadwerkelijke problemen van de cliënt.
- Er moet meer begeleiding of contact zijn na ontslag uit een instelling.

Wat is er bekend op het gebied van interventie strategieën en expertise voor overlastgevende personen en welke valkuilen en succesfactoren kunnen hieruit ontwikkeld worden?

Succesfactoren:

- Meer integratie en samenwerking tussen politie en GGZ blijkt een goede ontwikkeling te zijn. Zo komen politie en GGZ samen op de Opvang verwarde personen in Den Haag. Hier vindt een adequate screening plaats en komen overlastgevende personen sneller in beeld voor een zorgtraject. Door de integratie komen overlastgevende personen minder vaak in de politiecel en wordt voorkomen dat ze niet worden gezien door de hulpverlening.
- Uit de samenwerking tussen de wijkagent en de wijk-GGD'er komt naar voren dat de politie vooral een belangrijke functie heeft in de vroeg signalering van problemen. Als het bijvoorbeeld minder goed gaat met iemand de wijk, kan de agent dit doorgeven aan de personen van de zorg. Hierdoor kan er vroegtijdig opgeschakeld worden naar de juiste hulp en kan worden voorkomen dat escalatie of overlast ontstaat.

Bevonden valkuilen:

- Als iemand niet verzekerd is komt hij soms niet in een zorgtraject. Als iemand wel verzekerd is, vormt de eigen bijdrage soms een belemmering, omdat de persoon in kwestie deze niet wilt betalen.
- De omgang tussen politie en verwarde personen verloopt soms stroef. Ze worden vaak behandeld als ieder ander, dit komt hun gemoedstoestand en het vervolg van het hulpverleningstraject niet ten goede.
- Er is een groep overlastgevende personen die zelfstandig woont, terwijl zij dit eigenlijk niet aan kunnen. Volgens de hulpverlening is hun problematiek echter niet ernstig genoeg om ze langdurig op te nemen. Daarbij komt dat de ambulante zorg die deze mensen krijgen, te veel is gericht op het

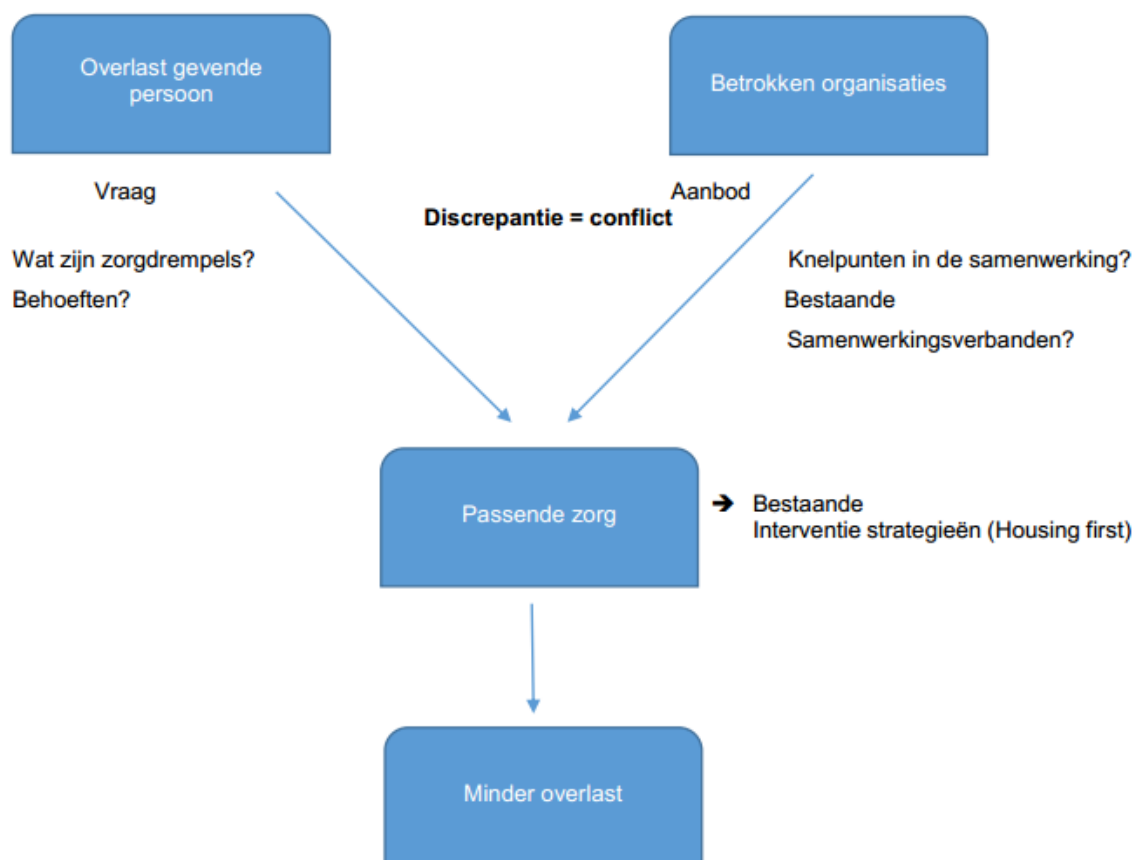
toedienen van medicijnen in plaats van te voorzien in de daadwerkelijke behoeften van deze mensen.

Housing First is een initiatief dat zich in eerste instantie richt op het bieden van een woning aan een individu. Een succesfactor hier is het laagdrempelige karakter, mensen hoeven zich niet bewijzen voordat zij in aanmerking komen voor een woning.

Causaal veldmodel

Het theoretisch kader wordt hieronder schematisch uiteengezet. Links staan de overlastgevende personen, de doelgroep van het onderzoek. Zij hebben een complexe problematiek wat specifieke behoeften met zich meebrengt. Daartegenover staan de betrokken organisaties die in de praktijk een rol spelen. Als zij onderling niet goed samenwerken, of als hun aanbod niet overeenkomt met de daadwerkelijke vraag van de doelgroep ontstaat er een conflict. Indien dit niet het geval is en het aanbod van de organisaties overeenkomt met de vraag van de doelgroep, ontstaat er een gezonde situatie. Uiteraard kan overlast nooit volledig worden voorkomen of tegengegaan, maar dit lijkt een gezonde situatie te creëren. Handvaten die bijdragen aan het bieden van passende zorg komen later in dit onderzoek, in het veldonderzoek aan bod. De eindconclusie van het theoretisch kader is dat het bieden van passende zorg en hulp, de schakel is die bijdraagt aan het terugdringen van veroorzaakte overlast.

Figuur 1. Causaal veldmodel



Hoofdstuk 3 juridisch kader

In dit hoofdstuk worden wet- en regelgeving die relevant is voor dit onderzoek uiteengezet.

Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Wet Bopz)

Bopz staat voor bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen. De wet geeft zorgverleners in de geestelijke gezondheidszorg de bevoegdheid om een verplichte opname in een psychiatrisch ziekenhuis te bewerkstelligen.

Indien iemand niet opgenomen wil worden en zich hier ook tegen verzet, kan er overgegaan worden tot een rechterlijke machtiging (RM) of een inbewaringstelling (IBS)¹⁹.

Het kan ook zo zijn dat iemand niet opgenomen wil worden, maar zich hier ook niet tegen verzet. In dat geval neemt de Bopz-commissie een besluit over opname.

Rechterlijke machtiging

Bij een rechterlijke machtiging beslist de rechter dat een cliënt gedwongen opgenomen moet worden of blijven. Een RM wordt niet ingezet bij spoedsituaties. Een RM wordt gebruikt voor situaties die geen haast vereisen²⁰. Iedereen kan een RM aanvragen. Vaak gebeurt dit door een arts of personen uit de omgeving. De gedachte is dat de persoon in kwestie door een verstoring van de geestesvermogens zichzelf of anderen in gevaar kan brengen. De machtiging wordt aangevraagd bij de officier van justitie. De officier brengt het verzoek vervolgens naar de rechter²¹. Mensen kunnen ook op eigen verzoek een RM aanvragen (voor zichzelf)

Inbewaringstelling (IBS)

IBS is een procedure, waarbij iemand die een acuut gevaar voor zichzelf of zijn omgeving vormt, met spoed opgenomen kan worden in een psychiatrisch ziekenhuis, tegen zijn of haar wil in. Na overleg met een psychiater, is de burgemeester van de gemeente waar de persoon die het betreft zich bevindt, degene die de beschikking tekent. Er zijn enkele voorwaarden aan IBS verbonden:

- De persoon lijdt aan een psychische toestand die acuut gevaar voor de persoon zelf of de omgeving oplevert.
- Het gevaar komt voort uit de stoornis.
- Om het gevaar te keren, is een opname vereist.
- De dreiging is dermate aan drang onderhevig, dat een rechterlijke uitspraak niet kan worden afgewacht.

IBS procedure:

Vaak komt de politie eerst in aanraking met iemand die overlastgevend is. Dit kan zijn op locatie bij een incident, of ze worden geïnformeerd door burens of familie van een verward persoon. De politie moet nu beoordelen of de persoon slechts agressief is, of echt geestelijk in de war. Indien de persoon geestelijk in de war is, wordt de crisisdienst van de GGZ ingeschakeld. Vervolgens vindt een beoordeling plaats door een arts. Als hij het nodig acht gaat het verzoek tot IBS naar de

¹⁹ <http://www.knmg.nl/Dossiers-9/Toelichting-Wet-Bopz.htm>

²⁰ <https://www.dwangindezorg.nl/procedures/gedwongen-opname/rm/rechterlijke-machtiging-rm>

²¹ <http://hulpguids.nl/recht/wettelijke-regelingen/gedwongen-opname-in-het-psychiatrisch-ziekenhuis/rechterlijke-machtiging.html>

burgemeester. Indien hij de IBS toekent, zal de politie de verwarde persoon naar een GGZ-instelling brengen.

Na de opname oordeelt de rechter of voortzetting van de inbewaringstelling aan de orde is²²

Toekomstige wetswijzigingen

Wetsvoorstel Zorg en Dwang

De wet Zorg en Dwang focust zich op mensen die dementeren of een verstandelijke beperking hebben. De kern is dat dwangmaatregelen niet thuishoren in de zorg en dat dwang enkel als laatste redmiddel kan fungeren.

Het wetsvoorstel introduceert een stappenplan voor mensen die niet vrijwillig meewerken aan hun zorg. Ook mensen die hun wil niet (meer) kunnen uiten worden beschermd²³

Wetsvoorstel verplichte geestelijke gezondheidszorg (wet-VGGZ)

De wet-VGGZ moet over enige tijd de vervanging zijn van de huidige wet bopz. Het doel is het minder ingrijpend maken van gedwongen zorg voor mensen met psychische problemen. Groot verschil met de huidige Bopz is dat de wet-VGGZ het mogelijk maakt dat verplichte zorg ook buiten de deuren van een instelling opgelegd kan worden²⁴

*Huidige verwachting is dat deze wet pas in 2018 in werking treedt.

Samenvattend

Dit hoofdstuk is relevant voor het onderzoek omdat bovenstaande wettelijke bepalingen en procedures en prominente rol spelen bij de aanpak van overlastgevende persoon. Wetgeving is doorgaans iets waar geen verandering in kan worden aangebracht, althans dit is niet gebruikelijk, maar het is wel belangrijk te weten welke wettelijke kaders een rol spelen en relevant zijn voor dit onderzoek. Wellicht blijkt uit het veldonderzoek dat bepaalde organisaties niet goed op de hoogte zijn van de wettelijke bevoegdheden die zij hebben, waardoor kansen gemist worden. Of misschien komt naar voren dat meerdere organisaties tegen dezelfde muren aan lopen die door wetgeving zijn opgetrokken en ligt hier een behoefte om gezamenlijk naar oplossingen en alternatieve werkwijzen te zoeken.

²² https://www.umcg.nl/NL/UMCG/Afdelingen/Universitair_Centrum_Psychiatrie/Patienten/Opname/GedwongenOpnameMetEenIBS/Paginas/default.aspx

²³ <https://www.dwangindezorg.nl/de-toekomst/wetsvoorstellen/wetsvoorstel-zorg-en-dwang/?searchterm=wetsvoorstel%20Zorg%20en%20dwang>

²⁴ <https://www.dwangindezorg.nl/de-toekomst/wetsvoorstellen/wet-verplichte-geestelijke-gezondheidszorg>

Hoofdstuk 4 Onderzoeksopzet

Dit hoofdstuk behandelt de onderzoeksopzet. Eerst worden de onderzoeksmethoden en –instrumenten besproken. Daarna volgt de operationalisering, dit wil zeggen de wijze waarop de eenheden en variabelen in de praktijk zijn onderzocht. Tot slot wordt aandacht besteedt aan de manier waarop de betrouwbaarheid en de validiteit van het onderzoek is gewaarborgd.

4.1 Onderzoeksmethoden en –instrumenten:

Dit onderzoek is exploratief van aard, hierbij staat verkennen en inventariseren centraal. Vervolgens wordt gekeken in hoeverre en op welke wijze de gevonden kennis en expertise omgezet kan worden in concrete maatregelen. Exploratief onderzoek is doorgaans van kwalitatieve aard, maar kan ook kwantitatief zijn. Dit onderzoek is van kwalitatieve aard.

Kwalitatief onderzoek

Kwalitatief onderzoek is zeer geschikt om opvattingen en ideeën over het betreffende onderwerp te achterhalen. Een voordeel ten opzichte van een kwantitatief onderzoek is dat er meer diepgaande informatie opgehaald worden. Bij kwantitatieve onderzoeken wordt namelijk met name naar cijfermatige gegevens gekeken, maar bij dit onderzoek is het juist van belang om meningen en opvattingen van verschillende disciplines tegenover elkaar te leggen. De respondenten krijgen de ruimte om vrijuit te spreken en dankzij de mogelijkheid tot doorvragen komt er diepliggende informatie boven, denk hierbij aan relevante praktijkervaring die bruikbaar is voor de uitwisseling tussen disciplines. Iets wat bij een kwantitatief onderzoek waarschijnlijk niet aan het licht was gekomen.

Motivatie gekozen instrumenten

Hieronder wordt beargumenteerd in hoeverre de gekozen instrumenten gebruikt worden om de onderzoeksvragen (en dus de probleemstelling) te beantwoorden. Voorbeelden van bestaande onderzoeksinstrumenten zijn: Interviews, observaties en enquêtes.

Fase 1: Literatuuronderzoek

In de eerste fase van het onderzoek is het literatuuronderzoek uitgevoerd. Hierdoor komen de belangrijkste begrippen en eenheden binnen het onderzoek naar voren. Dit is uiteengezet in het causaal veldmodel die in het theoretisch kader te vinden is.

De drie primaire eenheden zijn:

- 1) overlastgevende personen;
- 2) betrokken organisaties;
- 3) passende zorg

Variabelen zijn:

- 1) Veranderbare omstandigheden die de verhoudingen tussen de eenheden beïnvloeden. Denk hierbij aan behoeften van de doelgroep. Voor betrokken organisaties wordt gekeken naar knelpunten of belemmeringen die zijn mogelijk ervaren in hun samenwerking. Door hier een beeld van de te krijgen, wordt duidelijk wat er nodig is om beter tot passende zorg te komen en hoe passende zorg eruit ziet.

Een groot deel van het literatuuronderzoek is uitgevoerd in het theoretisch kader (Hoofdstuk 2). Onderzoeken, theorieën en methoden zijn bestudeerd, samengevat en uiteengezet. Per deelvraag is gezocht naar relevante kennis en uitgevoerde onderzoeken. Het fungeert als een beginpunt van het

onderzoek, maar het bepaald ook deels de kaders waarop in het praktijkonderzoek wordt voortborduurde.

Het merendeel van de gebruikte informatie is relatief recent. Het zijn geen onderzoeken die gedateerd zijn, maar ze hebben betrekking op de huidige situatie. Dit houdt in dat de informatie actueel genoeg is om er voor dit onderzoek waarde aan te hechten. De onderzoeken zijn dus niet gebaseerd op verouderde en irrelevante situaties.

Fase 2: Semigestructureerde Interviews

Bij dit onderzoek is gekozen voor een studie door middel van interviews. gedurende de interviews vinden gesprekken plaats tussen de interviewer en de respondent, ook wel een diepte-interview genoemd. De interviews in dit onderzoek zijn van semigestructureerde aard. Bij een semigestructureerd interview kan goed de dieperliggende informatie en kennis die een respondent heeft gewonnen worden. Dat past goed binnen dit onderzoek, omdat het vooral belangrijk was om bevindingen te doen ten aanzien van opgedane kennis en expertise van respondenten. Aan de hand van een aantal vooraf bepaalde topics zijn de interviews semigestructureerd opgezet. Hierdoor wordt altijd de kans behouden om door te vragen en zo goed gedetailleerde informatie verkregen wordt.

Uitvoering interviews

De interviews zijn in persoon, face-to-face uitgevoerd. De interviews zijn opgenomen met een opname apparaat zodat vervolgens een goed transcript geschreven kon worden.

Per onderzoeksvraag is bepaald welke respondenten relevant zijn voor het onderzoek. Er is gesproken met respondenten die vanuit hun ervaring, expertise hebben op het onderwerp. De belangrijkste eis is dat de respondenten vanuit hun professie, ervaring hebben met de doelgroep van dit onderzoek. De respondenten moeten ervaring hebben met de groep die in dit onderzoek centraal staat als 'overlastgevende persoon'.

Alvorens een interview plaatsvond, was er altijd contact tussen de onderzoeker en de respondent. In dit gesprek werd het onderzoek en de strekking ervan duidelijk besproken. Daarnaast was de onderzoeker ook kritisch ten aanzien van de functie en de ervaring van de respondent. Op deze manier wordt voorkomen dat er een interview afgesproken wordt met een respondent die te ver van het onderwerp afstaat.

Onderzoeksvraag	Instrument	Uitwerking	Resultaat
Wat zijn beperkende factoren binnen het huidige beleid van de organisaties van actoren en hoe kan er meer optimaal gebruik gemaakt worden van hun (opgedane) kennis en expertise om tot oplossingen te komen?	Literatuuronderzoek; Interviews	Interviews met experts;	Inzicht in beperkingen (of kansen) in het beleid van betrokken actoren
Welke factoren en situationele omstandigheden dragen, volgens betrokken en experts bij aan het succes van hulpverlening en interventie strategieën?	Literatuuronderzoek; interview	Interviews houden met enkele betrokken hulpverleners of experts	Kennis over welke factoren bijdragen aan het succes van hulpverlening
Wat is er op landelijk niveau bekend op het gebied van	Literatuuronderzoek; interview	Interviews met betrokkenen van reeds	Inzicht in reeds bestaande

interventie strategieën en expertise en welke valkuilen en succesfactoren kunnen hieruit ontwikkeld worden?		bestaande interventie strategieën of initiatieven.	interventie strategieën; Kennis over succesfactoren en valkuilen
Waar liggen op het gebied van wet- en regelgeving relevante en belangrijke restricties dan wel kansen ten aanzien van de aanpak van de problematiek?	Literatuuronderzoek; Groepsdiscussie	Interviews met experts; Study aan de hand van actuele restricties/kansen	Inzicht in kansen/valkuilen die voortkomen uit wetgeving

Tabel 1. Gekozen meetinstrumenten per onderzoeksvraag

4.2 Betrouwbaarheid en validiteit:

Een belangrijke controle op de kwaliteit van de resultaten vormen de betrouwbaarheid en de validiteit ervan (Verhoeven, 2004). Betrouwbaarheid betreft het voorkomen van toevallige fouten. Validiteit gaat erover of het juiste gemeten wordt (systematisch correct).

Hoe is in dit onderzoek de betrouwbaarheid vergroot:

- Gebruik van triangulatie (Verhoeven, 2004). Het gebruiken van meerdere onderzoeksinstrumenten vergoot de betrouwbaarheid van het onderzoek.
- Bewerkingen van interviews zijn uitgevoerd gedaan in een apart bestand, zodat het ruwe materiaal beschikbaar is gebleven voor heranalyse.

