



- Nederlands Politie Instituut
- Raad van Hoofdcommissarissen



CONVENANT

GGZ Nederland en Raad van Hoofdcommissarissen

De Vereniging GGZ Nederland, statutair gevestigd te Utrecht, ten dezen rechtsgeldig vertegenwoordigd door mevrouw drs. A.C. van Es, voorzitter, verder te noemen GGZ Nederland

en

de **Raad van Hoofdcommissarissen**, statutair gevestigd te 's-Gravenhage, ten dezen rechtsgeldig vertegenwoordigd door de heer C.K. Bakker, verder te noemen Raad van Hoofdcommissarissen

overwegende

- dat sprake is van een groot aantal mensen met psychische stoornissen en/of verslavingsproblematiek die met de politie in aanraking komen
- dat deze mensen vaak onterecht en/of te lang dienen in een politiecel verblijven
- dat deze mensen adequaat en met spoed de vereiste hulp dient te worden geboden door de GGZ en/of de verslavingszorg in hiervoor geëigende voorzieningen
- dat met betrekking tot deze mensen, met name degenen die zich bevinden op het grensvlak van de verantwoordelijkheidsgebieden van beide organisaties, de onderscheiden rollen en taken vaak onduidelijk zijn. Het betreft met name de mensen met psychische en/of verslavingsproblemen die overlast en (gevoelens van) onveiligheid veroorzaken
- dat ook overigens tussen de beide organisaties over en weer steun kan worden verleend
- dat beide organisaties een landelijke spreiding, organisatiegraad en een netwerk met waarborgen voor professionaliteit en integriteit kennen
- dat samenwerking van beide organisaties de begeleiding van mensen met psychische en/of verslavingsproblemen in crisis zal bevorderen

spreken de intentie uit tot samenwerking bij (het voorkomen van) crisissituaties bij mensen met psychische stoornissen en/of verslavingsproblematiek en maken in het navolgende afspraken hierover.

Partijen streven binnen de aan hen opgedragen taak naar een optimaal resultaat in deze binnen de mogelijkheden die wetgeving en financiers hierin verstrekken. Waar tegen de grenzen van het eigen taakgebied wordt aangelopen wordt samenwerking gezocht met andere partijen (zoals bijv. de maatschappelijke opvang). Waar de uitvoering begrensd wordt door het ontbreken van adequate regelgeving of voldoende financiering zullen partijen gezamenlijk ijveren voor oplossingen.

Eén en ander wordt nader uitgewerkt in het document 'Nadere uitwerking convenant GGZ Nederland – Raad van Hoofdcommissarissen', met name in de paragrafen 5 en 6. Bedoeld document maakt onlosmakelijk deel uit van dit convenant.

Aldus overeengekomen en in viervoud opgemaakt te 's-Gravenhage,
d.d. 27 januari 2003

Namens GGZ Nederland

Namens de Raad van
Hoofdcommissarissen

mevrouw drs. A.C. van Es.

de heer C.K. Bakker.

Nadere uitwerking convenant GGZ Nederland - Raad van Hoofdcommissarissen, afgesloten op 27 januari 2003

Convenant betreffende de samenwerking tussen GGZ Nederland (inclusief de verslavingszorg) en politie bij opvang, begeleiding en behandeling van mensen met psychische en/of verslavingsproblematiek die overtredingen begaan, overlast geven of aangeven hulpverlening nodig te hebben.

1. Inleiding

Dit convenant is opgesteld door een werkgroep van GGZ Nederland en de Raad van Hoofdcommissarissen (zie voor de samenstelling bijlage 1) en heeft als onderwerp de samenwerking tussen politie en de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) en verslavingszorg betreffende de opvang van mensen met psychische stoornissen en/of verslavingsproblemen in grote en kleinere gemeenten in Nederland.

Aanleiding is de groeiende wens bij partijen om duidelijkheid te verschaffen in de onderscheiden rollen en taken bij de opvang van individuen die zich bevinden op het grensvlak van de verantwoordelijkheidsgebieden van beide organisaties. Het betreft met name de mensen met psychische en/of verslavingsproblemen die overlast en (gevoelens van) onveiligheid veroorzaken.

Op de achtergrond spelen mee de kerntakendiscussies die zich binnen het politieveld afspelen en de oriëntatie van de GGZ op taken die voortvloeien uit de uitvoering van de Openbare GGZ-taak (OGGZ) van de zorginstellingen.

Onder de verantwoordelijkheid van de GGZ m.b.t. dit onderwerp valt enerzijds de zorg voor personen die daar niet zelf om vragen en die via het 'reguliere' GGZ-aanbod niet (voldoende) worden bereikt. Anderzijds gaat het om het leveren van een bijdrage aan de bescherming van de maatschappij tegen onnodige overlast, risico en gevaar door gedrag van die (potentiële) patiënten.

De taak van de politie staat in artikel 2 van de Politiewet verwoord: "De politie heeft tot taak in ondergeschiktheid aan het bevoegde gezag en in overeenstemming met de geldende rechtsregels te zorgen voor de daadwerkelijke handhaving van de rechtsorde en het verlenen van hulp aan hen die deze behoeven." De eerste taak valt uiteen in de strafrechtelijke taak en het handhaven van de openbare orde. Onder dit takenpakket valt ook het ondersteunen van de hulpverlening indien de veiligheid van hulpverleners of (potentiële) patiënten in het geding is.

Onder de tweede taak (hulpverlening) valt het uitvoering geven aan een aantal in de wet Bijzondere Opnemingen in Psychiatrische Ziekenhuizen (BOPZ) omschreven activiteiten. De samenwerking tussen GGZ Nederland en de politie dient in het licht te worden gezien van knelpunten die zich in de praktijk in diverse steden en regio's voordoen m.b.t. de opvang van voornoemde doelgroepen. Hiervoor dienen structurele oplossingen te komen die nauw aansluiten bij de behoeften en situaties die in de onderscheiden gemeenten/regio's worden aangetroffen.

De regionale invalshoek is ook gekozen in het gelijktijdig lopende overleg van GGZ Nederland met de Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG), hetgeen vertaald is in een concepttekst voor een convenant over hetzelfde onderwerp.

De inhoud van deze notitie sluit hier naadloos op aan.