Er wordt een onderscheid gemaakt tussen interne en externe validiteit. Bij het controleren van de interne validiteit wordt nagegaan of de conclusies zuiver zijn. Externe validiteit bepaalt of uitkomsten ook voor een grotere groep gelden.

Hoe wordt in dit onderzoek de validiteit vergroot:

- Het plan van aanpak is gezien door professionals. Enkele ervaringsdeskundigen die betrokken zijn bij het onderzoek zullen in de beginfase feedback en input leveren op het plan van aanpak. Dit komt de kwaliteit van de fundatie van het onderzoek ten goede.
- Door gedurende het proces feedback en inzichten te vragen van collega's en derden is de kans op systematische fouten verkleind.

Hoofdstuk 5 Resultaten

In dit hoofdstuk worden de resultaten van het veldonderzoek aan de hand van de vier onderzoeksvragen uiteengezet. Per onderzoeksvraag worden de bevindingen vanuit de interviews besproken. Er is zowel gesproken met respondenten die in de praktijk met de doelgroep van dit onderzoek in aanraking komen als met respondenten op bestuurlijk niveau.

Het doel van dit hoofdstuk is om door middel van de onderzoeksvragen, de probleemstelling te beantwoorden. Hieronder wordt de probleemstelling nogmaals getoond:

‘In hoeverre kunnen bekende interventie strategieën en expertise bijdragen aan het vergroten van de expertise en het verbeteren van de huidige werkwijzen van de regio Oost-Nederland ten aanzien van het verminderen van incidenten veroorzaakt door overlastgevende personen?’

In totaal zijn er 19 interviews uitgevoerd. In tabel 2, in bijlage 1 staan de respondenten en bijbehorende functies vermeld. De namen van de respondenten worden niet genoemd, omdat dit niet bijdraagt aan de kwaliteit van het onderzoek. Voor de disciplines die zij uitvoeren geldt dit wel. Het is namelijk interessant om te zien of bijvoorbeeld mensen van de politie en mensen van de geestelijke gezondheidszorg hetzelfde denken over een specifiek onderwerp.

Onderzoeksperspectief

De overlastgevende persoon staat centraal in het onderzoek. Er wordt gezocht naar resultaten die de overlastgevende persoon ten goede komen. Naar manieren waarop de doelgroep beter geholpen kan worden in de praktijk. Hierdoor wordt uiteindelijk ook overlast teruggedrongen. Dit houdt in dat het perspectief van de overlastgevende persoon vooral centraal staat en niet dat van de betrokken organisaties. Specifiek is bijvoorbeeld duidelijk geworden dat de politie bepaalde taken graag meer in handen van de zorg ziet, omdat de politie vervolgens minder van hun capaciteit kwijt is aan de overlastgevende persoon. Voor dit onderzoek is dat niet interessant, omdat de focus ligt op wat het beste is voor de doelgroep. Indien dit goed voor ogen gehouden wordt, zal op termijn veroorzaakte overlast ook verminderen.

5.1 Wat zijn beperkende factoren binnen het huidige beleid van de betrokken organisaties en hoe kan er meer optimaal gebruik gemaakt worden van hun (opgedane) kennis en expertise om de hoeveelheid overlast te verminderen?

In deze onderzoeksvraag staan de beperkingen en belemmeringen die medewerkers van betrokken organisaties en actoren rondom de doelgroep ervaren vanuit hun praktijkervaring centraal. Door hier inzicht in te krijgen, wordt duidelijk waar eventuele knelpunten of belemmeringen zitten die voorkomen dat de doelgroep optimaal geholpen wordt. Daarnaast wordt gekeken naar de mogelijke oplossingen of verbeterpunten die de respondenten zelf zien ten aanzien van het beter helpen van de overlastgevende persoon.

5.1.1 Het vervoeren van overlastgevende personen

In Rotterdam is gesproken met een medewerker van de politie die nauw betrokken is bij de problematiek omtrent verwarde personen. In Rotterdam vindt het vervoer van personen met verward gedrag plaats door de politie. De politie zelf vindt dat onwenselijk. Er worden namelijk cliënten vervoerd in een politiebus, soms zelfs met handboeien om. Dit werkt negatief voor de gemoedstoestand van de doelgroep. Overlastgevende personen kunnen hierdoor nog meer zorgmijndend worden of een (nog grotere) aversie krijgen tegen hulpverlening in het algemeen. Daarnaast kan een onheuse bejegening, zoals het gebruik van handboeien of andere hardhandige

handelingen, traumatisch werken voor overlastgevende personen. Dit geldt helemaal wanneer iemand in een psychose zit.

Voor dit onderzoek zijn ook betrokkenen van de psycholance (alternatief voor vervoer door politie) in Amsterdam geïnterviewd. De medewerker van Amsterdam verteld over de situatie van 10 jaar geleden, voordat de psycholance er was. Ze geeft aan hoe lastig het soms was om deze personen in de auto te krijgen. Vaak nog in de boeien, terwijl iemand ziek is en zorg nodig heeft. Terwijl je met een cliënt te maken hebt waarvan de zorg zegt dat je deze mensen niet boeien.

Samenvattend

Het vervoeren van deze personen in een politie auto wordt over het algemeen niet als positief ervaren door professionals. Het is een beperkende factor. De omgang tussen politie en de doelgroep, waar soms handboeien en andere forcerende handelingen in voorkomen, werkt averechts op de kwaliteit van het vervolg traject voor de cliënt. De doelgroep wordt hierdoor agressief en gestrest, waardoor de psychiatrie eest iemand extra moeten kalmeren voordat ze de persoon goed kunnen helpen. De kennis leert ons dat de systematiek van de psycholance een waardevolle toevoeging is om overlast te verminderen. Deze wordt besproken in paragraaf 5.3.1.

5.1.2 Opvang en beoordeling overlastgevende personen

Na het vervoer van een overlastgevende persoon, is een adequate opvolging belangrijk. Soms komt de overlastgevende persoon terecht op een politiebureau, soms op een crisisbeoordelingslocatie van een GGZ-instelling. In deze paragraaf worden de resultaten uiteengezet over hoe de respondenten tegen dit proces aankijken. Wat zijn volgens de respondenten beperkingen of bijbehorende verbeterpunten?

Steeds meer mensen zijn in de war, maar zij horen niet thuis op een politiebureau. Deze mensen moeten naar een GGZ-instelling worden gebracht. Echter, in de praktijk komt dit er niet altijd van. In veel gevallen moet de overlastgevende persoon alsnog mee naar het politiebureau. Dit komt doordat ze agressie vertonen en het beveiligingsniveau van de GGZ-instelling hiervoor vaak niet hoog genoeg is. Daarnaast speelt het hanteren van contra indicaties ook een rol. Hierdoor is het in sommige gevallen zo dat wanneer een overlastgevende persoon (te veel) drank en/of drugs heeft gebruikt, hij of zij eerst naar een politiecel moet om te ontnuchteren.

Het is ook zo dat er bij de GGZ-instelling soms niet voldoende plek is om iemand te ontvangen, waardoor de overlastgevende persoon dan tijdelijk naar een politiecel gaat.

De regio Rotterdam is dit stadium al gepasseerd. Landelijk worden in de meeste regio's verwarde personen na het vervoer nog in de politiecel worden geplaatst, in Rotterdam is dit niet meer het geval. Hier gaan de verwarde personen rechtstreeks naar een GGZ-instelling, waar ze vervolgens worden beoordeeld. In Rotterdam was de GGZ hier eerst voorzichtig mee, zij verwachtten dat als politiemensen op straat gingen bepalen of een overlastgevend persoon naar de GGZ moest, dat de politie dit meestal verkeerd zou inschatten, in de praktijk bleek dit echter mee te vallen. In 95% van de gevallen bepaald de politie correct of iemand naar de GGZ moet of niet, GGZ is hier erg tevreden mee.

Volgens medewerkers van de GGZ kan het in een politiecel geplaatst worden voor de doelgroep ernstige gevolgen hebben. *“Aan het plaatsen van mensen in een cel die daar eigenlijk niet horen, hebben ook veel mensen een trauma over gehouden”*. Dit heeft tot gevolg dat deze mensen hierdoor nog meer zorgmijdend worden en zich meer gaan terugtrekken.

Samenvattend

In de huidige situatie is het een beperking dat overlastgevende personen in de politiecel terecht

komen. Dit is een beperking omdat het ernstige gevolgen kan hebben voor onze doelgroep. Ze kunnen nog meer zorgmijndend worden, gestrest raken wat het vervolgtraject moeilijker maakt of er zelfs een trauma aan over houden. GGZ-instellingen moeten een proces inrichten of versterken op de beoordeling en ontvangst van overlastgevende personen. Het zijn cliënten en de GGZ-instellingen bieden zorg. Zij moeten een adequaat beveiligingsniveau hebben zodat de doelgroep niet (tijdelijk) onnodig in een politiecel geplaatst worden.

5.1.3 Schotten tussen organisaties

In deze paragraaf wordt gekeken naar in hoeverre de beperking die ontstaat door scheidingen tussen organisaties wordt herkend door respondenten. In het veldonderzoek kwam het onderwerp 'schotten tussen organisaties' meerdere malen aan bod als een beperkende factor. Met schotten tussen organisaties wordt het feit bedoeld dat er veel gespecialiseerde instellingen zijn. Er zijn veel instellingen die zijn primair richten op hun taak zoals bijvoorbeeld verslaving, net zoals er veel instellingen zijn die zich primair richten op psychiatrie. De doelgroep van dit onderzoek heeft echter problematiek op meerdere gebieden, waardoor zij niet voldoende hebben aan een eenzijdige behandeling.

Onderstaand antwoord werd gegeven door een respondent van een OGGZ team in Oost-Nederland (Respondent 6), toen er gevraagd werd naar verbeterpunten om mensen met een dubbele – of een triple diagnose beter tot passende zorg te krijgen.

"Nu, anno 2016 denk ik, de ontschotting die we vroeger hadden waarvan we dachten dat het goed ging, het lijkt wel alsof we nu totale muren aan het bouwen zijn. Met voorwaarden om ergens binnen te komen en ergens binnen te kunnen blijven. In plaats van dat het beter is geworden gaandeweg is het veel erger geworden om ergens in te komen en te kunnen blijven."

De strekking van deze bewoording wordt ook benoemd door andere respondenten. Er kan worden gesteld dat schotten tussen organisaties een beperking zijn omdat de schotten ervoor zorgen dat het erg lastig is voor een overlastgevende persoon om in behandeling te komen bij de hulpverleningsinstellingen.

Ook blijkt dat de scheiding tussen psychiatrie en verslaving niet goed is. Meerdere respondenten geven aan dat verslaving vaak ook een psychiatrische ondergrond heeft. Het 'pingpongen' rondom de dominante problematiek blijkt een bekend en veel voorkomend probleem. Dit houdt in dat organisaties er niet uit komen of iemand nou primair lijdt aan een verslaving, een psychiatrische aandoening of een licht verstandelijke beperking. Er zijn veel gespecialiseerde instellingen die niet snel een persoon in behandeling nemen die buiten de kaders van hun beleid vallen. Hierdoor komt een individu soms niet tot passende zorg omdat organisaties zich niet verantwoordelijk – of bij machte voelen om in te grijpen. Hier moet een verandering komen die ervoor zorgt dat het individu meer centraal komt te staan. De focus moet liggen op het bieden van hulp aan de overlastgevende persoon. Als organisaties hierin een belemmering ervaren door hun beleidsmuren, dan moeten zij gezamenlijk naar een passende oplossing zoeken en die muren doorbreken.

Samenvattend

Uit deze paragraaf komen enkele beperkingen naar voren die voorkomen dat overlastgevende personen tot de juiste hulp komen. Hulpverleningsorganisaties hanteren veel voorwaarden om binnen te komen. Er zijn veel eisen waaraan voldaan moet worden, of juist veel contra indicaties. Daarnaast wordt de scheiding tussen psychiatrie en verslaving als een beperking gezien. Doordat er veel gespecialiseerde instellingen zijn die vooral binnen hun eigen kaders denken, is er een groep die

moeilijk tot zorg komt. De dubbele - en triple diagnose groep, valt door hun complexe diagnose vaak buiten de beleidsmuren van deze instellingen, waardoor zij niet tot passende hulp komen. Dit kan doorbroken worden door de verbinding te zoeken en meer geïntegreerd te behandelen. Hulpverleningsorganisaties vanuit verschillende disciplines moeten het individu centraal stellen en door middel van een gezamenlijke verantwoordelijk en het doorbreken van beleidsmuren deze persoon passende zorg bieden. Dit kan bijvoorbeeld door binnen een team iemand aan te nemen die verstand heeft van een andere diagnose. Geestelijke gezondheidszorg, verslavingszorg en zorg voor licht verstandelijke beperkten moeten meer de verbinding zoeken en buiten hun eigen beleidskaders denken.

5.1.4 Zelfredzaamheid

Respondenten zien enerzijds een knelpunt in het feit dat de doelgroep voor een groot deel niet voldoende zelfredzaam is. Andere respondenten zien kansen op het gebied van een mentor of een curator. De mentor/curator is een mogelijke oplossing voor het probleem van de beperkte zelfredzaamheid en daarom interessant om mee te nemen in dit hoofdstuk.

Er wordt steeds meer verwacht van de mensen en de samenleving op het gebied van zelfredzaamheid. Het is maar de vraag in hoeverre onze doelgroep daaraan kan voldoen. Vroeger werd iemand pas dakloos als hij al verslaafd was, tegenwoordig is dit anders. Mensen moeten steeds meer kunnen, maar niet iedereen kan dit aan. Hier moet meer op worden geanticipeerd.

“Als jij uit een kwetsbaar milieu komt en je hebt net teveel huur- en zorgtoeslag gekregen en je moet het terugbetalen en je eigen risico gaat op, dan zit je maar zo aan 2 maanden huurachterstand. Dan heb je geen postadres als het misgaat. Dit betekent geen uitkering. Als je geen hoog IQ hebt en je weet niet hoe je dit moet oplossen dan zit je zo in de ellende, dan stapelen de problemen zich op.”
(Respondent 5)

Een andere respondent geeft ook aan dat er veel van de samenleving wordt verwacht op het gebied van zelfredzaamheid. Onze doelgroep trekt dit waarschijnlijk niet, anders waren ze niet overlastgevend. De samenleving wordt steeds meer digitaal, er zijn complexe aanvraag formulieren en brieven van de gemeente zijn lastig te lezen.

De focus ligt bij de hulpverlening vooral op de zorgkant. Hierbij komt het financiële aspect van iemands' leven vaak niet aan bod. Dit terwijl onze doelgroep juist vaak problemen heeft op meerdere leefgebieden. meerdere respondenten geven aan dat hier meer aandacht voor moet zijn. Dit kan bijvoorbeeld door te werken met een mentor of een curator. Als iemand niet in staat is om zijn eigen leven goed te organiseren, moet diegene hierbij geholpen worden. Bijvoorbeeld bij het maken en nakomen van afspraken, maar ook het zakelijke deel, door bijvoorbeeld een curator. Als herkent wordt dat mensen moeite hebben op meerdere leefgebieden, bijvoorbeeld zakelijk en sociaal, moet er eerder worden ingegrepen om proactief te werken.

Samenvattend

Een beperkende factor vanuit betrokken organisaties is dat de focus vaak ligt op het bieden van repressieve zorg. Het gaat om een doelgroep die met name in het triple diagnose segment (licht verstandelijk beperkt) vaak moeite heeft zich te handhaven in de huidige samenleving die veel van e zelfredzaamheid van de mensen vraagt.

Door vaker te werken met een mentor die deze mensen ondersteund in het dagelijks leven of een curator die de financiële zaken afhandelt kan deze groep beter worden ondersteund. Niet iedereen is even zelfredzaam en sommige mensen hebben extra hulp nodig om hun dagelijks leven op orde te krijgen.

5.1.5 Continuïteit in de zorg en hulpverlening

Uit het theoretisch kader kwam naar voren dat geconstateerd werd dat cliënten na ontslag uit een instelling vaak weer terugvielen omdat er niet voldoende zorg overbleef. De vraag die overbleef was: Wellicht is de stap tussen opname/behandeling en vrijheid vaak te groot en moet er meer continuïteit komen vanuit het behandelproces.

Het blijkt dat (mede door bezuinigingen) mensen soms bijvoorbeeld drie weken begeleidt worden, terwijl dit eigenlijk drie maanden zou moeten zijn. Mensen worden te snel losgelaten. Eerst gaat het even goed, dan halen de partijen hun handen ervan af. Vervolgens als de hulpverlening de persoon heeft losgelaten, ontstaat er weer een terugval.

Er zijn mensen die altijd kwetsbaar blijven en life time support nodig hebben, vooral binnen de dubbele – en triple diagnose doelgroep. Deze mensen moet na een langer traject ook in beeld blijven, al is het maar een vorm van waakvlambegeleiding.

Een concreet voorbeeld komt van een respondent die verteld over 'Duurzaam verblijf' in Beilen. Dit is een kliniek waar plek is voor personen met een dubbele – of een triple diagnose, precies de doelgroep van dit onderzoek. Als cliënten hier weggaan naar een meer reguliere beschermd wonen voorziening, blijken ze niet goed om te kunnen gaan met de vrijheden die hierbij komen kijken. Hierbij gaat het met name om triple diagnose personen die cognitief slecht zijn. Zij kunnen de overgang van een gesloten instelling/voorziening en een meer reguliere setting niet aan. Hierdoor gaan zij bijvoorbeeld weer veel drugs gebruiken en overlast veroorzaken.

Samenvattend

Een beperkende factor binnen het huidige beleid van hulpverleningsorganisaties is dat er vaak korter behandelt/begeleidt wordt dan nodig is. Hierdoor komt een cliënt soms uit een behandeling, terwijl de problematiek nog niet op een grondige wijze is opgelost of verbeterd. Daarnaast is er een te groot contrast tussen behandeling/begeleiding en vrijheid. Het gebeurt dat een hulpverleningstraject bijvoorbeeld eindigt en er vervolgens te weinig zorg overblijft, waardoor het individu een terugval kent en weer overlastgevend wordt.

Kennis en expertise maakt duidelijk dat er soms gewoon langer behandeld moet worden. Er moet niet vooraf bepaald worden hoe lang een traject duurt, maar er moet meer maatwerk geboden worden. Hierin is flexibiliteit belangrijk. Gedurende een traject wordt vaak pas duidelijk hoe de situatie zich ontwikkelt en wat iemand precies nodig heeft. Door vooraf te bepalen dat een traject een x aantal maanden duurt, legt hulpverlening zichzelf een restrictie op die afbreuk doet aan de kwaliteit van de zorg.

Voor het grote contrast tussen wonen in een kliniek en totale vrijheid zijn time-out voorzieningen een goede optie. Dit kan een woonvorm zijn waar nog enige begeleiding is, zodat iemand niet direct in totale vrijheid terecht komt. Hiermee kan worden voorkomen dat een individu terugvalt na een behandeling.

Sommige personen hebben levenslange hulp nodig. Vooral bij mensen met een triple diagnose wordt dit herkend. Door hun complexe problemen op meerdere leefgebieden, moet er altijd enige zorg zijn, al is het maar waakvlambegeleiding of lichte bemoeizorg.

5.2. Welke factoren en situationele omstandigheden dragen, volgens betrokkenen en experts bij aan het succes van hulpverlening en interventie strategieën?

5.2.1. Zorg zonder drempels

In de interviews zijn zorgdrempels veelvuldig aan bod gekomen. Respondenten geven aan dat er in de praktijk veel factoren en omstandigheden zijn die ervoor zorgen dat onze specifieke doelgroep moeite ervaart bij de toetreding tot hulp of zorg.

Mensen met een dubbele – of een triple diagnose zitten soms lang zonder hulp, terwijl ze dit wel nodig hebben. Ze moeten aan te veel eisen voldoen om een stap te zetten. Eerst moet de huisarts iemand doorverwijzen, vervolgens volgen er diagnostische onderzoeken, vervolgens een gesprek met een psycholoog. Aanmeldingsformulieren moeten worden ingevuld en intake gesprekken worden gevoerd. Dit lijkt voor veel mensen die ook nog een zorgmijndend karakter hebben een brug te ver. Daarnaast schrikt de complexiteit van het proces sommige overlastgevende personen ook af. Ze moeten eerst naar de huisarts, dan volgt vaak een doorverwijzing of een aanmelding. Hierbij moet de persoon in kwestie constant zijn verhaal herhalen en zijn persoonlijke problemen op tafel leggen. Hierbij spelen emoties zoals angst en schaamte ook een rol.

Een algemeen beeld wat gevormd kan worden vanuit het veldonderzoek is dat er een groep is die niet of nauwelijks tot reguliere zorg komt. Dit komt vooral door alle regeltjes, eisen en procedures die voor deze specifieke groep niet haalbaar zijn. Lange wachtlijsten en wachttijden bij bepaalde instanties zijn ook een beperkende factor. Alles moet snel verlopen voor deze doelgroep anders haken ze af.

Een deel van de doelgroep van het onderzoek zijn mensen die uitgeschreven zijn en geen GBA adres hebben. Dit betekent vaak ook geen ziektekostenverzekering. Alles is aan regels gebonden. Mensen hebben vaak ook geen ID bewijs. Deze feiten creëren enorm veel belemmeringen om in een hulpverleningstraject te komen. Mensen die dakloos zijn kunnen geen post ontvangen, waardoor afspraken maken erg moeilijk is.

Samenvattend

In deze paragraaf is vooral naar voren gekozen welke factoren en situationele omstandigheden ervoor zorgen dat hulpverlening niet succesvol is, of niet eens tot stand komt. Lange wachtlijsten, langdurige procedures en strikte regels vormen een belemmering voor een doelgroep die hier niet aan kan voldoen. Voor deze doelgroep moeten niet blind alle regels gehanteerd worden, maar het moet worden omgedraaid. Er moet meer per individu gekeken worden naar wat zijn of haar behoeften zijn en hoe de betrokken organisaties hierin kunnen voorzien.

Lage drempels tot de zorg kunnen bijdragen aan succes van hulpverlening. Althans, lage drempels kunnen ervoor zorgen dat iemand überhaupt kan toetreden tot reguliere hulpverlening. Als deze doelgroep afhaakt vanwege lange wachtlijsten of procedures waar zij moeite mee hebben, dan moet er door organisaties gezocht worden naar alternatieve routes om tot de zorg te komen. Deze doelgroep kan niet veranderen zonder hulp, organisaties wel. De betrokken organisaties moeten flexibel omgaan met regels of uitzonderingen maken in het belang van de persoon.

5.2.2. Huisvesting

In deze paragraaf staan behoeften van de overlastgevende personen centraal. Wat kunnen hulpverleners en andere betrokkenen vertellen over de behoeften die overlastgevende mensen met

een dubbele – of een triple diagnose hebben? Door hier een beeld van te krijgen, wordt deels duidelijk wat deze mensen geboden kan worden om zo overlast terug te dringen.

“Wat je vaak ziet is dat wanneer er in de basis behoeften voorzien wordt, zoals veiligheid, eten en drinken, en huisvesting, dan klimmen deze mensen langzamerhand omhoog. Zolang die basis niet voorzien is gaat de overlast ook niet minder worden. Dat is een beetje het idee. Ik denk dat wanneer je mensen veiligheid geeft, een dak, eten en drinken, dat dan al een deel van het probleem ondervangen is. Niet alles, maar mensen komen wel in rustiger vaarwater.” (Respondent 8)

Een algemeen beeld dat naar voren komt uit de interviews is dat het leven op straat vooral gericht is op overleven. Het niet hebben van een dak zorgt bij veel personen voor onrust. Het hebben van een gezonde financiële situatie, geen problemen met justitie en een eigen woonruimte komen naar voren als factoren die overlastgevend gedrag in de kaart spelen indien zij niet op orde zijn.

Personen die wél woonruimte hebben, maar deze dreigen te verliezen door hun overlastgevende gedrag, zijn vaak bereid om hun negatieve gedrag aan te passen. Het hebben van een woonplek, en het ‘iets hebben te verliezen’ kan personen er van weerhouden overlast te veroorzaken.

Samenvattend

Het hebben van een woonruimte, is volgens experts en betrokken een belangrijke factor voor het terugdringen van overlast. Het lijkt een basisbehoefte waarin voorzien moet worden voordat overlast gaat afnemen. Als personen eenmaal een woonruimte hebben, blijkt dit ze er soms ook van te weerhouden om opnieuw overlast te gaan veroorzaken. Dit komt omdat zij nu een woonruimte hebben die ze kwijtraken indien weer overlast gaan veroorzaken.

Het hebben van een eigen woonruimte is dus een factor die bijdraagt aan het succes van hulpverlening. Daarnaast biedt het de doelgroep namelijk rust en stabiliteit, het is een basis waarna er verder kan worden gebouwd. Dakloosheid biedt veel stress en onrust, dit draagt er vaak aan bij dat iemand overlast veroorzaakt. Een woning kan deze stress en onrust voor een deel wegnemen.

5.2.3. Vraaggericht versus Diagnose gericht werken

Uit het theoretisch kader komt naar voren dat organisaties vaak gericht zijn op een medische hulpvraag van een cliënt, terwijl dit soms helemaal niet overeenkomt met de daadwerkelijke behoefte van onze doelgroep.

Het is essentieel dat er geluisterd wordt naar wat de overlastgevende persoon zegt tegen actoren waarmee hij contact heeft. Organisaties moeten meer oor hebben voor wat deze persoon daadwerkelijk wil en wat zijn of haar behoeften zijn. Er wordt vaak teveel met een medische bril gekeken naar situaties, heel erg gericht op behandeling en bijvoorbeeld het nemen van medicijnen. Vaak is het zo dat voor een cliënt andere dingen belangrijk zijn dan dat de hulpverlening of betrokken organisaties vinden.

Dat een cliënt in sommige gevallen een heel andere vraag heeft dan dat organisaties vinden dat de cliënt moet hebben, komt veelvuldig naar voren in meerdere interviews. Dit geeft aan dat er te weinig maatwerk is en dat er te veel vanuit de organisaties beredeneert wordt. Ook hier moet het individu met zijn of haar behoeften centraal geplaatst worden. Er moet niet gekeken worden wat de organisaties te bieden hebben en of dit aansluit op de behoeften van het individu. Er moet gekeken worden waar het individu behoefte aan heeft en hierin moet worden voorzien, dat lijkt een andere manier van denken.

Er moet geprobeerd worden te voorzien in de daadwerkelijke hulpvraag van de cliënt, maar door slim te zijn kan hieraan ook onopvallend een stukje zorg worden gekoppeld. Dit kan door iemand een

woonruimte en een uitkering te geven, maar dan als voorwaarde stellen dat iemand een agressie training volgt. Als je iets geeft kun je ook iets nemen.

“Wat wij vaak horen – tuurlijk hebben wij ons ook afgevraagd waarom wij wel aansluiting vinden en de reguliere hulpverlening niet – is: ‘dit is de eerste keer dat ik mijn verhaal mag vertellen zonder dat ik in de rede wordt gevallen of zonder dat het her labelt wordt.’” (Respondent 6, OGGZ)

Samenvattend

In deze paragraaf komt naar voren dat vraaggericht werken een factor is die bijdraagt aan het succes van hulpverlening. Het is belangrijk dat betrokken organisaties op persoonsniveau goed voor ogen hebben wat de behoeften zijn van onze doelgroep. Niet zozeer alleen vanuit medisch oogpunt, maar ook vanuit een sociaal en menselijk oogpunt. Indien dit niet het geval is, zal er vaak geen positieve gedragsverandering ontstaan bij het individu. In deze paragraaf komt naar voren dat de focus soms te veel ligt op wat volgens organisaties de behoefte van een overlastgevende persoon is, terwijl er vaker gekeken moet worden naar de daadwerkelijke vraag van de overlastgevende persoon.

5.2.4. Het hebben van perspectief

Het hebben van perspectief is niet aan bod gekomen in het theoretisch kader. Echter zijn er wel meerdere respondenten die het hebben van perspectief op een betere situatie, voor overlastgevende persoon als een succesfactor zien voor hulpverlening en interventie strategieën.

Een respondent van een beschermde woonvoorziening waar triple diagnose personen wonen geeft aan dat hij grote gedragsveranderingen heeft gezien bij mensen die perspectief kregen. Op de maatschappelijke opvang daar zaten sommige mensen al jaren lang zonder uitzicht op een eigen woning. Wanneer deze mensen te horen krijgen dat er in de nabije toekomst een woning voor ze is, veranderen ze hun gedrag in positieve zin. Daarbij kunnen er ook eisen worden gesteld, zoals dat de persoon bijvoorbeeld bewindvoering accepteert. Ook hier geldt weer dat wanneer je als organisaties iets geeft aan deze mensen, zoals perspectief, dat je ook iets van ze mag vragen, zoals een gedragsverandering. Het lijkt erop dat wanneer overlastgevende personen zelf herkennen dat ze de macht hebben om hun leven beter te maken, dat ze minder overlast gaan veroorzaken. Ze weten dan bijvoorbeeld dat wanneer ze niet stoppen met overlast, of weer meer overlast gaan veroorzaken, ze hun woonperspectief bijvoorbeeld kwijtraken.

Samenvattend

Het hebben van perspectief, op bijvoorbeeld een eigen woning of een andere stap vooruit, blijkt voor de doelgroep van het onderzoek een factor te zijn die bijdraagt aan het succes van hulpverlening. Een factor die ervoor zorgt dat mensen eerder in staat zijn om hun gedrag in positieve zin te veranderen. Met andere woorden, een factor die bij kan dragen aan het verminderen van overlast. Betrokken organisaties moeten de eerste stap zetten door de overlastgevende persoon perspectief te bieden, of minimaal te laten merken dat er iets te winnen valt voor ze indien zij hun gedrag aanpassen in positieve zin.

5.3. Wat is er bekend op het gebied van interventie strategieën en expertise voor overlast gevende personen en welke valkuilen en succesfactoren kunnen hieruit ontwikkeld worden?

In dit hoofdstuk wordt er gekeken naar interventie strategieën en expertise die kunnen worden ingezet ten aanzien van het terugdringen van overlast veroorzaakt door mensen met een dubbele – of een triple diagnose. Door inhoudelijk te kijken naar gevonden interventies en expertise, komen mogelijk de succesfactoren en de valkuilen waar de regio Oost-Nederland van kan leren naar voren.

5.3.1 Interventie voor vervoer: De Psycholance

De psycholance is een alternatieve methode om vervoer van overlastgevende personen niet meer door de politie in een politieauto te laten plaatsvinden. De psycholance is feitelijk een reguliere ambulance, die van binnen prikkelarm is ingericht. Overbodige medische apparatuur is verwijderd. Momenteel is de psycholance actief in Amsterdam en in Eindhoven. In Amsterdam is de psycholance al enkele jaren actief, in Eindhoven loopt sinds begin 2016 een pilot. De psycholance ziet er van buiten ook gewoon uit als een standaard ambulance, om niet te stigmatiseren.

Is er een beeld bij het succes van de psycholance?

De zorg was in eerste instantie huiverig voor de komst van het project. Ze vroegen zich af hoe ze om zouden gaan met agressieve cliënten, en of ze een beroep konden doen op de politie in die gevallen. De afspraak was dat in het begin de politie mee zou rijden, om veiligheid te garanderen. Inmiddels rijdt de politie nog slechts in 5% van de ritten mee, het personeel van de psycholance geeft aan dat zij het onder controle hebben (Persoonlijke communicatie, betrokkene psycholance project).

Succesfactoren

Een onderdeel van het succes van de psycholance is, naast de rustgevende inrichting, dat hij wordt bereiden door gespecialiseerd personeel vanuit de hulpverlening. Dit komt de kwaliteit van het contact met de overlastgevende persoon ten goede.

De doelgroep is vaak zorgmijdtend en gaat niet met alle gemak mee in het geval van een melding. Het duurt soms enige tijd en moeite voordat iemand meegaat met de psycholance. Twee succesfactoren in deze die de kwaliteit van de hulpverlening ten goede komen zijn zowel de beschikbare tijd als de expertise die het gekwalificeerde personeel meebrengt. De politie heeft vaak meerdere meldingen en tijdsdruk, waardoor zij het soms niet kunnen opbrengen om extreem geduldig te zijn met de doelgroep, omdat zij ook door moeten met hun andere werkzaamheden. Het personeel van de psycholance is primair bezig met deze taak, waardoor zij zich niet hoeven te haasten naar andere meldingen en taken. Daarnaast is het personeel van de psycholance meer getraind en ervaren in de omgang met deze complexe doelgroep. Dit komt de kwaliteit van het contact tussen hulpverlening en de doelgroep ten goede.

Een positief effect van de behandeling door gespecialiseerd personeel is dat de mate waarin overlastgevende personen opgefokt en gesterrest binnenkomen bij de hulpverlening (Zie 5.1.1.) wordt verminderd. Dit komt de voortgang van het eventuele hulpverleningstraject wat voor de overlastgevende persoon komen gaat ten goede.

Samenvattend

Uiteraard hoeft de psycholance niet letterlijk te worden overgenomen door de regio Oost-Nederland. Maar er kan wel geleerd worden van andere regio's en het is waardevol om inzicht te krijgen in de succesfactoren van het project. Kijkend naar het voertuig is de prikkelarme en rustgevende inrichting een succesfactor. Dit komt de gemoedstoestand van de overlastgevende persoon ten goede.

Daarnaast is het gespecialiseerde personeel in plaats van de reguliere politie agent een succesfactor. Dit zorgt ervoor dat er meer tijd en rust is gedurende het contact met de overlastgevende persoon. Het personeel van de psycholance krijgt niet de hoeveelheid meldingen binnen die de politie krijgt, hierdoor ervaren zij minder tijdsdruk en wordt meer maatwerk geboden. Het personeel dat op de psycholance zit is ook meer geschoold en getraind in de omgang met deze specifieke doelgroep dus dit komt de inhoudelijke kwaliteit van het contact ook ten goede.

5.3.2 Interventie voor opvang 1: Spoedeisende psychiatrische onderzoeksruimte (SPOR)

De spoedeisende psychiatrische onderzoeksruimte is een eerste hulp post voor mensen met psychische klachten. Als de politie in aanraking komt met overlastgevende personen, dan kunnen zij naar de SPOR worden gebracht. Daarnaast is het een zorgtoegang waar overlastgevende personen zich vrijwillig kunnen melden.

In de praktijk blijkt soms dat het beveiligingsniveau van de crisisdienst van een GGZ-instelling niet voldoende is, waardoor een overlastgevende persoon toch naar het politiebureau of een politiecel wordt gebracht. De SPOR kan een alternatief zijn voor de opvang in de cel of het bureau. Het komt de kwaliteit van de hulpverlening ten goede, omdat de overlastgevende persoon in een prikkelarme ruimte komt, in plaats van een politiebureau of een politiecel.

Een SPOR beschikt zowel over beveiligde kamers als over een reguliere spreekkamer. Onrustige personen kunnen in een beveiligde kamer worden geplaatst. Hierdoor wordt de veiligheid van zowel de overlastgevende persoon als het personeel gewaarborgd. De concentratie ligt in deze kamers op een rustige sfeer. Zo kan er bijvoorbeeld muziek aangezet worden als de overlastgevende persoon dit wil. Als iemand rustig is kan hij worden beoordeeld door een psychiater en kan gezocht worden naar een passend vervolg.

Samenvattend

De SPOR lijkt een goed alternatief voor het verblijf van overlastgevende personen in een politiecel. Dat het niet gewenst is voor de doelgroep om in een cel te verblijven is al veelvuldig aan bod gekomen. Specifiek in hoofdstuk 5.1.2., waar staat dat dit traumatisch kan zijn en de doelgroep in sommige gevallen nog meer zorgmijddend maakt.

De grootste succesfactor van de SPOR is dat overlastgevende personen niet in een cel terecht komen, maar in een rustige, kalme en stressvrije omgeving.

5.3.3 Interventie voor opvang 2: 'Opvang verwarde personen' in Den Haag

Opvang Verwarde Personen is een samenwerking tussen politie, GGZ-instelling Parnassia, het Openbaar Ministerie en verslavingsreclassering. Het is een opvang methode specifiek gericht op verwarde personen. De opvang is geplaatst binnen een politiebureau in Den Haag. Erkend wordt dat een persoon die zich verward gedraagt niet als een regulier persoon voor korte tijd in een cel wordt geplaatst, waarna vrijlating volgt, maar dat deze mensen specifieke hulp nodig hebben om de problemen structureel op te lossen. Verwarde personen die binnenkomen na het veroorzaken van overlast komen in een rustgevende ruimte terecht. Hier vindt een screening plaats met een GGZ-medewerker die een rol speelt bij het kiezen van een passende zorgoplossing (Koffijberg & Guyt, 2013).

Voorheen werd de scheiding tussen politie en zorg als een minpunt ervaren in Den Haag. Organisaties functioneerden vooral los van elkaar, zonder al te veel samenwerking. Er was behoefte aan 1 centrale plek waar verwarde personen naar toe gebracht werden door politie en waar de zorg zich ook over de verwarde persoon zou ontfermen. De aandacht gaat uit naar wat er nodig is om deze mensen meer eigen regie te geven en om zonder al te veel hulpmiddelen weer te kunnen

functioneren, met of zonder hulp. Door de samenwerking tussen politie en GGZ wordt voorkomen dat er een groep overlastgevende personen is die wél met de politie in aanraking komt, maar niet met zorg. Het bereik is dus breder en de doelgroep kan makkelijker in aanraking komen met zorg, of ze nou willen of niet.

Resultaten

Uit de cijfers blijkt dat er in 2015, 2395 verwarde mensen binnenkwamen op de opvang verwarde personen in Den Haag. 67% van deze mensen kwam voor het eerst in aanraking met de zorg. Uit het feit dat 67% van de mensen voor het eerst met de zorg in aanraking kwam, blijkt dat er voorheen een grote groep was die wel door politie werd gezien, maar niet door de zorg. Hierdoor kwamen zij dus niet in contact met hulpverlening. Dit lijkt de grootste succesfactor van deze voorziening.

40% wordt na de OVP ambulant verder begeleidt, dus verwezen naar ambulante zorg.

26% wordt klinisch opgenomen, dan is er daadwerkelijk sprake van een criteria tot opname.

10% wordt somatisch terugverwezen, naar een huisarts of een ziekenhuis.

5% weigert hulp.

5% gaat naar een maatschappelijke opvang organisatie.

Samenvattend

De succesfactor is de samenwerking tussen gemeente, politie en GGZ. De samenwerking tussen politie en GGZ voorkomt dat er een groep overlastgevers is, die wel in contact komt met de politie maar niet met de GGZ.

Daarnaast is de 24/7 beschikbaarheid een succesfactor, in combinatie met het niet hanteren van contra indicaties. Contra indicaties zijn aandoeningen of kenmerken van een individu die ervoor zorgen dat een bepaalde behandeling niet wordt toegepast. In de reguliere GGZ-instellingen spelen contra indicaties vaak een negatieve rol. Als iemand bijvoorbeeld agressief is of drugs heeft gebruikt, kunnen zij een overlastgever soms niet ontvangen, waardoor iemand bijvoorbeeld eerst tot rust moet komen in een politiecel. Inmiddels zijn de negatieve effecten hiervan al besproken in dit onderzoek. In Den Haag is dit probleem ondervangen door een adequaat beveiligingsniveau te realiseren.

Een valkuil is dat een aanzienlijk deel van de doelgroep geen zorgverzekering heeft. In Den Haag zorgen de financiële problemen er niet voor dat mensen niet geholpen worden. De opvang betaalt zelf de zorgkosten voor onverzekerden, maar dit wordt als onwenselijk ervaren.

5.3.4 Interventie voor huisvesting 1: Housing First

Housing First is een initiatief dat zich focust op mensen die dakloos zijn in combinatie met problemen op meerdere leefgebieden. Bijvoorbeeld mensen met een dubbele – of een triple diagnose. Deze mensen krijgen een woning in combinatie met intensieve begeleiding.