2. Voornaamste knelpunten

De problematiek bij de opvang van mensen met psychische stoornissen en/of verslavingsproblemen is onlangs nog eens goed beschreven in het rapport 'Mensen zonder zorg' van de (voormalige) inspectie voor de politie en die voor de gezondheidszorg. Zij komen tot een getal van 13% waarin de overdracht naar de hulpverlening op problemen stuit.

Dat het hier niet alleen om GGZ-problemen gaat is evident. Dat wordt nog eens duidelijk door het beeld dat geschetst wordt in het rapport 'Zwerven in de 21^e eeuw' van het Centrum voor Verslavingsonderzoek te Utrecht van de omvang en samenstelling van de dak- en thuislozenpopulatie in Nederland. Verslaving is hierin het grootste probleem gebleken. Ervaringen binnen de reclassering en andere onderzoeken bevestigen dit beeld.

Als zich knelpunten voordoen in de samenwerking tussen GGZ en politie, dan concentreren deze zich voornamelijk rondom de crisisopvang. Voor acute hulpverlening bij crises moeten de GGZ en de politie in alle gevallen 24 uur per dag bereikbaar zijn en zo snel mogelijk beschikbaar zijn. Indien noodzakelijk dient zo spoedig mogelijk een opname geregeld te worden door de GGZ.

Met name de eerste opvang van personen die zich niet rechtstreeks bij de GGZ melden, maar in eerste instantie, al dan niet via meldingen van derden bij de politie terechtkomen blijkt in de praktijk regelmatig een probleem te zijn. Gedacht moet worden aan de kwaliteit van de locatie en het tijdsbestek waarbinnen een aan de orde zijnde doorplaatsing naar de GGZ kan worden gerealiseerd. Ook de doorplaatsing naar andere dan GGZ-voorzieningen (verslavingszorg, niet behorende tot een GGZ-circuit, maatschappelijke opvang, geestelijk gehandicaptenzorg, kinder- en jeugdpsychiatrie¹) stuit her en der op problemen. Een ander knelpunt is het feit, dat van oudsher het politiebureau benut wordt als eerste opvang voor patiënten met ernstige psychiatrische pathologie en beelden. Bij een strafrechtelijk vergrijp kan men hier niet omheen, bij openbare-ordeproblematiek worden ten aanzien hiervan vanuit meerdere partijen vragen gesteld en wordt gezocht naar alternatieve mogelijkheden. Aandacht hiervoor is gewenst.² Overigens ook in situaties, waarin betreffende personen wel degelijk op het bureau moeten verblijven dient de zorg de politie met raad en daad terzijde te staan.

3. Verantwoordelijkheden van partijen

Voor mensen die een psychiatrische stoornis hebben en die in termen van de BOPZ een gevaar opleveren voor zichzelf en/of anderen, worden de verantwoordelijkheden van de politie respectievelijk de GGZ helder geregeld in de BOPZ.

Anders ligt het voor mensen die tijdelijk de regie over hun leven kwijt zijn, maar bij wie geen sprake is van ernstige psychiatrische pathologie als oorzaak voor gevaar, op grond waarvan gehandeld kan worden op basis van de BOPZ. Voor zover er in die situaties sprake is van psychische nood draagt de GGZ in ieder geval de verantwoordelijkheid aan te geven welke zorgorganisatie zich het beste leent om betrokkene zonnodig te laten opnemen. Ook zal de GGZ, indien plaatsing binnen de GGZ niet noodzakelijk wordt bevonden degene die in de betreffende regio in dat geval verantwoordelijk is voor plaatsing ondersteunen bij het realiseren van een plaatsing elders. Deze verantwoordelijkheid vloeit o.a. voort uit het samenwerkingsconvenant dat in 1999 is gesloten tussen de vertegenwoordigers van de belangrijkste 'OGGZ-partijen'.

Waar sprake is van overlast, onveiligheid en openbare ordeproblematiek heeft de politie de verantwoordelijkheid om geëigende maatregelen te nemen. Indien de veiligheid van zorgverleners in het geding is, zowel in het kader van de crisisopvang als op andere momenten (bijv. binnen de instellingen) treedt de politie op verzoek op bij ernstige dreiging van geweld of in gevallen waarbij reeds sprake is van geweld.³

Overigens is het vanzelfsprekend dat de politie en justitie conform wet- en regelgeving verantwoordelijk is bij het plegen van strafrechtelijke feiten.

¹ Overigens bestaan tussen de instellingen die kinder- en jeugdpsychiatrie behandelen afspraken inzake de uitvoering van de BOPZ

² Voor een beter begrip van knelpunten die zich zoal in de praktijk kunnen voordoen wordt verwezen naar bijlage, waarin een tweetal voorbeeldcasussen staat beschreven.

³ *Er bestaan voorbeelden van situaties waarin de zorg in overleg met de politie een veiligheidsprotocol heeft gemaakt voor de eigen instelling/kliniek.*

Op basis van bovenstaande lijkt de verantwoordelijkheidsverdeling helder, in de praktijk stoot men echter nog steeds op grote problemen. Deze worden deels veroorzaakt door het gegeven, dat de bestaande regelgeving onvoldoende bevoegdheden toekent aan politie en hulpverlening bij het optreden tijdens een crisissituatie. In een aantal gevallen zijn partijen, gesteund door deskundigen het erover eens dat buitenwettelijke dwang mag worden toegepast, in een aantal gevallen is daar echter geen consensus over. Overigens is ten aanzien van deze problematiek nauwelijks jurisprudentie of voldoende kennis voorhanden. Partijen zijn van mening, dat de wetgever met name ten aanzien van het hanteren van dwang bij het vervoeren van potentiële IBS-patiënten⁴ en het vasthouden van deze, voordat een arts een beslissing tot opname heeft kunnen nemen een oplossing dient te bieden. Daarnaast kunnen problemen ontstaan door het onvoldoende voorhanden hebben van opvangplaatsen binnen de hulpverlening, niet alleen binnen de GGZ maar ook binnen maatschappelijke opvang en verslavingszorg.

4. Regionale samenwerking

In besprekingen tussen GGZ Nederland en de VNG is geconcludeerd dat om per regio de samenwerking te verstevigen een analyse naar de omvang en ernst van de problematiek moet worden uitgevoerd om vervolgens aan de hand daarvan en de landelijk aangereikte aandachtspunten een regionaal plan van aanpak op te stellen. Dit plan van aanpak wordt onder regie van (centrum)gemeenten binnen een beperkte periode (3-6 maanden) opgesteld, bij de totstandkoming hiervan worden alle betrokken partijen op financieel en uitvoerend niveau en cliëntenorganisaties betrokken.