Housing First bestaat niet uit speciaal gebouwde voorzieningen, maar bestaat uit reguliere sociale huurwoningen waarin mensen komen te wonen. De gedachte is dat het hebben van een dak een essentiële stap is om het leven weer op orde te krijgen. Vanuit hier kan een persoon herstellen en zich ontwikkelen.

Succesfactoren Housing First

Lage drempels

Om een project zoals Housing First succesvol te laten zijn, is het belangrijk dat het erg toegankelijk is voor de doelgroep. Dit houdt in dat er niet veel eisen en criteria gesteld moeten worden aan de mensen die toe willen treden tot een woning. De gedachte is om mensen een woning te bieden, waar geen diploma voor nodig is zoals bij regulier beschermd wonen en waarvoor de mensen zich



niet eerst hoeven te bewijzen. Het wordt omgedraaid, iemand krijgt een woning en vanuit die basisgedachte wordt gekeken naar wat het individu nodig heeft aan begeleiding. Dat betekent dat het heel laagdrempelig is, dit is belangrijk voor de doelgroep zoals in paragraaf 5.2.1 ook al aan bod is gekomen.

Duidelijke afspraken met de huurder

Het is heel erg belangrijk dat er goede afspraken worden gemaakt met de verhuurder. Hier ligt een groot risico, dat een woningcorporatie goed huurderschap vereist. Op het moment dat de bewoner overlast gaat veroorzaken, ontstaat er een onwenselijke situatie. Het belangrijkste is dat de bewoner op de hoogte is van het feit dat er geen overlast veroorzaakt mag worden.

Regels

Het toelaten van hulpverlening en begeleiding tot de woning is een eis. Begeleiding is doorgaans 1 op 1, iedere bewoner heeft een eigen begeleider. Een heikel punt wat soms voorkomt is dat een begeleider wegvalt, doordat iemand bijvoorbeeld ergens anders gaat werken of ziek wordt. Een grote verandering, zoals het krijgen van een nieuwe begeleider, kan voor een bewoner veel stress veroorzaken. Om deze reden is het belangrijk om door te werken met 2 begeleiders, te voorkomen dat de bewoner heel erg eenzaam wordt. Door een 'backup' begeleider te hebben die al enigszins herkent wordt door de bewoner, kan worden voorkomen dat wanneer de eerste begeleider wegvalt de overgang te groot is voor de bewoner en er stress ontstaat.

Verplichte budgettering

Veel mensen hebben financiële problemen, dus de bewoner wordt verplicht gebudgetteerd. Hierdoor worden vaste lasten altijd doorbetaald en worden huurachterstanden voorkomen.

Waarom slaagt Housing First

De motivatie die loskomt bij mensen die hun eigen huissleutel krijgen, maakt een gedragsverandering los. Deze doelgroep is gewend om in de dag- en nachtopvang te zitten, daar is niets van hunzelf.

Door deze mensen die op straat leven en te maken hebben met complexe problemen een woning te geven, perspectief te geven, passen ze hun gedrag aan en veroorzaken ze minder overlast. Een van de weinige eisen bij housing first is dat wanneer er overlast wordt veroorzaakt de bewoner zijn woning verliest. De persoon heeft dus iets te verliezen en hierdoor past hij zijn gedrag aan zodat hij zijn verbeterde levenssituatie niet kwijtraakt.

Valkuilen van Housing First

Achtervolgd door justitieel verleden

Een herhaaldelijk aan bod gekomen valkuil is dat bewoners achterhaald worden door hun justitiële verleden. Het betreft namelijk mensen die op straat hebben geleefd, dus vaak geen postadres hadden. Wanneer zij weer een woning hebben, dan komen de openstaande boetes weer letterlijk op de deurmat terecht. Dit zorgt voor veel stress bij bewoners, dit is iets waarop geanticipeerd moet worden. Dit kan door hier van te voren met de bewoner over te spreken, zodat de boetes niet onverwachts komen. Daarnaast moet waar mogelijk contact met justitie gezocht worden door iemand van het project, om te voorkomen dat de politie ineens voor de deur staat vanwege openstaande boetes.

Housing First werkt, maar niet voor iedereen

Voor sommigen werkt het model van Housing First simpelweg niet. De mate van vrijheid maakt dat zij alsnog overlast veroorzaken. Sommige mensen hebben erg lang op straat geleefd en zijn zo erg verslaafd dat de vrijheden die komen kijken bij een reguliere woning te groot voor ze zijn.

Voor de personen die Housing First niet aankunnen, blijkt Skaeve Huse een alternatief. Dit is ook een woon initiatief, maar dan op meer onconventionele wijze. Hierbij wordt bijvoorbeeld gebruik gemaakt van wooncontainers, op een minder centraal gelegen plek. Hier hebben zij meer vrijheden om hun verslaving te blijven uitoefenen en zijn zij minder snel omwonenden tot last omdat die er niet zijn.

Samenvattend

De grootste succesfactoren die geleerd kunnen worden van Housing First zijn de laagdrempeligheid en het maken van duidelijke afspraken. Er moeten geen hoge eisen worden gesteld aan bewoners, dat werkt niet voor deze doelgroep. Verplichte budgettering is essentieel, om de financiën gezond te houden. Daarnaast moet de bewoner duidelijk worden gemaakt dat het belangrijkste is dat er geen overlast veroorzaakt mag worden. Het werkt omdat wanneer iemand van de doelgroep eerst een woning krijgt, diegene iets te verliezen heeft. Hierdoor kan van deze persoon doorgaans gevraagd worden dat hij of zij aan enkele eisen voldoet. Mensen zijn namelijk bereid om stappen te zetten indien zij iets te verliezen hebben. De meeste mensen die op straat leven, met een dubbele – of een triple diagnose, hebben weinig te verliezen en passen daardoor niet zomaar hun gedrag aan.

5.3.5 Interventie voor huisvesting 2: Skaeve Huse

Skaeve Huse is een woon interventie die een oplossing kan zijn voor de doelgroep die Housing First niet aankan. Qua vormgeving kunnen het wooncontainers zijn, of een soort vakantiehuisjes. De gedachte is om dakloosheid op te heffen en overlastgevend personen een eigen dak te geven. Dagbesteding en re-integratie is geen onderdeel van Skaeve Huse. Skaeve Huse is vooral een plek waar je ongegeneerd kunt wonen zonder anderen tot last te zijn.

In grote lijnen kan gezegd worden dat het Skaeve Huse gericht is op de meest complexe groep, personen met een triple diagnose. Voor mensen die ook binnen Housing First overlast blijven veroorzaken.

Er is behoefte aan Skaeve Huse

Op landelijk niveau is behoefte aan Skaeve Huse, of onconventioneel wonen in de algemene zin. Ondanks dat mensen bij Housing First intensieve begeleiding krijgen, is er een groep die hier niet slaagt. Er wordt namelijk geleefd in reguliere woningen in reguliere woonwijken, niet iedereen kan dit aan. Met name de triple diagnose doelgroep trekt dit vaak niet. Dit houdt in dat de bewoner overlast veroorzaakt, door bijvoorbeeld zijn afwijkende gedrag of door de mate van verslaving. Dan moet er toch worden gekeken naar een meer onconventionele woonruimte. Iets meer buiten de bewoonde wereld, zodat anderen geen last hebben van de afwijkende en storende gedragingen van de bewoners.

Succesfactoren

- Omwonenden en schoolinstellingen zijn vooraf vaak bang voor overlast. Zorg voor een goede voorlichtingscampagne om bezwaarden te minimaliseren.
- Bewoners stellen praktische hulp bij het dagelijks leven op prijs, maar bemoeizorg niet. Ze hebben het vaak gehad met hulpverlening en regels. Ze willen rust en de vrijheid om hun afwijkende levensstijl uit te voeren.
- Passief begeleiden en beheren werkt volgens hulpverleners. Dit houdt in dat de energie vooral moet uitgaan naar het bieden van praktische hulp, zoals schoonmaken of het doen van de afwas. De

bewoners moeten niet te dicht op de huid worden gezeten, maar vooral vrij zijn in hun doen en laten.

Valkuilen

- Intimidatie en overlast incidenten deden zich voor door te weinig vrije ruimte tussen Skaeve Huse en reguliere woningen. Dit kwam met name doordat nieuwbouw dicht op de Skaeve Huse kwam te staan. Een aanbeveling is om minimaal 100 meter afstand tussen Skaeve Huse en reguliere woningen te houden, plus het aanbrengen van visuele afscherming²⁵.

Werkt Skaeve Huse?

SEV-Advies heeft een evaluatie uitgevoerd over het succes van enkele korte termijn onconventioneel wonen pilots²⁶. Hieronder worden de belangrijkste uitkomsten benoemd.

Skaeve Huse veroorzaken geen belangrijke overlast volgens het onderzoek. In Arnhem, Amsterdam en Maastricht zijn na een half jaar geen belangrijke overlast incidenten geweest volgens de evaluatie. Het merendeel van de bewoners is content met hun stabiele omgeving. Ze worden met rust gelaten en krijgen de ruimte om hun afwijkende levensstijl te beoefenen (Jeroen Singelenberg, 2010).

5.3.6 Interventie: Wijk-GGD'er

De wijk-GGD'er is actief in de wijk. Deze actor moet ervoor zorgen dat overlastgevende personen beter en eerder worden geholpen. Voorkomen moet worden dat er escalerende situaties plaatsvinden die optreden van de politie vereisen. Niet zozeer om de politie te ontlasten, maar omdat hiermee overlast wordt voorkomen. Dit wordt bereikt door te voorzien in de zorgbehoefte van de doelgroep. De GGD'er bevindt zich veel op straat en staat in direct contact met de doelgroep. Hierdoor kan een goed beeld ontstaan van een overlastgevend individu. Door in contact te staan met de doelgroep, komt de GGD'er te weten wat zijn of haar behoeften zijn en waardoor iemand overlast veroorzaakt. Door in contact te staan met een netwerk van politie, gemeente, het sociale wijkteam en hulpverlening kan deze informatie worden gedeeld en integraal worden bekeken. Hierdoor kan een gezamenlijke koers gevaren worden om het individu beter te helpen. Er wordt dus van onderaf, op straat niveau gekeken naar de problematiek van het individu, dit is de kracht.

Door de samenwerking en afspraken is de politie ook op de hoogte van afspraken tussen de Wijk-GGD en de cliënt. De wijkagent kan hierdoor ook beter een oogje in het zijl houden. Als hij constateert dat het minder goed gaat met een hulpbehoevend persoon, kan hij dit melden bij de wijk-GGD. Bijvoorbeeld als de agent herkent dat bij een cliënt het vuil enorm oploopt of de gordijnen al een week niet zijn geopend. De agent kan het vroeg herkennen als iemand verward gedrag vertoont, dat is een winstpunt. Escalatie kan worden voorkomen.

De wijkagent moet in een ideale situatie vooral een signalerende functie hebben. Als hij weet welke personen binnen de doelgroep van de wijk-GGD'er vallen en als hij onderdeel is van het netwerk, kan de agent vroegtijdig signaleren naar de zorg. Het is belangrijk dat agenten weten bij wie ze dit moeten melden. Daarna kan de zorg doen waar ze in gespecialiseerd is zodat de doelgroep de optimale hulp krijgt.

²⁵ Singelenberg, J. (2010). *Skaeve Huse*.

²⁶ Singelenberg, J. (2010). *Skaeve Huse*.

Resultaten

In de gemeente Vught loopt sinds oktober 2014 ook een pilot waarbij de GGD actief is in de wijk op straatniveau. Deze duurt 34 weken, waarna een evaluatie plaatsvindt. Inmiddels heeft er al een voortijdige evaluatie plaatsvinden, waarvan de uitkomsten positief zijn. Er lijkt een beter beeld te ontstaan van de problematiek en de denkwijze van het project wordt goed opgepakt door alle betrokken partijen²⁷.

Samenvattend

Overlastgevende situaties of incidenten komen vaak niet door acute psychische uitpattingen maar hebben vaak een diepere aard. De doelgroep heeft een complexe problematiek die vaak van langdurige aard, soms zelfs levenslang is. Hulp moet niet zozeer repressief zijn (politie ingrijpen), maar meer van proactieve aard, het voorkomen van escalatie. Dan komt het vaak neer op street-care, in contact staan met de doelgroep en hen voorzien in hun behoeften. Onze doelgroep moet centraal staan en soms moet er out-of-the-box gedacht worden. Door in direct contact te staan met de doelgroep kan er ook monitoring plaatsvinden, alarmerende veranderingen op persoonsniveau kunnen vroegtijdig worden herkend. Hierdoor ligt de focus op hulpverlening en zorg bieden in plaats van repressief politieoptreden.

5.3.7 Zwolle Actief

Zwolle Actief is een organisatie die zich bezighoudt met het activeren van met name daklozen. Er wordt geprobeerd deze mensen een alternatief te bieden dan enkel op straat te hangen. Zwolle Actief is ontstaan als alternatief voor de verdwenen dagopvang. Het platform heeft contact met organisaties en ondernemers, zoals bijvoorbeeld garages en restaurants, om zo (werk)plekken te creëren voor de doelgroep.

Wanneer er een persoon in beeld komt waarvoor activering een toevoeging kan zijn in het leven, komt Zwolle Actief in beeld. Er wordt gekeken naar hoe deze mensen hun dag door komen en welke winst hier te behalen valt. Vaak wordt herkend dat mensen wel dingen of ideeën hebben waarmee ze aan de slag zouden willen. In dit geval gaat het dus vaak over dakloze mensen, die tot op heden geen actieve dagbesteding hebben. Er wordt geprobeerd om deze mensen te prikkelen en te activeren, om ze op deze manier een zinvolle dagbesteding te bieden waardoor zij minder op straat aanwezig zijn.

Succesfactor

In contact blijven is een succesfactor, vooral met onze complexe doelgroep. Als iemand in contact is gebracht met een werkgever is dit niet waar het ophoudt. Iemand wordt niet afgeleverd op de stoep en daar houdt het op. Het is belangrijk om als organisatie in contact te blijven met een werkgever bijvoorbeeld om zo korte lijnen te hebben. Als iemand dan problemen heeft, of ineens niet op het werk verschijnt, kan de werkgever snel opschakelen door contact op te nemen met de betrokken medewerker van Zwolle Actief in dit geval om in te grijpen en escalatie te voorkomen.

Resultaten

In 2016 zijn er, 175 mensen zijn geactiveerd. Zij weten nu de wegen te bewandelen naar dagbesteding, of bijvoorbeeld de bibliotheek en zijn nu minder vaak aanwezig op straat of in het

²⁷ <http://www.gemeentebelangenvught.nl/index.php/nieuws/415-succes-voor-de-wijk-ggd-er>

park. Omwonenden voelen zich tegenwoordig prettiger voelen dan voorheen, doordat een groep mensen nu meer actief is en minder op straat aanwezig is

Samenvattend

Het werkt voor het terugdringen van overlast. Wanneer iemand dagbesteding of werk heeft is diegene automatisch minder aanwezig op straat waardoor er minder gelegenheid is om overlast te veroorzaken. Uiteraard kunnen zich voor, tijdens of na het werk ook incidenten voordoen, maar het scheelt in ieder geval iets. Het is ook te makkelijk om te roepen dat de dubbele -, triple diagnose doelgroep te slecht te been voor is voor dagbesteding en werk, want ook zij doen hieraan mee. Uiteindelijk komt het aan op maatwerk en hangt het van de persoon af of hij of zij in staat is om mee te doen aan werk of dagbesteding.

5.3.8 Creating Balance

Creating Balance is een andere organisatie in Zwolle die op straat actief is. Zij zijn vooral bezig met street care. Zij richten zich op een groep die zorgmijddend is, maar die wel degelijk zorg nodig hebben. Het doel van de werkwijze is overlast op straat reduceren. De organisatie heeft een aantal medewerkers in dienst die actief op straat aanwezig zijn en contact hebben met de doelgroep. De organisatie heeft een uitgebreid netwerk van winkeliers, politie, omwonenden, zodat ze altijd gevonden kunnen worden indien het nodig is. Hierdoor kan er vroegtijdig worden ingesprongen op overlast of dreigende overlast, om escalatie te voorkomen, dit werkt.

Het team richt zich vooral op de top 25 meest overlast gevende personen in de regio. Om de vier weken wordt er met de politie afgesproken om de top overlastgevers door te nemen. Hierdoor wordt er altijd gewerkt met een actueel beeld van de situatie. 7 jaar geleden begon Creating Balance, toen stonden er personen op de top 25 lijst met 50 meldingen. Tegenwoordig betreft het maximaal 4 meldingen per persoon.

Er is altijd veel contact met de top 25 overlastgevende personen. Ook mensen die minder overlast gaan veroorzaken, en dus van de top 25 lijst afvallen, blijven wel in beeld. Hierdoor kan een eventuele terugval of onrust situatie gelijk worden opgepakt. Het blijkt een zeer effectieve aanpak als het gaat om het terugdringen van overlast.

Samenvattend

Door outreachend te werken kan op persoonsniveau inzicht worden verkregen in de behoeften van de doelgroep. Hierdoor wordt duidelijk hoe het komt dat een individu overlast veroorzaakt. Dit is waardevolle informatie want op deze manier kan er probleemoplossend gewerkt worden. Iemand kan overlast veroorzaken door bijvoorbeeld financiële stress, stress door dakloosheid of het niet begrijpen van regels (licht verstandelijk beperkt). Deze informatie moet worden door gekoppeld en gezamenlijk worden besproken met betrokken organisaties die in het netwerk rondom de overlastgevende persoon samenwerken. Op deze manier kan er toe gewerkt worden naar structurele oplossingen waarbij de overlastgever centraal staat.

Een succesfactor is dat er ook aandacht wordt besteedt aan personen die buiten de top overlastgevers vallen. Indien dit niet wordt gedaan, is het mogelijk dat de personen die geen aandacht krijgen alsnog overlast gaan veroorzaken.

5.3.9 Interventies voor een netwerk en dagbesteding

Naast het bieden van een woning, kan er ook aandacht worden besteedt aan dagbesteding en dergelijken. Dit onderwerp is niet aan bod gekomen in het theoretisch kader, maar wel veelvuldig in het veldonderzoek. Hieronder volgt de uiteenzetting.



Het hebben van dagbesteding kan voor een individu een waardevolle toevoeging zijn voor de kwaliteit van het leven. Het lijkt logisch dat wanneer iemand zinvol bezig is, deze persoon minder tijd en aanleiding heeft om overlast te veroorzaken. Het is zo dat wanneer iemand die (langdurig) dakloos geweest is een woning krijgt, via bijvoorbeeld Housing First, het vaak lastig vindt om zich hier thuis te voelen, waardoor diegene vaak alsnog op straat rondhangt. Vaak speelt verveling en eenzaamheid hier ook een rol in. Dit gat kan in sommige gevallen worden opgevangen door op zoek te gaan naar bezigheden en activiteiten. Een waardevolle oplossing die naar voren komt uit het veldonderzoek, zijn zogeheten 'maatjesprojecten'. Dit komt er simpelweg op neer dat iemand wordt gekoppeld aan een maatje. Een persoon die af en toe iets wilt ondernemen met onze doelgroep. Hierbij kan aan van alles gedacht worden, zoals samen boodschappen doen, koken of sporten. Dit lijkt misschien heel idealistisch, maar het werkt goed voor sommigen. Uiteraard niet voor iedereen, maatwerk blijft de sleutel voor deze doelgroep. Het zorgt ervoor dat de doelgroep bezig is en nieuwe mensen leert kennen. Verveling en eenzaamheid zijn vaak factoren die het veroorzaken van overlast in de kaart spelen. Het wegnemen van deze factoren door dergelijke initiatieven komt de doelgroep ten goede.

Succesfactor

Reguliere dagbestedingsactiviteiten zitten vaak vol met dezelfde doelgroep. (ex)daklozen of (ex) verslaafden. Dit is niet goed, het is beter om op zoek te gaan naar een nieuw en 'schoon' netwerk.

Voorbeeld: BUUV

BUUV is een digitaal platform voor vrijwilligers door vrijwilligers, daar kunnen vragers en aanbieders van klussen zich aanmelden. Het is een website waar mensen heel simpel op kunnen zetten: 'Ik zou het fijn vinden als iemand 1 keer in de week voor mij kookt'. Als het klikt tussen vraag en aanbieder ontstaat hier in de praktijk vaak een regelmatig contact door, een soort buddy.

Waardevol, maar ook lastig te realiseren

In de praktijk blijkt het lastig om iemand te koppelen aan een buddy. Je bent uiteraard afhankelijk van een vrijwilliger die het ziet zitten om met iemand aan de slag te gaan. Iemand moet dit ook kunnen en durven, we spreken namelijk niet over de meest makkelijke groep mensen. Dit neemt niet weg dat BUUV een goed initiatief is dat werkt. Voor Zaanstad is de website in oktober 2013 live gegaan. In deze maand vonden er 290 fysieke afspraken plaats.

Samenvattend

Dagbesteding en een netwerk is een mooie toevoeging, maar niet voor iedereen. Voor de mensen die hier behoefte aan hebben en die het trekken is het een mooie toevoeging naast het krijgen van een woning. Het belangrijkste is dat het op vrijwillige basis gebeurt. Tuurlijk moet de doelgroep geprikkeld worden om bezig te zijn en het leuk te maken voor henzelf, maar voor deze doelgroep blijkt een dwingend karakter als het gaat om dagbesteding of activiteiten niet te werken. Het komt dus neer op maatwerk op microniveau, per persoon.

5.4. Waar liggen, op het gebied van wet- en regelgeving relevante en belangrijke restricties dan wel kansen ten aanzien van de aanpak van de problematiek?

5.4.1 Groepsdiscussie

Op 7 april 2016 vond er een groepsbijeenkomst plaats. Op deze bijeenkomst waren meerdere professionals vanuit de praktijk aanwezig, die betrokken zijn bij de overlastgevende personen. Een onderdeel van deze bijeenkomst was een groepsdiscussie. Centraal in deze discussie stonden de knelpunten en belemmeringen, vanuit wet- en regelgeving die professionals ervaren ten aanzien van het bieden van passende hulp aan overlast gevende personen. Iedere groep bestond uit ongeveer 8 deelnemers, er was 1 persoon die vanuit de organisatie notuleerde. De deelnemers kwamen vanuit meerdere disciplines, namelijk politie, justitie, GGZ, verzekeraars, verslavingszorg en woningbouwcorporaties.

Uitkomsten

- Er moet meer creatief worden omgegaan met geld. Herkent wordt dat vroegtijdige zorg bieden aan een overlastgevende persoon wellicht geld kost, maar dat dit veel goedkoper is dan niets doen waardoor op de lange termijn veel hogere kosten ontstaan doordat het individu verder afglijdt. Namelijk door proactief 'gratis' zorg te bieden aan mensen, zonder indicatie, om zo op de lange termijn grotere schade te voorkomen. Bijvoorbeeld door iemand een 'crisiskaart' of een zogenaamde 'strippenkaart' te bieden. Hiermee kan dan een x aantal keer gratis gebruik worden gemaakt van bijvoorbeeld een time-out voorziening, denk aan een zorgboerderij of een zorg hotel. Hierdoor kan een persoon (die overlast geeft) vroegtijdig worden geholpen om escalatie te voorkomen. Dit idee omzeilt ook de eerder besproken hoge drempel dat er vaak pas zorg kan komen voor iemand als er een indicatie afgegeven is.
- In iedere regio moet een voorziening voor de opvang voor mensen die verward zijn moet komen, als alternatief voor de opvang in een politiecel. Dit is eerder in het resultaten hoofdstuk ook al uitgebreid aan bod gekomen.
- Het WMO-loket van de gemeenten en de zorgverzekeraars moeten onderling meer contact en afstemming zoeken. Er zijn voorbeelden van cases waar inhoudelijk veel geregeld is voor een cliënt, maar waar het uiteindelijk misloopt op financiële schotten. Erkent wordt dat financiële schotten er nou eenmaal zijn. Toch moet er worden gezocht naar mogelijkheden om alternatieve financiering voor de meest complexe cases²⁸.

Samenvattend

Vanuit regelgeving kan iemand vaak pas tot zorg komen wanneer er een indicatie gesteld is. Hier kan mee worden omgegaan door overlastgevende personen gratis, proactieve zorg te bieden. Door bijvoorbeeld iemand een strippenkaart te geven waarmee diegene een aantal keer gratis naar een time-out voorziening of een zorghotel kan gaan.

²⁸ Deze behoefte wordt in de groepsdiscussie uitgesproken door een medewerker van een zorgverzekeraar.

5.4.2 Privacy en informatiedeling

Uit het theoretisch kader komt naar voren dat het delen van informatie tussen ketenpartners een knelpunt is. Privacywetgeving (of de manier waarop deze geïnterpreteerd wordt) belemmert actoren om informatie over bijvoorbeeld het zorgverleden van een individu te delen. Hierdoor kan soms niet efficiënt gehandeld worden.

Zowel vanuit de GGZ als politie en justitie wordt erkent dat informatiedeling een knelpunt is. Dit komt vooral omdat privacywetgeving restricties met zich meebrengt. Actoren herkennen de beperking en erkennen dat het vaak beter zou zijn, ook voor de overlastgevende persoon, om bepaalde informatie wel te delen.

Mogelijkheden

Een alomvattende oplossing voor dit probleem komt niet aan bod. Wel is er behoefte aan betere handreikingen zodat voor iedereen meer helder wordt wat er wel en wat er niet mag. Specifiek over mensen met een dubbele en een triple diagnose. Hierdoor weten organisaties ook beter waarom sommige informatie niet gedeeld wordt door partners.

In de praktijk blijkt er meer mogelijk als het besproken wordt op een ander niveau. Door in gesprek te gaan met de directie van een GGZ-instelling kan er soms veel geregeld worden. Leidinggevenden staan er vaak anders in dan mensen van de werkvloer. Mensen van de werkvloer zijn meer conservatief, omdat er voor hun iets op het spel staat. Dit komt vooral doordat er een angstcultuur is ten aanzien van te soepel omgaan met informatie. Dit zou eventueel kunnen leiden (in de ogen van de medewerker) tot ontslag.

5.4.3 Financiering van de zorg

Schotten tussen financiering

Een specifieke casus geeft aan dat financiering in de zorg restricties kan opleveren. Het betreft een case van een overlastgevende persoon met multi-problematiek. Na veel samenwerking tussen organisaties is een overlastgevend persoon in een GGZ-traject belandt waar het goed gaat. Het betreft intensieve zorg die erg kostbaar is, hij woont in een speciale woonvorm. Uiteindelijk moet dit worden afgebroken omdat de financiering niet rond komt. De gemeente waar de overlastgevende persoon in eerste instantie vandaan komt heeft namelijk geen contract met de desbetreffende zorgaanbieder, omdat deze in een andere regio zit. Uiteindelijk wordt de zaak overgedragen aan een regionale zorg aanbieder, waardoor de cliënt niet meer de specifieke hulp en zorg krijgt die hij nodig is, waardoor terugval aannemelijk is.

Doordat de zorg in Nederland zo strikt is door allerlei regels en kaders, is het zo dat als iemand niet in een bepaald hokje past, diegene tussen wal en schip valt. Wat in een concreet voorbeeld zoals hierboven kan leiden tot het niet rondkomen van financiering. Dit zorgt ervoor dat deze persoon niet de specifieke zorg krijgt die hij nodig heeft om zich te kunnen handhaven.

Kansen door creatief te zijn

Het merendeel van de cases kan goed worden geregeld, maar niet allemaal. Er moet een bepaalde vrije ruimte komen, waarbij voor bepaalde cases, met alle betrokken organisaties naar een oplossing kan worden gezocht. Er moeten financiën beschikbaar zijn, zodat iemand dit op kan pakken en daadwerkelijk kan realiseren. Hier moet een soort van fonds voor komen. Dat bijvoorbeeld verzekeraars ook een waarborg fondsachtige constructie hebben voor mensen die niet in een hokje te plaatsen zijn, maar wel hulp nodig hebben.

Er zijn heel veel onderverdelingen in het systeem. De gemeente moet bepaalde taken uitvoeren. Zorg die geboden wordt op basis van de ziekte kosten verzekering ligt ook onder een vergrootglas. Wat

voor afspraken zij met iemand maken, daar zit ook niet heel veel rek meer in. Voor de meerderheid is dat prima. Maar voor deze specifieke groep, moeten er glazen deurtjes gemaakt worden die wanneer het nodig is worden ingetrapt, zodat de financiële schotten worden doorbroken.

Samenvattend

Door strenge regels en kaders in de zorg, komt het voor dat in sommige zaken de specifiek vereiste zorg voor een overlastgevend persoon niet tot stand komt, of wordt afgebroken, door het niet rond komen van financiën. Dit is een duidelijke restrictie ten aanzien van de aanpak van de problematiek omtrent overlastgevende personen. Hier liggen kansen door het vrijmaken van budget of het creëren van een fonds. Als hier beleid op gemaakt wordt en er een brede bewustwording ontstaat bij betrokken organisaties, kan er een gezamenlijke koers gevaren worden. Hier liggen ook kansen naar hogere ministeriële instanties toe. Gemeenten of regio's kunnen dergelijke specifieke cases laten zien aan hogere overheden en op deze manier bewustwording creëren voor het belang van het rondkomen van financiering.

Hoofdstuk 6 Conclusies

Probleemstelling:

'In hoeverre kunnen bekende interventie strategieën en expertise bijdragen aan het vergroten van de expertise en het verbeteren van de huidige werkwijzen van de regio Oost-Nederland ten aanzien van het verminderen van incidenten veroorzaakt door overlastgevende personen?'

In dit hoofdstuk worden conclusies getrokken. De vier onderzoeksvragen worden in chronologische volgorde behandeld. Dit wordt gedaan aan de hand van de uitkomsten van het veldonderzoek. De uitkomsten van het veldonderzoek worden afgezet tegen de bevindingen vanuit het theoretisch kader. Vervolgens wordt de probleemstelling beantwoordt.

6.1 Wat zijn beperkende factoren binnen het huidige beleid van de betrokken organisaties en hoe kan er meer optimaal gebruik gemaakt worden van hun (opgedane) kennis en expertise om de hoeveelheid overlast te verminderen?

Het vervoeren van overlastgevende personen

Momenteel wordt het vervoer van overlastgevende personen in de meeste regio's uitgevoerd door de politie. Dit houdt in dat overlastgevende personen, bijvoorbeeld bij een melding, opgehaald worden met een politiewagen. Dit wordt door professionals ervaren als een beperkende factor. Dit werkt negatief voor de gemoedstoestand van de doelgroep. Overlastgevende personen kunnen hierdoor nog meer zorgmijndend worden of een (nog grotere) aversie krijgen tegen hulpverlening in het algemeen. Daarnaast kan een onheuse bejegening, zoals het gebruik van handboeien of andere hardhandige handelingen, traumatisch werken voor overlastgevende personen. Dit geldt helemaal wanneer iemand in een psychose zit. Ook wordt de doelgroep hierdoor soms agressief en gestrest, waardoor de psychiatrie eest iemand extra moeten kalmeren voordat ze de achterliggende oorzaken van het overlastgevend en agressieve gedrag kunnen verhelpen. Een onheuse bejegening komt het vervolg van een hulpverleningstraject dus niet ten goede. Kennis en expertise leert dat het beter is om de doelgroep op een meer professionele manier te vervoeren. Daarnaast is het beter om het contact te laten verlopen via zorgprofessionals dan via een politieagent. Omdat zorgprofessionals hiervoor zijn opgeleid. Een concrete interventie bestaat al in bepaalde regio's, dit is namelijk de psycholance. In paragraaf 6.3 zal hierover een conclusie volgen.

Opvang en beoordeling van overlastgevende personen

Gedurende het veldonderzoek is naar voren gekomen dat de locatie waar een overlastgevende



persoon wordt opgevangen of beoordeeld door de psychiatrie, nadat hij of zij bijvoorbeeld is meegenomen na een melding, van groot belang is. In de huidige situatie is het zo dat de doelgroep vaak op het politiebureau of in een politiecel terecht komt. Dit kan meerdere oorzaken hebben. Soms brengt de politie iemand ter beoordeling naar een GGZ-instelling, maar blijkt dat de instelling niet in staat is om de overlastgevende persoon op een veilige manier te kunnen ontvangen. Dit komt door de combinatie van eventuele agressie die de persoon vertoont en het feit dat de instelling geen hoog genoeg beveiligingsniveau heeft. Het (tijdelijk) worden geplaatst in een politiecel, in combinatie met de behandeling die daar bij komt kijken zoals het dragen van handboeien, is een beperkende factor die een negatief effect heeft op de overlastgevende persoon. Ze kunnen nog meer zorgmijndend worden, gestrest raken wat het vervolgtraject moeilijker maakt of er zelfs een trauma aan over houden. De beperking kan worden doorbroken door simpelweg alternatieven te creëren. GGZ-instellingen moeten hun eigen proces beter inrichten zodat zij in staat zijn om de doelgroep op hun eigen locatie te behandelen. In bepaalde regio's zijn er alternatieven, deze worden uiteengezet in paragraaf 6.3.

Schotten tussen hulpverleningsorganisaties

Met schotten tussen organisaties wordt bedoeld dat er veel gespecialiseerde instellingen zijn, die zich vooral richten op taken die binnen hun eigen (financiële) kaders vallen. Sommige instellingen concentreren zich primair op psychiatrie en anderen bijvoorbeeld op verslaving. Door schotten zijn deze organisaties veelal gescheiden van elkaar en vindt er weinig integratie of overlap plaats. Uit het veldonderzoek komt naar voren dat schotten tussen hulpverleningsinstanties een beperking zijn. Door de scheidingen tussen specialistische organisaties en de specifieke voorwaarden die worden gesteld om ergens binnen te komen, is het vaak erg lastig voor de doelgroep van het onderzoek om toe te treden tot een behandeltraject. Dit wordt bevestigd door de bevindingen uit de theorie. Volgens van Wamel en Neven (2015) worden mensen met een dubbele diagnose nog vaak van het kastje naar de muur gestuurd. De GGZ accepteert hen niet omdat ze ook verslaafd zijn. Verslavingszorg heeft op haar beurt weer moeite met de psychiatrische achtergrond van de cliënt. Daarnaast zorgen schotten tussen organisaties ook voor afbreuk aan de kwaliteit van de hulpverlening wanneer iemand met een dubbele – of een triple diagnose wél in behandeling is. Dit komt doordat er weinig communicatie en samenwerking is tussen medewerkers van verschillende specialistische instellingen. Dit wil zeggen dat de behandeling van de ene organisatie niet wordt afgestemd met die van een andere.

Zowel uit de theorie, als uit het veldonderzoek komt naar voren dat er meer geïntegreerd behandeld moet worden. De behandeling voor zowel de psychiatrische problematiek als de verslavingsproblematiek moet gelijktijdig en geïntegreerd verlopen. Hulpverleningsorganisaties vanuit verschillende disciplines moeten het individu centraal stellen en door middel van een gezamenlijke verantwoordelijk en het doorbreken van beleidsuren deze persoon passende zorg bieden. Dit kan bijvoorbeeld door binnen een team iemand aan te nemen die verstand heeft van een andere diagnose.

Zelfredzaamheid

Een deel van de doelgroep van het onderzoek heeft een licht verstandelijke beperking, dit is met name de triple diagnose groep. Deze groep is over het algemeen niet erg zelfredzaam. Indien zij dakloos zijn, maakt dit voor hun de weg naar hulpverlening nog lastiger dan die al is. Als zij een eigen woning hebben zijn zij erg kwetsbaar en lopen zij het risico dat hun leefsituatie verslechtert indien er geen goede ondersteuning is. Geconcludeerd wordt dat een beperkende factor binnen het huidige beleid van organisaties is dat er niet voldoende (proactieve) ondersteuning is voor de triple diagnose doelgroep. Deze groep heeft moeite om zich staande te houden in de samenleving die steeds complexer, meer digitaal wordt en meer vraagt van onze zelfredzaamheid. Door te werken met een

mentor die deze mensen ondersteund in het dagelijks leven of een curator die de financiële zaken afhandelt kan deze groep beter worden ondersteund. Als iemand niet in staat is om zijn eigen leven goed te organiseren, moet diegene hierbij geholpen worden. Bijvoorbeeld bij het maken en nakomen van afspraken, maar ook het zakelijke deel, door bijvoorbeeld een curator.

Continuïteit in de zorg en hulpverlening

Uit onderzoek (Daveloose, 2010) blijkt dat er meer continuïteit in de zorg moet komen. Na ontslag uit een psychiatrisch ziekenhuis blijft er niet genoeg vervolg of begeleiding over, hierdoor is terugval een groot gevaar. Dit geldt ook voor GGZ-instellingen. Cliënten worden na hun ontslag vaak snel opnieuw opgenomen, omdat ze niet de benodigde zorg krijgen. Wellicht is de stap tussen opname/behandeling en vrijheid vaak te groot en moet er meer continuïteit komen vanuit het behandelproces.

Uit de interviews blijkt ook dat mensen vaak te snel worden ontslagen vanuit een behandeltraject. Aan het begin van een traject wordt een tijdsbepaling gedaan waarvan niet vaak wordt afgeweken. Soms wordt er drie weken behandeld terwijl dit drie maanden moet zijn. Hierdoor krijgt de doelgroep niet langdurig de zorg die ze nodig hebben waardoor het positieve effect niet tot stand komt. Daarnaast lijkt het soms alsof er geen tussenstap is tussen totale opname en totale vrijheid. Sommige cliënten kunnen dit grote contrast niet aan, waardoor ze een enorme terugval kennen en weer overlast geven.

Vanuit kennis en expertise blijkt dat er langer moet worden behandeld en begeleidt. Bij aanvang van een zorgtraject moet er geen vaste loopduur bepaald worden, er moet maatwerk zijn. Gedurende het proces moet dit flexibel worden gehanteerd en moet hiervan kunnen worden afgeweken als een hulpverlener vindt dat iemand bijvoorbeeld langere zorg nodig heeft. Dit gebeurt echter nauwelijks in de praktijk. Waardoor dit komt is lastig te zeggen. Daarnaast hebben sommige mensen van de doelgroep nou eenmaal levenslange support nodig. Ook al is het maar een vorm van waakvlambegeleiding of lichte bemoeizorg. In de praktijk blijft dit nog te vaak achterwege.

6.2 Welke factoren en situationele omstandigheden dragen, volgens betrokkenen en experts bij aan het succes van hulpverlening en interventie strategieën?

Zorg zonder drempels

Zorgdrempels zijn belemmeringen die ervoor zorgen dat de doelgroep minder makkelijk toe kan treden tot passende zorg. Door deze drempels weg te nemen of te verlagen kan de doelgroep makkelijker toetreden tot hulpverlening. Het ontbreken van zorgdrempels is een omstandigheid die bijdraagt aan het succes van hulpverlening. Onderstaande drempels zijn bevonden in zowel het veldonderzoek als in het theoretisch kader. Er kan dus met zekerheid worden gezegd dat deze drempels spelen.

Schaamte is een gevoel wat voor de doelgroep fungeert als een zorgdrempel. Vaak hebben zij het gevoel dat ze hebben gefaald. Ze moeten eerst naar de huisarts, dan volgt vaak een doorverwijzing of een aanmelding. Hierbij moet de persoon in kwestie constant zijn verhaal herhalen en zijn persoonlijke problemen op tafel leggen.

De doelgroep ziet vaak op tegen lange wachtlijsten. Alles moet voor hun gevoel snel verlopen, als dit niet het geval is haken ze vaak af.

Door in te spelen op het feit dat factoren zoals schaamte en lange wachtlijsten een belemmering vormen voor deze doelgroep, kunnen organisaties deze drempels verlagen. De complexe dubbele – en triple diagnose groep zou door de ernst van hun problematiek voorrang moeten krijgen tot zorg.

Daarnaast kunnen organisaties de belemmering voorkomend uit schaamte wegnemen door complexe regels en uitgebreide procedures voor deze doelgroep te versoepelen.