Op basis van dit plan van aanpak worden afspraken gemaakt tussen betrokken partijen. Hierin krijgt de samenwerking tussen politie en GGZ ook haar plaats.

In ieder geval dienen over de volgende punten afspraken te worden gemaakt tussen partijen:

1. Een goede communicatie, zowel op beleidsmatig als op operationeel niveau (bij voorkeur per locatie en wijk) wordt van doorslaggevend belang geacht. Daarnaast zijn in den lande zijn reeds goede ervaringen opgedaan met vaste contactpersonen/ aandachtfunctionarissen binnen de betrokken organisaties als de politie, de Forensisch Psychiatrische Dienst (FPD), de GGD en (niet in de laatste plaats) bij het Openbaar Ministerie (OM). Dit zou gemeengoed moeten worden. Te overwegen valt om een overleg in elke regio in te stellen van gemeente, politie, justitie, reclassering en psychiatrie met vertegenwoordigers die binnen hun organisatie voldoende mandaat hebben om gezamenlijk beleid te maken.⁵
2. Monitoringsystemen blijken goede dienst te doen ter ondersteuning van vroegsignalering, adequate verwijzing, snelle besluitvorming en doorplaatsing.⁶
3. Kwaliteit van de crisisopvang conform de hierboven genoemde definities. Momenteel vindt deze doorgaans plaats op een politiebureau. Aldaar vinden dan ook de screening en indicatiestelling plaats, waarbij bezien wordt of en zo ja welk type interventie (justitieel, GGZ, verslavingszorg, Maatschappelijke Opvang, geestelijk gehandicaptenzorg) ingezet dient te worden om de acute situatie beheersbaar te houden en eerste problemen te overwinnen. Wanneer de politie direct al constateert dat er geen sprake is van een justitieel traject en de veiligheid of openbare orde niet in het geding is moet gestreefd worden naar een eerste opvang elders. Duidelijke afspraken dienen dan wel gemaakt te worden over wegplaatsing van personen naar het politiebureau indien in tweede instantie alsnog sprake blijkt te zijn van strafbare feiten.
Wanneer partijen gezamenlijk tot de conclusie komen, dat er vooralsnog geen betere opvangplaats dan het politiebureau is dan nemen zij in alle gevallen de inspanningsverplichting op zich om:

⁴ IBS = In Bewaring Stelling

⁵ Een voorbeeld daarvan wordt aangetroffen in Den Haag waar het zgn. PJP-overleg functioneert.

⁶ Voorbeelden van zulke monitoringsystemen zijn het Signaleringsoverleg in Den Haag, de Werktafels in Rotterdam en het Daklozenteam en het team Vangnet en Advies in Amsterdam.

- a. het verblijf hier zo kort mogelijk te laten duren
- b. de kwaliteit van de opvang zo optimaal mogelijk in te vullen. De zorg is hier medeverantwoordelijk voor.

Essentieel is dat betrokken hulpverleningsinstanties zodanig samenwerken dat men ter plekke beslissingen kan nemen of dat de hulpverleningsinstanties aan de politie een aanspreekpunt in één persoon bieden, die namens die instanties beslissingen kan nemen (bijv. frontoffice/backoffice-systeem). Indien gekozen wordt voor het inrichten van voorzieningen voor crisisopvang buiten het politiebureau, dan dienen deze aan diezelfde kwaliteitseisen te voldoen, alsmede aan eisen aan welke door onderbrenging van de opvang op het politiebureau vanzelf al voldaan wordt (veiligheid, beheer in één hand, bij keuze voor politieel/justitieel traject geen verplaatsing nodig). De aanwezigheid van de voorziening ontslaat echter de GGZ niet van haar taak snelle doorplaatsing te organiseren in geval van psychiatrische problematiek.

4. Afspraken dienen te worden gemaakt tussen partijen over concrete en evalueerbare kwaliteitseisen m.b.t. aanrijtijden, uitvoeren van de psychiatrische beoordeling, afgeven van een IBS, afdoening van de schriftelijke procedures en snelheid van doorplaatsing. Indien een voorziening als bedoeld onder 3 (nog) niet gerealiseerd is stelt GGZ Nederland als branchenorm voor de aanrijtijd en doorplaatsing in totaal niet meer dan 6 uur. Daarbij wordt er wel vanuit gegaan dat binnen de benodigde tijd over de vereiste papieren wordt beschikt. Ook van andere betrokken partijen als politie, gg en gd en ambulancediensten mogen vergelijkbare normen worden verwacht.
5. Bij gecompliceerde situaties waar strafrechtelijke feiten aan de orde zijn kan nu in sommige regio's de crisisdienst buiten de eigen achterwacht de FPD consulteren. Landelijk dienen er afspraken te komen waarvoor de FPD in de dienst te consulteren valt.⁷
6. De rol van het Openbaar Ministerie dient apart beschreven en bekeken te worden.
7. Er dient te worden bevorderd dat bij gecombineerde problematiek de dossiers binnen méérdere organisaties open blijven en met elkaar in contact blijven om in álle dossiers voortgang te boeken en niet slechts de aspecten te benaderen van 'de gastheer' op dat moment.
8. Intervisie en casusbesprekingen (zorgconferenties), ondersteund met registratiemateriaal uit de monitoringsystemen, zowel binnen beroepsgroepen als tussen partijen zijn instrumenten die voorkomen, dat mensen tussen wal en schip geraken. Dit dient per regio ingekleurd te worden. Het ware aan te bevelen om meer begrip voor elkaar te kweken/transparanter te werken door meer in elkaars keuken te kijken. Te denken valt aan kwaliteitskringen die de onderling gemaakte afspraken bewaken.
9. Instellingen dienen te beschikken over veiligheidsprotocollen die in samenwerking met de politie zijn opgesteld. Hierin dient in ieder geval helder te worden opgenomen in welke situaties en in welke mate de politie ondersteuning geeft aan de zorg

5. Landelijke kwesties

Het op gang brengen van regionale ontwikkelingen aan de hand van bovenstaande aanbevelingen zal gestimuleerd worden wanneer op landelijk niveau de betrokken partijen afspraken maken over participatie, ondersteuning en het oplossen van knelpunten die bovenregionaal opgelost dienen te worden.

Het is daarom van belang dat vanaf nu de overleggen van VNG en GGZ Nederland en van politie en GGZ Nederland 'in elkaar geschoven worden'. Tevens dienen andere partijen als OM, reclassering, zorgverzekeraars en VWS betrokken te worden.

Onderwerpen die in ieder geval in een dergelijk overleg betrokken moeten worden zijn:

⁷ Als voorbeeld wordt in bijlage 2 een aantal voorbeeldprotocollen uit verschillende gemeenten bijgevoegd. Daarin is opgenomen het stroomschema politiekanten van Haaglanden dat weergeeft wie er met betrekking tot cliënten in een politieel verantwoordelijk is, de politiearts of de GGZ, en tevens wanneer en hoe het OM ingeschakeld moet worden.

1. Gebruikmaken van buitenwettelijke dwang bij vervoer en/of ophouden van personen in crisissituaties en het aandringen op wetsaanpassingen in deze. Bijzondere aandacht voor de positie van het ambulancevervoer hierin;
2. Oplossen van knelpunten in de privacywetgeving die een soepele uitvoering van snelle hulp in de weg staan;
3. Bevorderen van eenduidigheid in en afstemming van verschillende registratiesystemen; zonodig ontwikkelen van specifieke monitoringsystemen;
4. Tussen instellingen organiseren van conferenties tijdens welke best practices gepresenteerd kunnen worden;
5. Landelijke afspraken tussen de GGZ en de Ambulancediensten over het vervoer van psychiatrische patiënten;
6. Er worden door partijen afspraken gemaakt over het onderzoeken van mogelijkheden voor opvang buiten het politiebureau. Partijen zullen in gemeenschappelijkheid bezien, welke financiële consequenties dergelijke initiatieven hebben ieder vanuit de eigen primaire verantwoordelijkheid;
7. Zowel de toepassing van dit convenant als de afspraken op regionaal worden jaarlijks geëvalueerd.

Bijlage 1: Samenstelling werkgroep Politie - GGZ Nederland

Bijlage 2: Voorbeeldprotocollen tussen politie en ggz

Bijlage 3: Praktijksituaties

Bijlage 1: Samenstelling werkgroep Politie - GGZ Nederland

dhr. F.H.R. Leenders, directeur GGZ Nederland (tot 1-10-2002), voorzitter

dhr. R.H.L.M. Bovens, directeur Stichting Verslavingsreclassering GGZ Nederland, secretaris

dhr. C.K. Bakker, hoofdcommissaris Regiopolitie Gelderland-Midden

dhr. J.J.W. Verbeek, hoofdinspecteur van Politie, beleidsstaf Integraal Veiligheidsbeleid, Regiopolitie Rotterdam-Rijnmond

dhr. J. van Veen, regionaal projectcoördinator Bestrijding Extreme Overlast en Drugs, Regiopolitie Amsterdam-Amstelland

dhr. J.J.M. Slijpen, beleidsmedewerker, Regiopolitie Utrecht

dhr. V.M. Vladar Rivéro, Raad van Bestuur Parnassia

dhr. C.J. Witte, Raad van Bestuur De Rijngroep

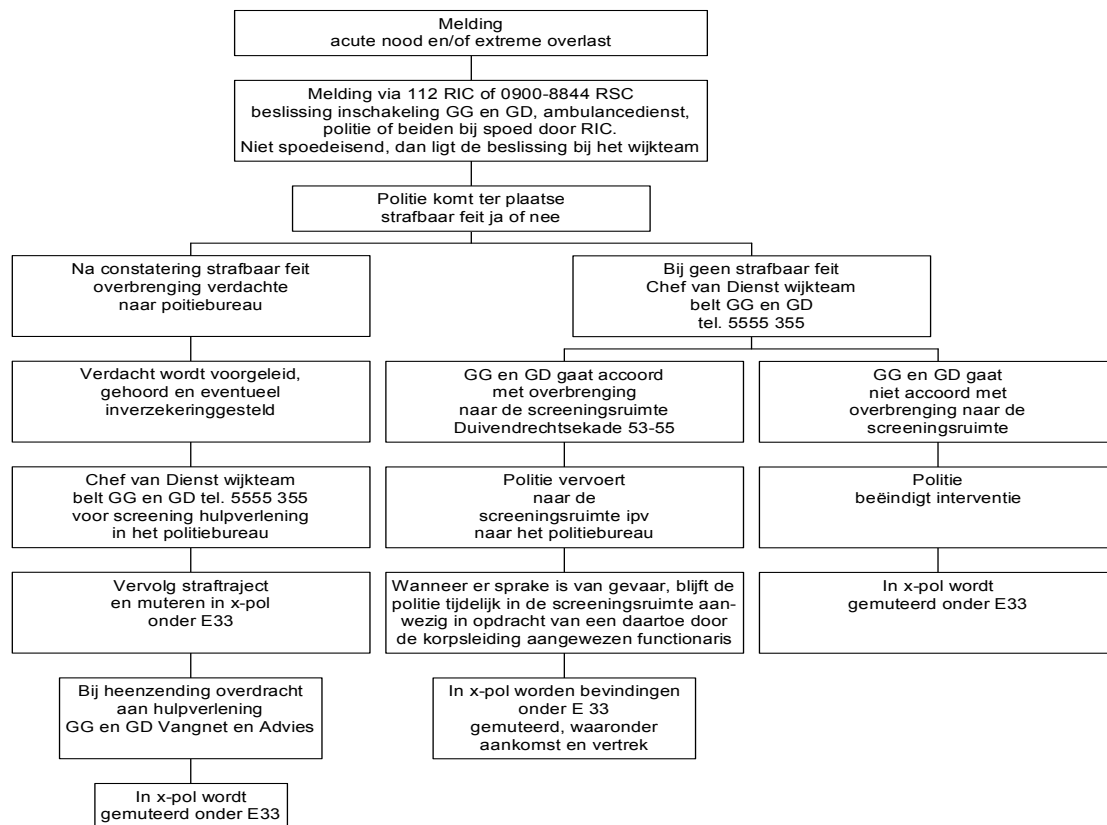
Bijlage 2: Voorbeeldprotocollen tussen politie en GGZ