Huisvesting

Het niet hebben van huisvesting zorgt bij veel dubbele – en triple diagnose personen voor onrust en stress. Dit leidt ertoe dat er overlast wordt veroorzaakt. Uit het veldonderzoek blijkt dat wanneer deze mensen lange tijd dakloos zijn en hierdoor geen perspectief hebben op een beter leven, zij bijna nooit een positieve gedragsverandering doormaken.

Het hebben en houden van een woning zorgt uiteindelijk dat overlast afneemt. Door het hebben van een woning herkent de doelgroep namelijk dat ze perspectief hebben op een beter leven. Ze zien dat ze zelf invloed hebben op de kwaliteit van hun leven en dit motiveert tot een gedragsverandering in positieve zin. Daarbij speelt ook mee dat wanneer iemand een woning heeft, diegene ook daadwerkelijk iets te verliezen heeft. Dit zorgt ervoor dat de doelgroep minder snel overlast gaat veroorzaken, omdat ze weten dat dit kan leiden tot verlies van de woning.

Geconcludeerd wordt dat het hebben van een woonruimte, een omstandigheid is die bijdraagt aan het succes van hulpverlening.

Vraaggericht versus diagnose gericht werken

Volgens GGZ Nederland (2015) ligt de nadruk te veel op de gestelde diagnose en is er te weinig oog voor de specifieke problematiek van het individu. Veel cliënten met dezelfde diagnose worden op een eenduidige manier behandeld, terwijl iedereen toch zijn eigen behoeften heeft.

Dat een cliënt in sommige gevallen een heel andere hulpvraag heeft dan dat organisaties vinden dat de cliënt moet hebben, komt ook veelvuldig naar voren in het veldonderzoek. Hiermee wordt bedoeld dat een cliënt soms bijvoorbeeld alleen geholpen wil worden met de afwas, terwijl de hulpverlening vindt dat cliënt bepaalde medicijnen moet innemen. Dit geeft aan dat er te weinig maatwerk is en dat er te veel vanuit de organisaties beredeneert wordt. Ook hier moet het individu met zijn of haar behoeften centraal geplaatst worden. Er moet niet gekeken worden naar wat de organisaties te bieden hebben en of dit aansluit op de behoeften van het individu. Er moet gekeken worden waar het individu behoefte aan heeft en hierin moet binnen de mate van redelijkheid in worden voorzien.

In het theoretisch kader is geconstateerd dat hulpverleners te weinig tijd hebben om te praten met en luisteren naar de cliënten. Daarnaast geven cliënten aan dat ze te weinig inspraak hebben op hun eigen hulpverleningsproces. Dit komt overeen met bevindingen uit het veldonderzoek. Een medewerker van de OGGZ vertelde dat hij soms in contact komt met cliënten die aangeven dat ze nog nooit eerder de kans hebben gekregen om simpelweg hun verhaal te vertellen aan een hulpverlener zonder dat dit wordt geïnterpreteerd als een medische vraag.

Uit bovenstaande bevindingen wordt geconcludeerd dat vraaggericht werken een factor is die bijdraagt aan het succes van hulpverlening. Belangrijke omstandigheden hierbij zijn dat iedere overlastgevende persoon als individu behandeld moet worden. Niet iedere verslaving of stoornis is voor ieder individu gelijk. Daarnaast moet gewerkt worden vanuit de daadwerkelijke vraag en de daadwerkelijke behoefte van het individu, en niet zozeer op zijn of haar medische hulpvraag.

Het hebben van perspectief

Het hebben van perspectief op bijvoorbeeld een eigen woning of een andere stap vooruit, blijkt voor de doelgroep van het onderzoek een factor te zijn die bijdraagt aan het succes van hulpverlening. Een factor die ervoor zorgt dat mensen eerder in staat zijn om hun gedrag in positieve zin te veranderen. Met andere woorden, een factor die bij kan dragen aan het verminderen van overlast.

6.3 Wat is er bekend op het gebied van interventie strategieën en expertise voor overlast gevende personen en welke valkuilen en succesfactoren kunnen hieruit ontwikkeld worden?

Interventie voor passend vervoer

De psycholance is een alternatieve methode om vervoer van overlastgevende personen niet meer door de politie in een politieauto te laten plaatsvinden. Kijkend naar het voertuig is de prikkelarme en rustgevende inrichting een succesfactor. Zo is er bijvoorbeeld geen overbodige medische apparatuur aanwezig. Dit komt de gemoedstoestand van de overlastgevende persoon ten goede. Wanneer een overlastgevende persoon moet worden vervoerd omdat hij of zij overlast veroorzaakt, is het mogelijk dat de overlastgevende persoon agressief of onrustig is. De prikkelarme en rustgevende inrichting draagt bij aan de vermindering van agressie en onrust.

Daarnaast is het gespecialiseerde personeel in plaats van de reguliere politie agent een succesfactor. Dit komt met name door hun specialistische kennis en ervaring met overlastgevende personen. Het personeel is meer geschoold en getraind in de omgang met deze specifieke doelgroep, dit komt de inhoudelijke kwaliteit van het contact ook ten goede.

Het vervoeren van overlastgevende personen is niet de primaire taak van de politie. Door meerdere meldingen en andere taken hebben zij in de praktijk soms last van tijdsdruk. Indien er gespecialiseerd personeel is, waarvan het vervoeren van overlastgevende personen een van de primaire taken is, ervaren zij minder tijdsdruk en kunnen zij zich volledig richten op het helpen van de desbetreffende overlastgevende persoon. Doordat tijdsdruk een kleinere rol speelt, is er meer rust en kan er meer kwaliteit worden geleverd.

Deze succesfactoren op het gebied van vervoer, dragen bij aan het succes van het eventuele toekomstige hulpverleningsproces van de vervoerde overlastgever. De inrichting van het vervoersmiddel en de geboden maatwerk door hulpverleners sluit namelijk aan op de behoeften van de doelgroep.

Interventie voor opvang: Spoedeisende psychiatrische onderzoeksruimte (SPOR)

De spoedeisende psychiatrische onderzoeksruimte is een eerste hulp post voor mensen met psychische klachten. Een SPOR beschikt zowel over beveiligde kamers als over een reguliere spreekkamer. Personen die onrustig of agressief zijn worden in een beveiligde kamer geplaatst. Hierdoor wordt de veiligheid van zowel de overlastgevende persoon als het personeel gewaarborgd. Deze ruimte straalt een rustgevende sfeer uit. Zo kan er bijvoorbeeld muziek aangezet worden als de overlastgevende persoon dit wil. Wanneer een overlastgevende persoon is gekalmeerd wordt hij door een psychiater beoordeeld en wordt gezocht naar een passend vervolg.

De SPOR is een goed alternatief voor het ongewenste verblijf in de politiecel. De succesfactor is de inrichting van de SPOR, die specifiek gericht is op het tot rust komen en het creëren van een goede gemoedstoestand. Dit sluit beter aan op de behoefte van de overlastgevende persoon en draagt bij aan een voorspoedig verloop.

Interventie voor opvang: 'Opvang verwarde personen' in Den Haag

Opvang Verwarde Personen is een samenwerking tussen politie, GGZ-instelling Parnassia, het Openbaar Ministerie en verslavingsreclassering. Het is een opvang methode specifiek gericht op verwarde personen. De opvang is geplaatst in een politiebureau in Den Haag. Erkend wordt dat een persoon die zich verward gedraagt niet als een regulier persoon voor korte tijd in een cel wordt geplaatst, maar dat deze mensen specifieke hulp nodig hebben om de problemen structureel op te lossen. Verwarde personen die binnenkomen na het veroorzaken van overlast komen in een

rustgevende ruimte terecht. Hier vindt een screening plaats met een GGZ-medewerker die adviseert en doorgeleid naar passende zorg.

De succesfactoren van 'Opvang verwarde personen'

De samenwerking tussen politie en GGZ. Hiermee wordt het probleem ondervangen dat een verward persoon wel in aanraking komt met de politie, maar niet met de zorg. Dit vergroot de kans dat een verward persoon passende hulp ontvangt.

Daarnaast is het niet hanteren van contra indicaties een leerzame succesfactor. Dit houdt in dat het niet voorkomt dat een persoon wordt geweigerd op basis van een afwijkende indicatie of aandoening die buiten de beleidskaders van de voorziening of organisatie valt. De verwarde persoon kan dus in het proces komen, ongeacht de complexiteit van zijn of haar problematiek.

Interventie voor huisvesting: Housing First

Housing First is een initiatief dat zich richt op mensen die dakloos zijn in combinatie met problemen op meerdere leefgebieden. Bijvoorbeeld mensen met een dubbele – of een triple diagnose. Deze mensen krijgen een woning in combinatie met intensieve begeleiding. Housing First bestaat niet uit speciaal gebouwde voorzieningen, maar bestaat uit reguliere sociale huurwoningen waarin mensen komen te wonen. De gedachte is dat het hebben van een woning een essentiële stap is om het leven weer op orde te krijgen. Dan kan een persoon herstellen en zich ontwikkelen, of minimaal stabiliseren en minder overlast veroorzaken.

De grootste succesfactor die geleerd wordt van Housing First is de laagdrempeligheid. Er worden geen hoge eisen gesteld aan bewoners, dat werkt niet voor deze doelgroep. Verplichte budgettering is essentieel, om de financiële situatie op orde te houden. Hierdoor worden kosten zoals het betalen van de huur geregeld, om een mogelijke huurachterstand te voorkomen. Daarnaast moet de bewoner doordrongen zijn van het feit dat er geen overlast veroorzaakt mag worden.

Housing First werkt omdat mensen die dakloos zijn, een woning krijgen terwijl er lage eisen worden gesteld. Mensen met een dubbele - of een triple diagnose die dakloos zijn, hebben in sommige gevallen weinig perspectief en weinig te verliezen. Hierdoor is het lastig om een gedragsverandering (minder overlast) af te dwingen omdat het veroorzaken van overlast weinige negatieve effecten heeft op hun persoonlijke situatie. Normaal gesproken moet iemand aan veel eisen voldoen om een woning te krijgen, dat is voor deze doelgroep soms lastig haalbaar. Door de laagdrempelige insteek en deze mensen woning te geven, hebben ze ineens perspectief op beter. Daarnaast hebben ze ook iets te verliezen, namelijk hun woning. Het veroorzaken van geen overlast is een eis bij Housing First. Vaak blijken bewoners in staat om hieraan te voldoen, mede doordat ze weten dat wanneer overlast niet ophoudt, ze hun woning verliezen.

Interventie voor huisvesting: Skaeve Huse

Skaeve Huse is een wooninterventie die een oplossing kan zijn voor de doelgroep die Housing First niet aankan. Qua vormgeving kunnen het wooncontainers zijn, of een soort vakantiehuisjes. De gedachte is om dakloosheid op te heffen en overlastgevende personen een eigen woning te geven.

Op landelijk niveau is behoefte aan Skaeve Huse, of onconventioneel wonen in de algemene zin. Ondanks dat mensen bij Housing First intensieve begeleiding krijgen, is er een groep die hier niet slaagt. Dan moet er toch worden gekeken naar een meer onconventionele woonruimte, zoals bij Skaeve Huse.

Succesfactoren

- Omwonenden en schoolinstellingen zijn vooraf vaak bang voor overlast. Zorg voor een goede voorlichtingscampagne om bezwaarden te minimaliseren.

- Bewoners stellen praktische hulp bij het dagelijks leven op prijs, maar bemoeizorg niet. Ze hebben het vaak gehad met hulpverlening en regels. Ze willen rust en de vrijheid om hun afwijkende levensstijl uit te voeren.

- Passief begeleiden en beheren werkt volgens hulpverleners. Dit houdt in dat de energie vooral moet uitgaan naar het bieden van praktische hulp, zoals schoonmaken of het doen van de afwas. De bewoners moeten niet te dicht op de huid worden gezeten, maar vooral vrij zijn in hun doen en laten.

Valkuilen

- Intimidatie en overlast incidenten deden zich voor door te weinig vrije ruimte tussen Skaeve Huse en reguliere woningen. Dit kwam met name doordat nieuwbouw dicht op de Skaeve Huse kwam te staan. Een aanbeveling is om minimaal 100 meter afstand tussen Skaeve Huse en reguliere woningen te houden, plus het aanbrengen van visuele afscherming²⁹.

Interventie: Wijk-GGD'er

De succesfactor is dat er een professional is die op straatniveau dagelijks contact heeft met de overlastgevende persoon. Hierdoor heeft de medewerker op straat een goed beeld van de behoeften en de actuele situatie van de desbetreffende persoon. Indien er zich een alarmerende situatie voordoet, wordt er snel ingegrepen. Hierdoor wordt escalatie en eventueel politie optreden zoveel mogelijk voorkomen. Als de medewerker op straat niveau dit niet alleen kan regelen, is het belangrijk dat hij opschakelt naar en communiceert met het netwerk van betrokken organisaties. Dan kunnen betrokken organisaties, een gezamenlijke oplossing of actie bepalen door gebruik te maken van elkaars expertise.

Interventie: Dagbesteding

Zwolle Actief is een organisatie die zich bezighoudt met het activeren van met name daklozen. Er wordt geprobeerd deze mensen een alternatief te bieden dan enkel op straat te hangen. Het platform heeft contact met organisaties en ondernemers, zoals bijvoorbeeld garages en restaurants, om zo (werk)plekken te creëren voor de doelgroep.

In 2016 zijn er 175 mensen geactiveerd. Dit houdt in dat zij nu de wegen bewandelen naar dagbesteding, of bijvoorbeeld de bibliotheek en zijn nu minder vaak aanwezig op straat of in het park.

Een concept zoals Zwolle Actief is een waardevolle toevoeging als het gaat om het terugdringen van overlast. Ieder uur dat een individu aan het werk is, of bezig is met andere activiteiten, is een uur waarin deze persoon geen overlast veroorzaakt.

Lokale werkwijze: Street care

Creating Balance is een andere organisatie in Zwolle die op straat actief is. Zij zijn vooral bezig met street care. Zij richten zich op een groep die zorgmijdend is, maar die wel degelijk zorg nodig heeft. Het doel is overlast op straat terugdringen. De organisatie heeft een aantal medewerkers in dienst die actief op straat aanwezig zijn en contact hebben met de doelgroep. De organisatie heeft een uitgebreid netwerk van winkeliers, politie, omwonenden, zodat ze altijd gevonden kunnen worden indien het nodig is. Hierdoor kan er vroegtijdig worden ingesprongen op overlast of dreigende overlast, om escalatie te voorkomen, dit werkt.

²⁹ Singelenberg, J. (2010). *Skaeve Huse*.

Dit initiatief vertoont veel gelijkenissen met het initiatief van de wijk-GGD'er. Een leerzame factor is dat het project zich niet alleen concentreert op personen die daadwerkelijk overlast geven, maar ook op een groep die slechts een verhoogd risico op het veroorzaken van overlast heeft. Dit is een nog meer proactieve en escalatie voorkomende werkwijze.

Initiatief voor een netwerk en dagbesteding: BUUV

Interventies die betrekking hebben op dagbesteding, of de waarde van dagbesteding in zijn algemeenheid, zijn in het theoretisch kader niet aan bod gekomen. Gedurende het veldonderzoek is het onderwerp echter wel meerdere malen naar voren gekomen.

BUUV is een platform bijdraagt aan het creëren van een (nieuw) netwerk of het vinden van dagelijkse activiteiten. BUUV is een digitaal platform voor vrijwilligers door vrijwilligers, daar kunnen vragers en aanbieders van klussen zich aanmelden. Het is een website waar mensen heel simpel op kunnen zetten: 'Ik zou het fijn vinden als iemand 1 keer in de week voor mij kookt'. Als het klikt tussen vraag en aanbieder ontstaat hier in de praktijk vaak een regelmatig contact door, een soort buddy.

BUUV is een goed initiatief dat resultaat toont. Voor Zaanstad is de website in oktober 2013 live gegaan. In deze maand vonden er 290 fysieke afspraken plaats.

Het creëren van een (nieuw) netwerk, of het zorgen voor dagelijkse activiteiten voor overlastgevende personen is een waardevolle investering. Het kan ervoor zorgen dat negatieve factoren die overlastgevend gedrag aanwakkeren, zoals stress en eenzaamheid, teruggedrongen worden.

6.4 Waar liggen, op het gebied van wet- en regelgeving relevante en belangrijke restricties dan wel kansen ten aanzien van de aanpak van de problematiek?

Uitkomsten groepsdiscussie

Op 7 april 2016 vond er een groepsbijeenkomst plaats. Op deze bijeenkomst waren veel professionals vanuit de praktijk aanwezig, die betrokken zijn bij de overlastgevende personen. Centraal in deze discussie stonden de knelpunten en belemmeringen, vanuit wet- en regelgeving die professionals ervaren ten aanzien van het bieden van passende hulp aan overlastgevende personen.

Opvang overlastgevende personen

De conclusie die voorkomt uit de groepsdiscussie is dat er in iedere regio een voorziening moet zijn die speciaal is ingericht voor de opvang van de doelgroep van het onderzoek. De reden hiervoor is dat opvang in de politiecel onwenselijk is omdat cliënten hier niet horen en dit bijdraagt aan hun zorgmijdende karakter. Dit bevestigt de resultaten van paragraaf 5.1.2, waarin staat dat het plaatsen van de overlastgevende persoon in een politiecel slecht is voor zijn welzijn. Opvang van overlastgevende personen in de politiecel, zoals het momenteel in de meeste regio's plaatsvindt, een restrictie ten aanzien van de aanpak van de problematiek.

Financiering van de zorg

Een ander onderwerp vanuit de groepsdiscussie gaat over financiële schotten en hieruit voortvloeiende beperkingen. In de groepsdiscussie wordt gesteld dat het voorkomt dat er in zeer complexe cases soms inhoudelijk alles goed geregeld kan worden vanuit de bestaande expertise, maar dat financiële schotten een belemmering zijn en soms roet in het eten gooien. Dit betekent dat een tot stand gekomen zorgoplossing voor een individu wordt beëindigd omdat de financiering niet rond komt. Dit doet afbreuk aan de geleverde zorg aan het desbetreffende individu, waardoor deze persoon een terugval kent in zijn welzijn.

Geconcludeerd wordt dat de huidige financiële schotten, een restrictie leggen op de kwaliteit van de hulpverlening. Gesteld wordt dat er op zoek moet worden gegaan naar creatieve oplossingen door als organisaties met elkaar in overleg te gaan. Specifiek benoemen de deelnemers de verbinding tussen het WMO-loket van de gemeenten en de zorgkantoren. Dit komt exact overeen met resultaten vanuit paragraaf 5.4.3. Hier komt aan bod dat er een lastige casus was omtrent een overlastgevende persoon, die uiteindelijk qua inhoud goed geregeld was zodat er passende zorg was ontstaan die aansloot op de behoefte van de cliënt. Uiteindelijk werd deze zorg doorbroken doordat de gemeente geen contract had met de desbetreffende zorgaanbieder. Er liggen dus kansen in het doorbreken van financiële schotten. Gemeenten en zorgkantoren moeten onderling de verbinding zoeken en oplossingsgericht denken om te voorkomen dat in de meest complexe cases, een gewenst zorgtraject niet tot stand komt, of doorbroken wordt door financiële schotten. Daarnaast liggen er kansen, door voor de meest complexe cases financiële ondersteuning te vragen bij hogere openbare lichamen. Indien een passende zorgoplossing buiten de gemeentelijke grenzen valt, hebben hogere openbare lichamen hier wellicht ook een verantwoording in.

Privacy en informatiedeling

Uit het theoretisch kader komt naar voren dat het delen van informatie tussen ketenpartners een knelpunt is. Privacywetgeving (of de manier waarop deze geïnterpreteerd wordt) belemmert actoren om informatie over bijvoorbeeld het zorgverleden van een individu te delen. Hierdoor kan soms niet efficiënt gehandeld worden. Vanuit het veldonderzoek blijkt ook dat respondenten van zowel politie als GGZ erkennen dat informatiedeling een knelpunt is. Dit komt vooral voort vanuit privacy wetgeving. In de huidige situatie zijn er dus restricties vanuit privacy wetgeving, die de aanpak van problematiek omtrent overlastgevende personen belemmert.