A. Amsterdam Amstelland



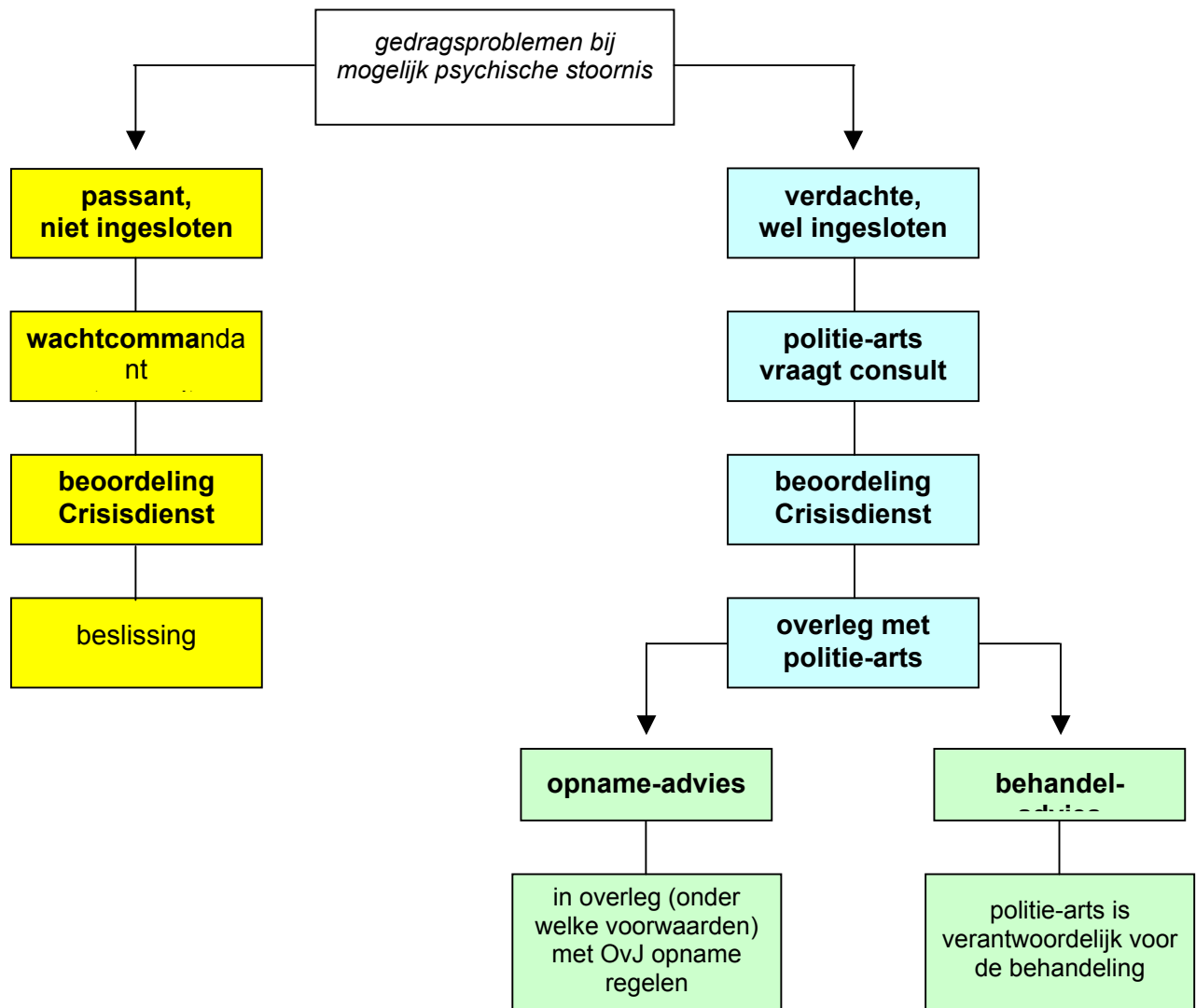
12 september 2002

Processchema hulpbehoevende in nood en problematische overlastgevende personen



N.B. Dit model geldt voor de situatie, waarin sprake is van een aparte screeningsruimte. Deze is momenteel nog niet gerealiseerd

B. Den Haag Stroomschema politieklienten



Toelichting

Patiënten die een misdrijf begaan hebben waarop een straf van vier jaar of langer voor staat kunnen in verzekering gesteld worden voor verder verhoor en onderzoek. In de periode van de inverzekeringstelling leveren wij consultatieve diensten, via de politiearts. Vooral nog gaan wij soepel met aanvragen via de wachtcommandant om in deze situaties. Vinden wij de patiënt detentie-ongeschikt dan kan er een opname-advies aan de Officier van Justitie (OvJ) gegeven worden. Deze bepaalt met welke maatregel een patiënt naar de kliniek gaat. Soms is een IBS noodzakelijk. Wij bemiddelen bij de opname. Bij plaatsingsproblemen, bijvoorbeeld bij vluchtgevaarlijke of zeer agressieve patiënten kan de Forensisch Psychiatrische Dienst (FPD) ingeschakeld worden. Ook in een eerder stadium is overleg met de FPD mogelijk.

Als een opname niet noodzakelijk is kan er zo nodig een medicatie-advies gegeven worden. In dat geval dient de politiearts toch de verantwoordelijkheid voor de behandeling te nemen.

Soms komen we in situaties waarvan wij vinden dat er via justitie gehandeld moet worden maar dat de patiënt nog niet in verzekering is gesteld. Ook dan is overleg met de OvJ mogelijk!

C. Nijmegen PROTOCOL 'DE PSYCHIATRISCHE PATIENT IN DE POLITIECEL'

UITGANGSPUNT

Door Politie Gelderland-Zuid, Gemeente Nijmegen en GGz Nijmegen is vastgesteld dat het verblijf van de psychiatrische patiënt in de politiecel tot aan plaatsing in een psychiatrische setting vanwege zorginhoudelijke redenen onwenselijk is. In gezamenlijkheid is daarom afgesproken deze overbruggingsperiode zo kort als mogelijk te houden.

DOEL

Het doel van dit protocol is er samen voor te zorgen dat het verblijf van de psychiatrische patiënt in de politiecel zo kort mogelijk duurt, met een maximum van 6 uur. Tijdens het verblijf in de politiecel verlenen politie en de Regionale Crisis Dienst (RCD) van GGz Nijmegen goede zorg aan de patiënt.