Kijkend naar kansen komt er geen concrete oplossing aan bod. Wetgeving blijkt nou eenmaal zo te zijn. Er liggen wel kansen als het gaat om het bespreken van specifieke zaken op een hoger niveau. In de praktijk blijkt namelijk dat met name eerste lijn medewerkers van de GGZ zeer conservatief zijn als het gaat om het delen van informatie. Ook blijkt dat leidinggevendenden juist een stuk meer vrij zijn hierin. De kans op dit vlak zit hem erin dat in specifieke gevallen, de verbinding met de leidinggevendenden of GGZ-directeuren moet worden gezocht. Door belemmeringen vanuit informatie deling op een hoger niveau te bespreken blijkt er vaak toch meer mogelijk dan aanvankelijk werd gedacht.

6.5 Beantwoording probleemstelling

‘In hoeverre kunnen bekende interventie strategieën en expertise bijdragen aan het vergroten van de expertise en het verbeteren van de huidige werkwijzen van de regio Oost-Nederland ten aanzien van het verminderen van incidenten veroorzaakt door overlastgevende personen?’

Wat zijn beperkende factoren binnen het huidige beleid van de betrokken organisaties en hoe kan er meer optimaal gebruik gemaakt worden van hun (opgedane) kennis en expertise om de hoeveelheid overlast te verminderen?

Het vervoeren van overlastgevende personen is een beperkende factor in het huidige beleid van betrokken organisaties. Dit komt omdat het vervoer doorgaans wordt uitgevoerd door de politie. Dit is een beperking omdat dit een negatief effect heeft op de gemoedstoestand van de overlastgevende persoon. Factoren zoals agressie en onrust nemen hierdoor toe bij de overlastgevende persoon. Dit kan eventuele escalatie onnodig vergroten. Kennis en expertise leert dat het beter is om de

doelgroep op een meer professionele manier te vervoeren. Daarnaast is het beter om het contact te laten verlopen via zorgprofessionals dan via een politieagent. Zorgprofessionals hebben door hun opleiding en ervaring meer specialistische kennis, waardoor zij maatwerk leveren dat beter aansluit op de behoeften van een overlastgevende persoon.

In de huidige situatie vindt opvang en beoordeling van overlastgevende personen te vaak plaats in een politiecel. Het (tijdelijk) worden geplaatst in een politiecel, in combinatie met de behandeling die daar bij komt kijken zoals het dragen van handboeien, is een beperkende factor die een negatief effect heeft op de overlastgevende persoon. Ze kunnen nog meer zorgmijndend worden, gestrest raken wat het vervolgtraject moeilijker maakt of er zelfs een trauma aan over houden. Het feit dat overlastgevende personen nog te vaak in een politiecel terecht komen, komt doordat ze soms agressie vertonen en het beveiligingsniveau van de GGZ-instelling hiervoor vaak niet hoog genoeg is. Daarnaast speelt het feit dat GGZ-instellingen contra indicaties hanteren ook een beperkende rol. De situatie kan worden verbeterd wanneer GGZ-instellingen hun interne processen hierop beter inrichten.

Passend vervoer en passende opvang zijn slechts schakels binnen het totale proces van het bieden van passende zorg aan overlastgevende personen. Uiteindelijk moet er een sluitende keten zijn van meerdere facetten die goed in elkaar overlopen.

Met schotten tussen hulpverleningsorganisaties wordt bedoeld dat er veel gespecialiseerde instellingen zijn. Sommige instellingen concentreren zich primair op psychiatrie en anderen bijvoorbeeld op verslaving. Door de scheidingen tussen specialistische organisaties en de specifieke voorwaarden die worden gesteld om ergens binnen te komen, is het vaak erg lastig voor de overlastgevende persoon om toe te treden tot een behandeltraject. Dit kan worden ondervangen door meer geïntegreerd te behandelen. De behandeling voor zowel de psychiatrische problematiek als de verslavingsproblematiek moet gelijktijdig en geïntegreerd verlopen. Hulpverleningsorganisaties vanuit verschillende disciplines moeten het individu centraal stellen en door middel van een gezamenlijke verantwoordelijkheid en het doorbreken van beleidsmuur deze persoon passende zorg bieden.

Een deel van de doelgroep van het onderzoek heeft een licht verstandelijke beperking, dit is met name de triple diagnose groep. Deze groep is over het algemeen niet erg zelfredzaam. Een beperkende factor binnen het huidige beleid van organisaties is dat er niet voldoende (proactieve) ondersteuning is voor de triple diagnose doelgroep. Deze groep heeft moeite om zich staande te houden in de samenleving die steeds complexer, meer digitaal wordt en meer vraagt van onze zelfredzaamheid. Door te werken met een mentor die deze mensen ondersteunt in het dagelijks leven of een curator die de financiële zaken afhandelt wordt deze groep beter ondersteund.

Een beperkende factor binnen het huidige beleid van de betrokken organisaties is dat er niet voldoende continuïteit is in de zorg. Na ontslag uit een psychiatrisch ziekenhuis blijft er niet genoeg vervolg of begeleiding over, hierdoor is terugval een groot gevaar. Dit geldt ook voor GGZ-instellingen. Cliënten worden na hun ontslag vaak snel opnieuw opgenomen, omdat ze niet meer de benodigde zorg krijgen. De stap tussen opname/behandeling en vrijheid vaak te groot, dit kan worden verbeterd door meer continuïteit te bieden. Een ander kritiekpunt vanuit hulpverlening is dat behandelings- en begeleidingstrajecten soms te kort duren. Bij aanvang van een zorgtraject wordt er vaak een vaste looptijd bepaald, dit is een beperking. Door maatwerk te bieden gedurende het proces moet dit flexibel worden gehanteerd en moet hiervan kunnen worden afgeweken als een hulpverlener vindt dat een cliënt nog niet de gewenste resultaten heeft behaald.

Welke factoren en situationele omstandigheden dragen, volgens betrokkenen en experts bij aan het succes van hulpverlening en interventie strategieën?

Het ontbreken of het verlagen van zorgdrempels draagt bij aan het succes van hulpverlening. Zorgdrempels zijn belemmeringen die ervoor zorgen dat de doelgroep minder makkelijk toe kan treden tot passende zorg. Door deze drempels weg te nemen of te verlagen kan de doelgroep makkelijker toetreden tot hulpverlening.

Twee zorgdrempels die prominent uit het onderzoek naar voren komen zijn schaamte en lange wachtlijsten. Schaamte is een gevoel wat voor de doelgroep fungeert als een zorgdrempel. Vaak hebben zij het gevoel dat ze hebben gefaald. Ze moeten eerst naar de huisarts, dan volgt vaak een doorverwijzing of een aanmelding. Daarnaast ziet de overlastgevende persoon, mede door zijn zorgmijdende karakter, vaak op tegen lange wachtlijsten. Alles moet voor hun gevoel snel verlopen, als dit niet het geval is haken ze vaak af.

Het hebben van huisvesting is een omstandigheid die bijdraagt aan het succes van interventie strategieën. Het niet hebben van huisvesting zorgt bij veel dubbele – en triple diagnose personen voor onrust en stress. Dit leidt ertoe dat er overlast wordt veroorzaakt. Wanneer deze mensen lange tijd dakloos zijn en hierdoor geen perspectief hebben op een beter leven, vertonen zij niet snel een positieve gedragsverandering. De belangrijkste factor in deze voor de overlastgevende persoon is het hebben van perspectief. Wanneer iemand perspectief krijgt op een beter leven en inziet dat zijn leefsituatie kan verbeteren door zijn eigen handelen, kan vaak een positieve gedragsverandering ontstaan. Het hebben van huisvesting is de grootste factor die bijdraagt aan het hebben van perspectief. Het hebben van perspectief (op een beter leven) draagt voor een overlastgevende persoon bij aan een positieve gedragsverandering, met andere woorden, het veroorzaken van minder overlast.

Vraaggericht werken is een factor die bijdraagt aan het succes van hulpverlening. Met vraaggericht werken wordt bedoeld dat hulpverlening, maar ook andere organisaties die betrokken zijn bij de overlastgevende persoon, luisteren naar de daadwerkelijke vraag van de overlastgevende persoon en hier (tot op zekere hoogte) in proberen te voorzien. Belangrijke omstandigheden hierbij zijn dat iedere overlastgevende persoon als individu behandeld moet worden. Niet iedere verslaving of stoornis is voor ieder individu gelijk. Daarnaast moet gewerkt worden vanuit de daadwerkelijke vraag en de daadwerkelijke behoefte van het individu, en niet zozeer op zijn of haar medische hulpvraag.

Wat is er bekend op het gebied van interventie strategieën en expertise voor overlast gevende personen en welke valkuilen en succesfactoren kunnen hieruit ontwikkeld worden?

De psycholance is een alternatieve methode om vervoer van overlastgevende personen niet meer door de politie in een politieauto te laten plaatsvinden. Het gespecialiseerde personeel in plaats van de reguliere politie agent is de grootste succesfactor. Dit komt met name door hun specialistische kennis en ervaring met overlastgevende personen. Het personeel is geschoold en getraind in de omgang met deze specifieke doelgroep, dit komt de inhoudelijke kwaliteit van het contact ten goede. Dit draagt bij aan het succes van het eventuele toekomstige hulpverleningsproces van de vervoerde overlastgever. Geboden maatwerk door hulpverleners sluit namelijk aan op de behoeften van de doelgroep.

De 'Spoedeisende psychiatrische onderzoeksruimte' (SPOR) en 'Opvang verwarde personen' in zijn interventies voor opvang, als alternatief voor een politiecel. De succesfactor is de inrichting van de SPOR, die specifiek gericht is op het tot rust komen en het creëren van een goede gemoedstoestand. Personen die onrustig of agressief zijn worden in een beveiligde kamer geplaatst. Hierdoor wordt de veiligheid van zowel de overlastgevende persoon als het personeel gewaarborgd. Wanneer een

overlastgevende persoon is gekalmeerd wordt hij door een psychiater beoordeeld en wordt gezocht naar een passend vervolg. Dit sluit beter aan op de behoefte van de overlastgevende persoon en draagt bij aan een voorspoedig verloop.

Opvang Verwarde Personen is een samenwerking tussen politie, GGZ-instelling Parnassia, het Openbaar Ministerie en verslavingsreclassering. Het is een opvang methode specifiek gericht op verwarde personen. De opvang is geplaatst in een politiebureau in Den Haag. Verwarde personen die binnenkomen na het veroorzaken van overlast komen in een rustgevende ruimte terecht. Hier vindt een screening plaats met een GGZ-medewerker die adviseert en doorgeleid naar passende zorg. Het niet hanteren van contra indicaties is de grootste succesfactor. Dit houdt in dat het niet voorkomt dat een persoon wordt geweigerd op basis van een afwijkende indicatie of aandoening die buiten de beleidskaders van de voorziening of organisatie valt. De verwarde persoon kan dus in het proces komen, ongeacht de complexiteit van zijn of haar problematiek.

Twee prominente interventies voor huisvesting zijn 'Housing First' en 'Skaeve Huse'. Housing First is een initiatief dat zich richt op mensen die dakloos zijn in combinatie met problemen op meerdere leefgebieden. Bijvoorbeeld mensen met een dubbele – of een triple diagnose. Deze mensen krijgen een woning in combinatie met intensieve begeleiding. De succesfactor van Housing First is de laagdrempeligheid. Overlastgevende personen hoeven aan weinig eisen te voldoen om een woning te krijgen. De enige gestelde eis is dat ze verplicht worden gebudgetteerd worden en dat ze hulpverlening op afgesproken tijden toelaten. Deze eisen dragen bij indirect bij aan het voorkomen van overlast. Deze eisen worden geaccepteerd door de overlastgevende persoon, omdat hij er ook iets voor terug krijgt, namelijk een woning.

Skaeve Huse richt zich op een doelgroep die moeite heeft om zich te handhaven binnen Housing First. Het is een meer onconventionele vorm van wonen, buiten de drukke stad. Doorgaans is Skaeve Huse meer bedoeld voor de triple diagnose groep, maar dit verschilt per persoon. Overlastgevers krijgen hun eigen containerwoning, hierdoor wordt dakloosheid en daarbij horende stress weggenomen. De bewoners worden redelijk vrij gelaten in hun doen en laten en dit werkt. Bemoeizorg wordt er niet geboden, omdat dit voor veel van de bewoners een gepasseerd station is door hun langdurige zorgverleden en ernstige problematiek. Deze bewoners hebben vooral behoefte aan rust en enkele praktische dagelijkse hulp.

Het creëren van een (nieuw) netwerk, of het zorgen voor dagelijkse activiteiten voor overlastgevende personen is een waardevolle investering. Het kan ervoor zorgen dat negatieve factoren die overlastgevend gedrag aanwakkeren, zoals stress en eenzaamheid, teruggedrongen worden. BUUV is een platform dat bijdraagt aan het creëren van een (nieuw) netwerk of het vinden van dagelijkse activiteiten. BUUV is een digitaal platform voor vrijwilligers door vrijwilligers, daar kunnen vragers en aanbieders van klussen zich aanmelden. Het is een website waar mensen heel simpel op kunnen zetten: 'Ik zou het fijn vinden als iemand 1 keer in de week voor mij kookt'. Als het klikt tussen vraag en aanbieder ontstaat hier in de praktijk vaak een regelmatig contact door, een soort buddy. BUUV is een goed initiatief dat resultaat toont. Voor Zaanstad is de website in oktober 2013 live gegaan. In deze maand vonden er 290 fysieke afspraken plaats.

Twee bekende interventie strategieën op het gebied van zorg zijn de 'Wijk-GGD'er' en 'Street Care'. Het zijn twee interventies die in essentie erg op elkaar lijken. Zij richten zich op personen die doorgaans een zorgmijndend karakter hebben, maar wel zorg nodig hebben. Het doel is het terugdringen van overlast, door middel van escalatie voorkomend werken. Voorkomen moet worden dat politie nodig is om overlastgevers mee te nemen, door overlastgevende personen proactieve zorg te bieden. Dit wordt bereikt doordat straat medewerkers in dagelijks contact staan met de doelgroep. Hierdoor kennen zij de specifieke behoeften, leefsituaties en redenen voor overlast per



individueel. Door ook een netwerk te hebben rondom de overlastgevende persoon en hiermee te confereren, kan vroegtijdig worden ingesprongen bij probleemsituaties. Als de wijkagent bijvoorbeeld herkent dat een overlastgevende persoon afwijkend gedrag vertoont, kan hij de straat medewerker inschakelen om eropaf te gaan en proactief te zijn en zo escalatie (overlast; politie ingrijpen) te voorkomen.

Waar liggen, op het gebied van wet- en regelgeving relevante en belangrijke restricties dan wel kansen ten aanzien van de aanpak van de problematiek?

Het komt voor dat er in zeer complexe cases inhoudelijk alles goed geregeld wordt, op hulpverleningsniveau vanuit de bestaande expertise, maar dat financiële schotten een belemmering vormen en roet in het eten gooien. Dit betekent dat een tot stand gekomen zorgoplossing voor een overlastgevende persoon wordt beëindigd, of niet tot stand komt, omdat de financiering niet rond komt.

Dit onderzoek biedt geen concrete oplossing voor dit probleem, maar wel handreikingen. Zo liggen er kansen in het doorbreken van financiële schotten. Gemeenten en zorgkantoren moeten onderling de verbinding zoeken en oplossingsgericht denken om te voorkomen dat in de meest complexe cases, een gewenst zorgtraject niet tot stand komt, of doorbroken wordt vanwege financiële schotten. Daarnaast liggen er kansen, door voor de meest complexe cases financiële ondersteuning te vragen bij hogere openbare lichamen. Wanneer lokale organisaties kunnen aantonen dat er soms zeer complexe cases zijn, waar hogere openbare lichamen een financiële verantwoording in moeten nemen, liggen hier wellicht mogelijkheden.

In de huidige situatie zijn er restricties vanuit privacy wetgeving, die de aanpak van problematiek omtrent overlastgevende personen belemmeren. Hierdoor zijn organisaties beperkt in het delen van informatie over bijvoorbeeld iemand zijn zorgverleden of andere relevante informatie. Hierdoor kan soms niet efficiënt gehandeld worden.

Een concrete oplossing is er niet, omdat wetgeving doorgaans lastig aan te passen is. Er liggen wel kansen op communicatief vlak. Een knelpunt is vaak dat de eerste lijn medewerkers van GGZ-instellingen erg conservatief zijn in het delen van informatie over een overlastgevende persoon. In de praktijk blijkt dat door contact te zoeken op een hoger niveau, met bijvoorbeeld directeuren van GGZ-instellingen, dat er meer mogelijk is. Zij zijn doorgaans minder conservatief in het delen van informatie.

Hoofdstuk 7 Advies & aanbevelingen

In het vraagstuk omtrent het terugdringen van overlast veroorzaakt door overlastgevende personen, staat de overlastgevende persoon centraal. Indien een regio succesvol wilt zijn in het structureel aanpakken van deze problematiek, is een proactieve insteek essentieel. Dit houdt in dat de focus moet liggen op het voorkomen van escalaties en het minimaliseren van repressief politie ingrijpen.

Het betreft een doelgroep met een zeer complexe problematiek, met problemen op meerdere leefgebieden. Omdat bij het vraagstuk meerdere organisaties betrokken zijn, is het essentieel om een gezamenlijke koers te varen. Dit houdt in dat organisaties samen moeten werken en elkaar moeten versterken. Ieder contact met deze doelgroep telt, en kan van grote invloed zijn op het geheel. De doelgroep is vaak zorgmijndend van karakter, dit houdt in dat zij zorg vermijden, of in ieder geval niet opzoeken. Sommige overlastgevende personen doen dit omdat zij in hun ogen geen probleem hebben, anderen omdat zij een langdurig negatief hulpverleningsverleden hebben of omdat ze geen maatwerk verwachten door negatieve ervaringen uit het verleden. Het feit is dat ze doorgaans zorgmijden, wat wil zeggen dat indien je deze mensen wilt helpen, je de zorg naar hun toe moet brengen. De zorg laagdrempelig maken en ervoor zorgen dat je maatwerk levert door de behoeften van de overlastgevende persoon in acht te nemen. De behoeften van de overlastgevende persoon zijn doorgaans niet veranderbaar, het aanbod van betrokken organisaties wel. Zij moeten zorg en hulp bieden die overeenkomt met de behoeften van het individu, binnen mate van redelijkheid.

Door oog te hebben voor de daadwerkelijke hulpvraag van de overlastgevende persoon, kan betere hulp op maat geboden worden. Dit geldt zowel voor een overlastgevende persoon die in behandeling is vanuit een hulpverleningstraject, als een overlastgevende persoon die bijvoorbeeld dakloos, maar ook zorgbehoevend is. Ook blijkt dat betrokken organisaties in de praktijk vaak bepalen waar de overlastgevende persoon behoefte aan heeft, door de nadruk te veel te leggen op een diagnosegerichte zorgvraag. Iedere overlastgever is anders en vereist dus een eigen unieke benadering. Het feit dat twee overlastgevende personen dezelfde diagnose hebben, wil niet zeggen dat voor hun dezelfde aanpak gehanteerd moet worden.

Voor een overlastgevende persoon kan het feit dat hij zijn kind niet mag zien een trigger zijn om overlast te veroorzaken. Voor een andere overlastgevende persoon kan stress, voortkomend uit dakloosheid ervoor zorgen dat hij agressief of vijandig gedrag vertoont. De factoren die ertoe bijdragen dat iemand overlast veroorzaakt, kunnen worden blootgelegd door te praten en in contact te staan met de overlastgevende persoon. In paragraaf 6.2 komt aan bod dat dit soms te weinig gebeurt. Dat een overlastgevende persoon aangeeft, na jaren hulpverlening eindelijk de kans te krijgen om op gelijk niveau met een hulpverlener te praten, en simpelweg zijn verhaal te vertellen. Door de overlastgevende persoon als individu centraal te plaatsen en hieromheen met betrokken organisaties te kijken wat er geboden kan worden, creëren zij een verbetering.