VERANTWOORDELIJKHEID

De verantwoordelijkheid voor de psychiatrische patiënt in de fase van aanhouding en aanmelding bij de RCD is een gezamenlijke verantwoordelijkheid voor politie en GGz Nijmegen waarbij:

- De politie op basis van strafvordering de verantwoordelijkheid heeft voor het in hechtenis nemen, de logistieke opvang en de bewaking van de arrestant.
- GGz Nijmegen op basis van de Wet Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO), de wet Bijzondere Opnemingen in Psychiatrische Ziekenhuizen (BOPZ) en regionale afspraken de verantwoordelijkheid heeft voor adequate medisch-psychiatrische zorg voor de psychiatrische patiënt.

WERKWIJZE

De periode van het verblijf van de psychiatrische patiënt in de politiecel - van aanhouding door de politie tot uitgeleide naar een psychiatrische setting - wordt opgedeeld in drie fases.

Fase 1: van aanhouding tot melding bij de RCD

Fase 2: vanaf melding bij de RCD tot de beslissing een IBS - aanvraagprocedure op gang te zetten

Fase 3: vanaf het in gang zetten van de IBS - aanvraagprocedure tot de uitgeleiding uit het politiebureau

Fase 1 valt onder de verantwoordelijkheid van de politie. Fase 2 en fase 3 vallen onder gezamenlijke verantwoordelijkheid. Fase 2 start met de aanmelding van de patiënt bij de RCD en wordt beschouwd als meetpunt 0. De uitgeleiding in fase 3 wordt gezien als eindpunt van de meting. De periode tussen meetpunt 0 en het eindpunt duurt maximaal 6 uur. Hierna valt de patiënt onder verantwoordelijkheid van GGz Nijmegen.

Werkzaamheden en verantwoordelijkheden bij fase 1

- | | |
|--|---------|
| . Plaatsen patiënt in cel | politie |
| . Fouilleren patiënt | politie |
| . Aanbieden Eerste Hulp bij noodsituatie | politie |
| . Consulteren GGD-arts | politie |
| . Aanmelden patiënt bij RCD | politie |
| . Houden van toezicht op patiënt | politie |

- . Aanbieden vocht en voeding politie
- . Verzorgen toiletbezoek politie

Alle zorg wordt vanaf fase 2 verleend onder verantwoordelijkheid van de RCD. Vanaf dat moment heeft de politie slechts een faciliterende rol

Werkzaamheden en verantwoordelijkheden bij fase 2

- . Aanbieden Eerste Hulp bij levensbedreigende situaties politie
- . Consulteren GGD-arts bij levensbedreigende situaties politie
- . Houden van toezicht op patiënt op aanwijzing van de RCD politie
- . Aanbieden vocht en voeding op aanwijzing van de RCD politie
- . Verzorgen toiletbezoek op aanwijzing van de RCD politie
- . Onderzoek toestandbeeld en ondernemen van acties volgens protocol van de RCD RCD
- . Afspraken maken met teamchef/chef van dienst over de frequentie en wijze van bezoeken van de patiënt door de RCD RCD
- . Effectueren van de afspraken RCD
- . Consulteren GGD-arts bij somatische problematiek RCD
- . Verstrekken van psychiatrische noodmedicatie i.o.m. GGD-arts RCD

Bijkomende werkzaamheden en verantwoordelijkheden bij fase 3

- . De politie faciliteert de RCD in overleg met de teamchef of chef van dienst politie
- . Zorgen voor ondertekening IBS RCD
- . Ondernemen van acties volgens protocol tbv uitgeleiding RCD
- . Registratie tijdsduur na aanmelding bij RCD politie
- . Alle activiteiten op medisch-psychiatrisch gebied en t.b.v. de continuïteit van zorg RCD

Bijlage 3: Casuïstiek

Casus 1

Een nacht, het is winter en het vriest drie graden. Bij het regiobureau van de politie komt telefonisch de melding binnen over een verwarde man. Hij houdt de buurt al een aantal dagen bezig met zijn geschreeuw. Nu loopt hij, slechts gekleed in een met bloed besmeurd T-shirt, over straat en schreeuwt de buurt weer wakker. Hij heeft een bijl in zijn hand en belt aan bij meerdere deuren, maar niemand doet voor hem open. De melder, een buurtbewoner, is bang en verzoekt de politie te komen om de overlast te stoppen en iets aan de situatie te doen. Een surveillance auto gaat naar de opgegeven lokatie. Aangekomen op de plaats van de melding wordt de politie aangesproken door de buurtbewoner die eerder de telefonische melding deed.. De buurtbewoner vertelt dat de man inmiddels zijn eigen woning is binnengegaan. Uit de woning van de man komt een hels kabaal. Het geluid van vallend meubilair, brekend glaswerk en geschreeuw. Op herhaald bellen door de politie wordt de deur niet opengedaan. Het kabaal houdt echter wel aan.

In onderling overleg besluiten de politiemensen binnen te treden in de woning ter hulpverlening aan de man. De deur wordt opengebroken en ze betreden de woning. In de woning treffen zij een grote ravage aan. Meubels liggen kapot op de grond, servies is aan stukken, in een van de muren zitten grote gaten en electriciteitsdraden liggen bloot. Bij binnenkomst van de politie lijkt de man enigszins te bedaren. Hij legt ongevraagd zijn bijl neer en vertelt een onsamenhangend verhaal over zijn burn en zenders. Op de vraag of de man vrijwillig mee zou willen gaan naar het bureau om onderzocht te worden door een dokter antwoordt hij dat hij niet gek is en dat hij niet meegaat. Hij heeft geen hulp nodig en heeft bovendien niet gevraagd om de politie.

De politie besluit dat ze de man niet alleen kunnen achterlaten in zijn woning en nemen hem gedwongen mee naar het bureau. Daar wordt hij opgesloten in een afgesloten dagverblijf. De politie belt met de GGD, legt het gebeurde voor en verzoekt de komst van een sociaal psychiatrisch verpleegkundige (SPV'er) ter beoordeling van zijn geestelijke toestand. Binnen een half uur is er iemand van de dienst aan het bureau. Er wordt even kort met de man gepraat. De politie blijft in de buurt van het dagverblijf, zodat ze in kunnen grijpen wanneer de man plotseling agressief zou gaan worden. De spv'er vermoedt dat de man psychotisch is. Er wordt dan ook besloten dat de crisisdienst wordt ingeschakeld.

Casus 2 (vervolg op casus 1)

Het is twee uur in de ochtend. Na een oproep van de politie uit gaat een spv'er en een artsassistent van de crisisdienst naar het politiebureau om een beoordeling te doen.

Als zij ter plaatste arriveren, worden zij uitvoerig ingelicht door de politie over wat er precies heeft plaatsgevonden. Daarna wordt de man gesproken. Hij zit in het dagverblijf. De politie blijft op de achtergrond aanwezig vanwege de veiligheid. Hij ziet er vervuild en angstig uit en is gekleed in een van de politie gekregen drenkelingenpak. Hij heeft ook 'verse' wonden op zijn arm. De crisisdienst stelt zichzelf voor. Op de vraag of hij enig idee heeft waarom ze er zijn, schudt hij zijn hoofd. Hij begint te praten. Over zijn woning die vol zenders zit. dat hij constant lastig gevallen wordt door de burens, die via de zenders met hem praten en nooit stil zijn. Als het zo doorgaat zal hij ze toch moeten doden. Op de vraag waarom de man wonden heeft op zijn arm vertelt hij een onsamenhangend verhaal over elektrische draden in huis, verbindingen met od en met zijn overleden moeder. Over het met een bijl zijn huisraad slopen zegt de man dat de politie liegt. Hij was een deur an het maken naar de burens, de enige manier om hen te bereiken.

De crisisdienst probeert erachter te komen of de man hulp van en wil. Ja, hij wil wel dat zij helpen met het doden van zijn burens. Dat kan de crisisdienst niet. Wel kan ze helpen met medicatie, bemiddeling, gesprekken via de RIAGG of opname. de man blijft bij zijn ene verzoek. Er wordt nog aan hem gevraagd wat hij gaat doen als hij straks weer op straat komt. De man geeft geen antwoord, maar is druk in de weer om alle oneffenheden op de

muur van het dagverblijf te onderzoeken, zijn burens vervloekend. na overleg tussen de spv'er en de artsassistent onderling en telefonisch overleg tussen de artsassistent en de achterwacht psychiater, wordt besloten tot het aanvragen van een ibs. De man wordt verteld dat de crisisdienst hem wil gaan opnemen. Hij mag vrijwillig naar het ziekenhuis gaan, maar als hij dat niet wil zal hij gedwongen worden opgenomen met een ibs. De man geeft echter aan weg te willen, omdat het in het dagverblijf ook niet pluis is. De crisisdienst overlegt met de burgemeester ter verkrijging van de last tot ibs. als deze eenmaal is afgegeven zal de man op het politiebureau moeten blijven totdat de ambulance arriveert, die hem zal vervoeren naar een psychiatrisch ziekenhuis.

Casus 3.

D. is een alcoholist met een uitgebreid verleden binnen de verslavingszorg. Hij drinkt al vanaf 1981 zo'n 2 tot 3 flessen sterke drank per dag. Hij heeft veel verschillende soorten opnames achter de rug. Meneer D. verkeert in een soort staat van permanente dronkenschap. Hij eet slecht en verkeert dan ook in een slechte lichamelijke conditie. Door het vele drinken zijn er al beschadigingen aan de hersenen opgetreden. Hij is vaker incontinent en heeft maagklachten. Ook heeft hij vaker verwondingen opgelopen ten gevolge van zijn dronkenschap.

Een dronkeman is een makkelijk slachtoffer, en hij is dus ook vaker beroofd. Het is blijkbaar moeilijk om een adequate psychiatrische diagnose te stellen, ook als hij nuchter is. Meneer D. moet daar zelf niets van hebben. "Geef me een huis, dan zijn mijn problemen opgelost", zegt hij.

Hij heeft langere tijd bij een "hospita" in gewoond. Zij had een erg ambivalente houding jegens meneer D. Zij heeft vaker contact gezocht met de politie omdat ze van hem af wilde. Later als er afspraken gemaakt waren, dat hij niet meer mocht komen, liet zij hem (tot grote ergernis van de wijkagent) weer binnen. Dit heeft zelfs geleid tot een rechtszitting waarbij het meneer D. definitief verboden werd om nog langer contact met haar te zoeken. Uiteindelijk is dit uitgemond in een escalatie waarbij de "hospita" door hem bedreigd en mishandeld is. Meneer D. loopt nu weer dakloos over straat en komt geregeld in contact met de politie. Hieronder volgt een opsomming van ca. de helft van het aantal incidenten beginnend op 13-01 2001 tot 16-11 2001. In totaal betrof het in deze periode 60 geregistreerde incidenten, daarbuiten deden zich nog vele malen meer niet-geregistreerde incidenten voor. Deze lijst is erg veelzeggend over de tijdsinvestering van de politie in deze éne patiënt/verdachte.

Overzicht incidenten met D.:

13-01 D. wordt dronken aangetroffen op straat. Wordt door de politie meegenomen naar het politiebureau om daar in de cellengang zijn roes uit te slapen.

22-01 D. is in het ziekenhuis en is dronken. Hij moet weg, maar hij weigert het ziekenhuis te verlaten. De politie haalt hem weg en brengt hem naar zijn hospita.

04-02 D. wordt het huis uitgezet door zijn hospita. Hij is dan ook dronken en agressief naar de hospita.

05-02 D. ligt dronken op straat en heeft een bebloed gezicht. Hij wordt door de politie naar de Sleep Inn gebracht.

10-02 D. ligt dronken op straat, en wordt naar het politiebureau gebracht, hij krijgt een bekeuring voor openbare dronkenschap en wordt weer weggestuurd.

17-02 Er komt een melding binnen van een onwel wording. De politie vindt hem in dronken toestand op straat en brengt hem naar de Sleep Inn.

18-02 Er komt een melding binnen van een onwel wording, er is nu ook sprake van een reanimatie. Dat laatste blijkt niet te kloppen. D. wordt in bewusteloze toestand aangetroffen in de woning van zijn hospita. Hij wordt met een hoogwerker uit het huis gehaald en met een ambulance naar het ziekenhuis gebracht. Daar blijkt dat hij een longontsteking heeft, en wordt hij opgenomen op de Intensive Care afdeling.