Door als betrokken organisaties rondom een overlastgevende persoon goed samen te werken, wordt gezamenlijk voorzien in de behoefte van de overlastgevende persoon. Hierbij moet er een persoonsgericht plan van aanpak opgesteld worden, door een netwerk van zorgorganisaties, dat specifiek is afgestemd op de behoeften van en de situatie waarin de overlastgevende persoon verkeert. Dit plan van aanpak hoeft niet gemaakt te worden door één organisatie, het moet een gezamenlijke verantwoordelijkheid zijn op basis van gezamenlijke input. Waar mogelijk moet de overlastgevende persoon in dit proces worden betrokken. Door niet óver de overlastgever, maar met hem te praten, merkt hij ook dat hij inspraak en invloed heeft op zijn eigen leven. Dit geeft de overlastgever het gevoel dat er naar hem geluisterd wordt en dat er maatwerk wordt geleverd. Niet alleen het gevoel van maatwerk ontstaat, maar er wordt ook daadwerkelijk maatwerk geleverd. Dit draagt bij aan het succes van zorg- en hulpverlening. Uiteraard is een objectieve professionele en



realistische visie van betrokken organisaties hier belangrijk. Er kan niet in iedere behoefte of wens van de overlastgever worden voorzien, hierbij moeten redelijke en haalbare afwegingen worden gemaakt.

Een goede werkwijze hierin is de Street Care aanpak zoals beschreven in paragraaf 6.3. Hierbij wordt er veel op straatniveau gewerkt. Dit houdt in dat medewerkers 1 op 1 contact hebben met de overlastgevende persoon. Deze medewerkers kennen de situatie, achtergrond en persoonlijkheid van de overlastgevende persoon. Zij weten wat de behoeften en wensen van overlastgevers zijn. Daarnaast herkennen zij oorzaken en factoren die overlast kunnen veroorzaken. Dit is waardevolle informatie die kan bijdragen als input voor het opstellen van een persoonsgericht plan van aanpak. Iedere overlastgevende persoon, moet een casemanager hebben. Dit is iemand die dagelijks, op straat of thuis contact heeft met de overlastgevende persoon. Dit kan iemand zijn vanuit een sociaal wijkteam, of vanuit een Street Care aanpak. Deze casemanager, heeft ook de case regie in handen. De casemanager staat namelijk in dagelijks contact met de overlastgevende persoon en speelt een prominente rol in het netwerk van experts.

Door het creëren van een netwerk van experts dat regelmatig samenkomt en de doelgroep bespreekt, kan monitoring plaatsvinden. Hierin moet de focus liggen op het bieden van proactieve zorg op maat. In dit netwerk moet er altijd een brede expertise aanwezig zijn. Ook al wordt er bijvoorbeeld vanuit gegaan dat de overlastgevende persoon die besproken wordt niet licht verstandelijk beperkt is, dan moet er toch een actor aanwezig zijn die expertise heeft op dit gebied. Organisaties die minimaal in dit netwerk moeten zitten zijn: GGZ, verslavingszorg, licht verstandelijke beperking expertise, wijkagent, gemeente en sociaal wijkteam. In dit overleg worden de overlastgevende personen per individu besproken. Actuele ontwikkelingen die de overlastgevende persoon doormaakt staan centraal. De casemanager speelt hier een belangrijke rol door input te leveren. Indien mogelijk wordt de overlastgevende persoon bij dit overleg betrokken, maar dit hangt van de situatie af. De casemanager zal bepalen of dit haalbaar en verstandig is.

De casemanager is dus in feite de spin in het web tussen de overlastgevende persoon en netwerk van experts. Indien de casemanager er niet uitkomt, of grote escalatie voorziet en expertise nodig heeft moet hij dit herkennen en opschalen naar het netwerk. Dan kan er gezamenlijk, vanuit meerdere disciplines en expertises gekeken worden naar de actuele ontwikkelingen om zo escalatie te voorkomen of op zoek te gaan naar een structurele oplossing (waardoor dergelijke situaties in de toekomst voorkomen worden).

Daarnaast moet er op lager niveau een netwerk zijn voor vroeg signalering. De wijkagent, burens of omwonenden van de overlastgevende persoon, moeten in contact staan met de casemanager. Hierdoor wordt escalatie zoveel mogelijk worden voorkomen. Als de wijkagent of een buurman iets merkt, bijvoorbeeld onrustig gedrag van een overlastgevende persoon, moet hij de casemanager inschakelen. Het is dus belangrijk dat dergelijke personen zoals de wijkagent, de casemanager kennen en hem kunnen inschakelen wanneer nodig.

Werken met twee casemanagers is een best practice. Iemand kan bijvoorbeeld ziek worden, of ergens anders gaan werken. De reden hiervoor is dat indien de casemanager wegvalt, dan kan dit een negatief hebben op de overlastgevende persoon. Vertrouwen speelt vaak een grote rol tussen de overlastgevende persoon en de casemanager. Indien de casemanager ineens wegvalt en er een vervanger komt, kan dit een negatief effect hebben op de gemoedstoestand van de overlastgevende persoon. Dit wordt ondervangen door te werken met twee casemanagers.

In het netwerk van experts moet niet gekeken worden vanuit beleidskaders, maar er moet creatief en in mogelijkheden worden gedacht. In paragraaf 6.1 staat het knelpunt dat er veel gespecialiseerde hulpverleningsinstellingen zijn, die vooral binnen hun eigen (financiële) kaders denken. Het

doorbreken van dit knelpunt draagt bij aan het bieden van betere hulp en zorg aan overlastgevende personen.

Belemmeringen moeten worden besproken om integraal tot oplossingen te komen. Niemand hoeft deze problematiek alleen te beheersen, het is een gezamenlijke verantwoordelijkheid van alle betrokken partners.

Een succesfactor hierin is omdenken. Niet vanuit organisaties: 'Wat kunnen wij deze persoon bieden?' Maar vanuit de overlastgevende persoon: 'Wat heeft de overlastgevende persoon nou echt nodig om overlast te verminderen en hoe kunnen wij daarin voorzien?' Dit is wellicht een andere denkwijze dan gebruikelijk is, maar voor dit vraagstuk is omdenken vereist.

We hebben te maken met een doelgroep, die door hun dubbele – of triple diagnose vaak levenslange ondersteuning nodig heeft. Vaak blijkt dat als het lange tijd goed gaat, dat organisaties zich terugtrekken. Juist op dit moment gaat het vaak mis, dit is een valkuil. In paragraaf 6.1 wordt geconcludeerd dat er vaak een te grote stap zitten tussen behandeling en vrijheid, waardoor de overlastgevende persoon soms een terugval kent in bijvoorbeeld gebruik of de leefsituatie. Het is dus belangrijk, dat wanneer iemand ontslagen wordt uit een hulpverleningstraject, dat deze persoon onder toezicht komt van een casemanager. Een doelgroep die doorgaans levenslange ondersteuning nodig heeft, zijn overlastgevende personen met een licht verstandelijke beperking. Een licht verstandelijke beperking gaat tenslotte nooit over. Deze groep is over het algemeen niet erg zelfredzaam, waardoor zij altijd extra kwetsbaar zijn voor een terugval in gebruik of gedrag. Het is belangrijk dat organisaties zich hiervan bewust zijn en deze personen altijd op de radar houden, al is het maar door middel van lichte bemoeizorg of waakvlambegeleiding.

De focus in dit vraagstuk moet niet liggen op het repressief terugdringen van overlast. Het belangrijkste is het bieden van passende hulp en zorg op maat, per overlastgevende persoon individueel. Indien dit goed wordt uitgevoerd zal dit uiteindelijk leiden tot minder overlast. Maatwerk is de sleutel tot succes.

Hieronder worden nog een aantal concrete aanbevelingen benoemd die bijdragen aan het terugdringen van overlast:

Aanbeveling 1

Initiatieven zoals Housing First en Skaeve Huse zijn succesvol. Daarnaast komt in het onderzoek naar voren dat het hebben van een woning voor de meeste overlastgevende personen een vereiste is voor het tonen van een positieve gedragsverandering. Een aanzienlijk deel van onze doelgroep is dakloos. Een dakloos iemand die een dubbele – of een triple diagnose heeft is doorgaans niet in staat om een positieve gedragsverandering te ondergaan. Het hebben van een woning, in wat voor een vorm dan ook, lijkt voor een groot deel van onze doelgroep een vereiste om zich verder te kunnen ontwikkelen of om in ieder geval stabiel te zijn.

Ook hier komt het aan op maatwerk. Sommigen zullen in staat zijn tot heel veel zoals dagbesteding en het bouwen van een netwerk. Een andere persoon wil wellicht alleen een caravan in het bos en wat geld voor zijn verslaving. Dit vereist een creatieve en open denkwijze van betrokken organisaties. Onconventioneel wonen moet gezien worden als een daadwerkelijke optie. Als een overlastgevende persoon rustig wordt van een klein vakantiehuisje aan de rand van de stad, met wellicht enkele begeleiding of huishoudelijke hulp, dan is dit een realistische oplossing.

Aanbeveling 2

De bejegening van de overlastgevende persoon is belangrijk. Het contact moet plaatsvinden tussen een hulpverlener en een overlastgevende persoon en zo min mogelijk tussen politie en overlastgevende persoon. Hulpverleners hebben specialistische kennis en ervaring met



overlastgevende personen. Zij zijn meer geschoold en getraind in de omgang met deze specifieke doelgroep, dit komt de inhoudelijke kwaliteit van het contact ten goede. Dit draagt bij aan het succes van het toekomstige hulpverleningsproces. Geboden maatwerk door hulpverleners sluit namelijk aan op de behoeften van de doelgroep.

In de praktijk gebeurt het nog vaak dat een overlastgevende persoon in een politiecel belandt, zonder dat er een strafbaar feit is gepleegd. Dit is onwenselijk omdat dit ernstige gevolgen kan hebben voor de doelgroep. Het zorgmijdende karakter kan worden vergroot of er kan zelfs een trauma ontstaan. Dit kan worden ondervangen wanneer GGZ-instellingen in de regio hun eigen proces inrichten of versterken zodat zij in staat zijn om de doelgroep altijd te kunnen ontvangen.

Aanbeveling 3

Ga op zoek naar een vrije financiële ruimte. In dit onderzoek zijn voorbeelden aan bod gekomen van lastige cases, waarbij overlastgevende personen centraal stonden met zeer complexe problemen. Het komt voor dat overlastgevende personen niet tot een hulpverleningstraject komen, of dat hulpverleningstrajecten worden beëindigd in verband met financiële schotten. Dit kan doorbroken worden wanneer gemeenten en zorgkantoren onderling meer verbinding zoeken. Door zorgkantoren meer vroegtijdig te betrekken bij lastige cases, kan onderling meer bewustwording ontstaan voor het belang van het doorbreken van financiële schotten. Daarnaast kunnen hogere openbare lichamen worden overtuigd van het feit dat zij een verantwoording moeten nemen in de financiering van dergelijk complexe cases, om te voorkomen dat er voor sommige overlastgevende personen geen passend hulpverleningstraject tot stand komt.

Bronnenlijst

- Boerebach, N. (2015). *Corporatiemonitor verwarde personen*. Geraadpleegd van <http://www.aedes.nl/binaries/downloads/bijzondere-doelgroepen/20151215-aedes-corporatiemonitor-verwarde-personen.pdf>
- Bouman, G., Haaren, P. van, Nijhuis, J., & Remmerswaal, R. (2015). *Stand van het land: Triagevoorziening verwarde personen*. Geraadpleegd van <http://www.platformggz.nl/lpggz/download/common/bijlagen-tussenrapportage-aanjaagteam-verwarde-personen.pdf>
- Canadian Centre on Substance abuse. (2009). *Substance abuse in Canada: concurrent disorders*. Ottawa, ON: Canadian Centre on Substance Abuse.
- Cordner, G. (2006). *People with mental illness* (ISBN: 1-932582-63-0). Geraadpleegd van <http://www.popcenter.org/problems/pdfs/MentalIllness.pdf>
- GGZ Nederland. (2015). *Position paper: Martijn Versloot (I-4)*. Geraadpleegd van <http://www.tweedekamer.nl/downloads/document?id=ab55c68e-1ad0-4b79-8e16-ad14255ed072&title=Position%20papers%20RTG%20GGZ-verwarde%20personen%20-%2018%20mei%202015.pdf>
- Hoekstra, R. J., Hoorn, E. van, Wit, L. E. O. de, & Zuiderhoudt, R. (2015). *Het Rapport van de Onderzoekscommissie Strafrechtelijke Beslissingen Openbaar Ministerie naar aanleiding van de Zaak-Bart van U..* Geraadpleegd van http://content1d.omroep.nl/urishieldv2/l27m10c76c4a4e86ba650056d1e07e000000.d4aac781bb2ed52175f743f34798b8e5/nos/docs/rapport_onderzoekscommissie_hoekstra.pdf
- Justice Action Publicatin. (2014, maart). *Community treatment orders*
- Koffijberg, J., & Guyt, J. (2013). *Pilot 'opvangvoorziening verwarde personen': Den Haag Businesscase en verslag van de pilotresultaten*. Geraadpleegd van <http://denhaag.nl/web/wcbservelet/com.gxwebmanager.gxpublic.risbis.fileservlet?fileid=2064095c-2639-4ad8-8b49-3cac26795a9e>
- Kuijjer-Slobbe, D. (2016, 30 januari). *Gedeelde zorg voor verwarde personen*. *Politievakblad Blauw*, pp. 20-23.
- Kuppens, J., Appelman, T., Ham, T. van, & Wijk, A. van. (2015). *Met fluwelen handschoenen? Politie en de omgang met verwarde personen in Amsterdam* (ISBN: 978 90 3524 813 7). Geraadpleegd van <http://www.beke.nl/doc/2015/PK71.pdf>
- Daveloose, M. (2010). *Behoeftenonderzoek bij kwetsbare groepen met een psychiatrische problematiek*. Geraadpleegd van http://lib.ugent.be/fulltxt/RUG01/001/458/117/RUG01-001458117_2011_0001_AC.pdf
- Ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties. (2012). *Helpen en ingrijpen bij woonoverlast door psychisch kwetsbaren*. Geraadpleegd van <http://www.hetccv.nl/binaries/content/assets/ccv/dossiers/woonoverlast/helpen-en-ingrijpen-bij-woonoverlast-door-psychisch-kwetsbaren.pdf>

Nationale Politie. (2016, 09 februari). Incidenten verwarde personen stijgt in 2015 opnieuw. Geraadpleegd op 11 februari, 2016, van <https://www.politie.nl/nieuws/2016/februari/9/incidenten-verwarde-personen-stijgt-in-2015-opnieuw.html>

Politie, & GGZ Nederland. (2012). *Convenant politie - GGZ 2012*. Geraadpleegd van <https://www.ypsilon.org/download/?id=17911874>

Rechterlijke Machtiging. (z.j.). Geraadpleegd op 17 februari, 2016, van <http://hulpkids.nl/recht/wettelijke-regelingen/gedwongen-opname-in-het-psychiatrisch-ziekenhuis/rechterlijke-machtiging.html>

Rijksoverheid. (2015). *Aandacht voor verwardheid*. Geraadpleegd van <https://www.rijksoverheid.nl/binaries/rijksoverheid/documenten/publicaties/2015/10/29/aandacht-voor-verwardheid/aandacht-voor-verwardheid.pdf>

Rijksoverheid. (z.j.). Wat is een rechterlijke machtiging (rm)? Geraadpleegd op 17 februari, 2016, van <https://www.dwangindezorg.nl/procedures/gedwongen-opname/rm/rechterlijke-machtiging-rm>

Rijksoverheid. (z.j.). Wetsvoorstel Zorg en dwang. Geraadpleegd op 17 februari, 2016, van <https://www.dwangindezorg.nl/de-toekomst/wetsvoorstellen/wetsvoorstel-zorg-en-dwang/?searchterm=wetsvoorstel%20Zorg%20en%20dwang>

Rijksoverheid. (z.j.). Wetsvoorstel Verplichte geestelijke gezondheidszorg. Geraadpleegd op 18 februari, 2016, van <https://www.dwangindezorg.nl/de-toekomst/wetsvoorstellen/wet-verplichte-geestelijke-gezondheidszorg>

Singelenberg, J. (2010). *Skaeve Huse*. Geraadpleegd van <http://www.platformwoonoverlast.nl/files/2015/04/SEV-evaluatierapport-Skaeve-Huse.pdf>

Stel, J. C. van der. (2006). *Co-morbiditeit: verslaving plus een psychische stoornis*. Geraadpleegd van http://www.zonmw.nl/uploads/tx_vipublicaties/deel_5_binnen.pdf

Toelichting Wet Bopz. (z.j.). Geraadpleegd op 16 februari, 2016, van <http://www.knmg.nl/Dossiers-9/Toelichting-Wet-Bopz.htm>

Tsemberis, S. (2013). *Housing first! And systems change for housing & mental health services*. Geraadpleegd van https://www.google.nl/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&cad=rja&uact=8&ved=0ahUK EwiQguiZgJPLAhWCd5oKHc2sABwQFggqMAE&url=http%3A%2F%2Fwww.innovatoripa.it%2Fsites%2Fdefault%2Ffiles%2Ftsemberis.pdf&usq=AFQjCNH_jvS_WEkR1UotN43ppqQEI-NwtA

Verhoeven, N. (2007). *Wat is onderzoek?* (2e ed.). Amsterdam, Nederland: Boom test uitgevers.

Wamel, A. van, & Neven, A. (2015). *Geïntegreerde behandeling van cliënten met een dubbele diagnose*. Geraadpleegd van <https://assets-sites.trimbos.nl/docs/989a05d4-e4f6-4980-aa6b-2d465c9b1592.pdf>

Werkgroep Veiligheidsstrategie 2015-2018. (2014). *Veiligheidsstrategie 2015-2018 Oost-Nederland: Een veiliger Oost-Nederland door betrokken samenwerking*. Geraadpleegd van <https://www.politie.nl/binaries/content/assets/politie/mijn-buurt/wijkprojecten/02---oost-nederland/veiligheidstrategie-2015-2018.pdf>

Winnubst, J., & Welten, E. (2015, juli). Hulp rondom 'verwarde personen'. *Reinier*, pp. 4-8. Geraadpleegd van

<http://www.reiniervanarkel.nl/media/rtf/Reinier%20artikelen/reinier%201/verwardepersonenReinierjuli15.pdf>

Wolf, J., Maas, M. & Al Shamma, S. (2012). Discus Amsterdam: Housing First. Evaluatie van de werkzaamheid: samenvatting van resultaten. Nijmegen: Onderzoekscentrum maatschappelijke zorg, UMC St Radboud Nijmegen.

Bijlage 1: Lijst met respondenten die zijn geïnterviewd tijdens het onderzoek

Respondent 1	Bestuurlijk medewerker Politie regio Rotterdam
Respondent 2	Wijkagent Oost-Nederland
Respondent 3	Operationeel medewerker politie Amsterdam
Respondent 4	Medewerker beschermde woonvoorziening Amsterdam
Respondent 5	Medewerker ACT-team GGZ Oost-Nederland
Respondent 6	OGGZ medewerker Oost-Nederland
Respondent 7	Betrokkene Regionaal forensisch psychiatrisch netwerk
Respondent 8	Medewerker beschermde woonvoorziening Haarlem
Respondent 9	Medewerker GGZ crisisdienst Oost-Nederland
Respondent 10	Medewerker Openbaar ministerie
Respondent 11	Voorzitter veiligheidshuis buiten Oost-Nederland
Respondent 12	Medewerker reclassering
Respondent 13	Betrokkene '10 in Twente'
Respondent 14	Manager acute psychiatrie GGZ-instelling Oost-Nederland
Respondent 15	Coördinator veiligheidskamer
Respondent 16	Projectleider Housing First
Respondent 17	Betrokkene Opvang verwarde personen Den Haag
Respondent 18	Betrokkene 'Creating Balance' Zwolle
Respondent 19	Betrokkene 'Zwolle Actief' Zwolle

Tabel 2. Respondent nummers met bijbehorende functie of discipline