02-04 D. wordt door de politie uit een restaurant gehaald waar hij heeft gegeten en niet kan betalen. Hij wordt aangehouden en naar het Hoofdbureau gebracht. Hij is dan nog te

dronken om verhoord te worden door de politie. De volgende dag nadat hij verhoord is wordt hij weer vrijgelaten.

07-04 D. wordt onwel in het huis van zijn hospita. Ambulance en politie komen ter plaatse. Na onderzoek wordt er besloten om hem daar te laten.

23-04 D. wordt door anderen voor F1200,- opgelicht, doet aangifte hiervan en wordt door de politie naar de Sleep Inn gebracht.

24-04 D. wordt dronken op straat aangetroffen en gaat met een garantstelling van de politie naar de Sleep Inn. (dat betekent dat de politie de overnachting betaalt.)

10-05 Er komt 's avonds een melding binnen van een onwel wording D. is erg dronken. Hij wordt naar het Hoofdbureau gebracht. Op het hoofdbureau ontstaat een hoop discussie over het wel of niet insluiten van D..

Zijn lichamelijke toestand is zo slecht dat de arrestantenbewaarders hem liever niet willen insluiten. D. zou in een levensbedreigende toestand (delirium) kunnen gaan verkeren. Hij wordt die nacht om 02.00 uur weggestuurd.

16-05 Hij wordt dronken op straat aangetroffen en naar het hoofdbureau gebracht. Daar wordt hij gezien door een arts. Deze stuurt hem met een ambulance naar het ziekenhuis. Overigens krijgt hij wel een bekeuring wegens openbare dronkenschap.

20-05 Hij wordt dronken op straat aangetroffen. Er komt een ambulance, die neemt hem niet mee. De politie neemt hem mee naar het Hoofdbureau. De arrestantenbewaarders willen hem niet hebben. Na een bezoek van de arts wordt hij weer naar het ziekenhuis gebracht. Daar wordt bloed geprikt.

25-05 D. wordt dronken liggend op straat aangetroffen, er wordt een ambulance gebeld en hij wordt naar het ziekenhuis gebracht. Daar weigert hij uiteindelijk te vertrekken en wordt hij door de politie opgehaald. Hij wordt weer naar het politiebureau gebracht. Daar volgt overleg met diverse hulpverleners. Korte tijd later wordt hij weer heengezonden.

04-06 Hij wordt dronken op straat gevonden en naar het hoofdbureau van de politie gebracht. Daar wordt hij gezien door de arts. Deze vindt het niet verantwoord om hem in te sluiten. Hij wordt met een ambulance naar het ziekenhuis gebracht.

04-06 Enige tijd later komt er een melding van een onwel wording. Hij wordt dronken op straat gevonden en met een ambulance mee genomen naar het ziekenhuis.

04-06 Voor de derde keer die dag wordt hij dronken op straat aangetroffen en met een ambulance naar het ziekenhuis gebracht.

05-06 Enkele uren later, het is inmiddels 05-06, wordt hij weer dronken aangetroffen op straat en naar het ziekenhuis gebracht. Daar zijn ze inmiddels erg boos.

09-06 Er komt een bericht binnen van een onwel wording de politie gaat er naar toe, en treft hem in dronken toestand aan. De ambulance die al onderweg is wordt afgebeld. Hij krijgt een bekeuring.

30-06 D. wordt dronken liggend op straat aangetroffen. Hij kan niet meer zitten of staan. De politie brengt hem naar het hoofdbureau. Daar wordt hij gezien door een arts, en vervolgens wordt hij heengezonden.

05-08 Hij wordt dronken op straat gevonden en door de politie naar een opvanghuis gebracht.

06-08 D. is gevallen, is niet aanspreekbaar en rondom dronken. Hij wordt met een ambulance naar het ziekenhuis gebracht.

13-08 Er komt een melding over een lastige dronken man. Hij wordt aangehouden en naar het hoofdbureau gebracht. Daar wordt hij gezien door een arts en vervolgens wordt hij korte tijd ingesloten, en weer weggestuurd.

13-08 Enige tijd later wordt hij weer dronken op straat aangetroffen en weggestuurd.

13-08 Daarop wordt hij weer dronken en liggend op straat aangetroffen. Hij wordt verplaatst naar een grasveld.

15-08 D. ligt dronken op straat bij een bushalte. Door de politie wordt hij op een bank neergelegd.

17-08 D. doet aangifte van het feit dat hij beroofd is terwijl hij zijn roes uitsliep. Hij is beroofd van zijn rijbewijs, zijn paspoort, zijn giropas en fl. 34,75.

25-09 Er komt een melding binnen dat er al enige tijd een man op het trottoir ligt. De politie gaat kijken, en treft hem in dronken toestand aan. Er wordt geen verdere actie ondernomen.

29-09 D. wordt dronken liggend op straat aangetroffen. De politie spreekt hem aan en stuurt hem naar de Sleep Inn.

01-10 Hij wordt dronken liggend op straat aangetroffen. Hij wordt aangehouden en naar het Hoofdbureau gebracht. Navraag levert op dat hij in strafrechtelijk opzicht nog niets heeft opgebouwd. Hij wordt met een bekeuring weggestuurd.

15-10 Hij doet aangifte van diefstal van zijn papieren. Dit zou op 06-10 gebeurd moeten zijn.

22-10 Hij wordt dronken op straat aangetroffen en door de politie naar het adres van zijn hospita gebracht. Dit was overigens de tweede melding die dag.

02-11 Er komt een melding binnen over een gevallen man met een gebroken been. Politie en ambulance komen ter plaatse. Hij blijkt echter alleen dronken te zijn. Hij wordt aangehouden en meegenomen naar het hoofdbureau. Hier wordt hij opnieuw onderzocht door een arts. Hij krijgt een bekeuring en wordt korte tijd later weer weggestuurd..

16-11 Wordt dronken, met een blauw oog, zittend op straat aangetroffen. Omstanders hebben de politie gebeld. Die sturen hem terug naar zijn hospita en gaan met vervolg.

Opvallend is dat er vanuit de kant van het strafrecht bijna niets wordt opgebouwd. Een enkele keer betaalt hij de paar boetes die open staan.