Memo

Aan:	
Van:	Management Spoedeisende Psychiatrie Amsterdam [redacted]
Opsteller:	
Nr.	
Onderwerp:	Notitie Casuïstiek en Samenwerking Crisisdiensten in Amsterdam (vertrouwelijk)
Datum:	10 april 2017, Amsterdam
Bijlage(n):	
C.c.:	[redacted]

Aanleiding

Aanleiding voor deze notitie en het delen van casuïstiek is de zorg van het management van de Spoedeisende Psychiatrie Amsterdam over de toename van meldpunten voor psychiatrische en psychosociale crises. Inmiddels zijn in de regio Amsterdam-Amstelland structureel 3 crisisdiensten actief met hun eigen meldpunt, gericht op het met spoed outreachend onderzoeken van gevaarlijke situaties met betrekking tot psychosociale en psychiatrische problematiek: Vangnet en Advies van de GGD, Veilig Thuis en de Spoedeisende Psychiatrie Amsterdam. Deze 3 diensten werken voor een groot deel onafhankelijk van elkaar, hebben geen gemeenschappelijke visie en wisselen ook geen informatie uit.

GGD, afdeling Vangnet en Advies, heeft sinds de oprichting van de crisisketen in 2003 een 24-uurs dienst. Hun taak was triage op het politiebureau van psychosociale crises, waarna verwijzing naar de Spoedeisende Psychiatrie Amsterdam kon plaatsvinden, tot aan de herijking van de crisisketen in 2014 waarbij in eerste instantie Politie en in tweede instantie Ambulance direct naar de Spoedeisende Psychiatrie Amsterdam konden verwijzen. De rol van triage op het politiebureau door de GGD verviel hiermee. Dit volgt overigens een landelijke trend (landelijk convenant Politie-GGZ, 2012). Afgelopen jaar heeft de GGD echter een laagdrempelig nieuw nummer gelanceerd voor psychosociale crisis en ander vraagstukken, inclusief psychiatrie. (Citaat uit actuele vacature tekst GGD: "MGGZ biedt een 24-uurs crisisdienst waar, veelal samen met politie, acute sociaal psychiatrische beoordelingen worden gedaan bij cliënten die vanuit OGGZ problemen overlast veroorzaken").

Veilig Thuis heeft de ambitie om bij onveilige thuissituatie 24 uur per dag beschikbaar te zijn middels een crisis interventie team (citaat website: "Naast telefonisch advies en informatie heeft de organisatie ook een interventieteam klaar staan dat 24 uur per dag aanwezig is om ter plaatse te beoordelen wat er

aan de hand is."). Uit het overleg met Veilig Thuis Amsterdam Amstelland komt naar voren dat zij inmiddels een crisisinterventie team hebben. Dit team bestaat uit 2-3 SPV-en en recentelijk een (kinder-)psychiater. Zij gaan met spoed op meldingen van huiselijk geweld bij volwassenen en kinderen af, waarbij de term huiselijk geweld ruim wordt gedefinieerd. Het kan bijvoorbeeld ook gaan om kinderen die alleen in een tram zijn achtergelaten of in verwaarlozende omstandigheden opgroeien. Indien zij GGZ problematiek zien en behandeling nodig vinden, is hun standaard procedure om de huisarts te vragen om naar de 2e lijns GGZ te verwijzen. De huisarts is de zorgregisseur van het gezin. Zij denken zo de patiënt/ouder te kunnen verleiden om in zorg te komen. Zij zien alleen een rol voor de GGZ Crisisdienst als een Inbewaringstelling moet worden aangevraagd.

Het is momenteel voor de Spoedeisende Psychiatrie Amsterdam niet helder welke relatie de GGD met Veilig Thuis heeft. Zij werken naast elkaar en hebben ook geen duidelijke afspraken over wie welke consulten doet. De samenwerking tussen Vangnet en Veilig Thuis kent ook drempels (aanmeldformulieren, etc.).

Wij vrezen dat het in de praktijk onduidelijk zal zijn voor professionals en burgers om te weten welk nummer men moet draaien in welke situatie. Daarmee wordt het betrekkelijk willekeurig bij welke instantie patiënten terechtkomen, met welke deskundigheid ze worden gezien en wat de uitkomst is. Dit is de reden voor deze notitie. De bestuurders van de GGZ hebben ons gevraagd of er zich reeds feiten hebben voorgedaan die een aanwijzing vormen voor dergelijke communicatiefouten en wij menen dat een aantal voorbeelden te noemen zijn.

Opmerkingen vooraf over casuïstiek

Voordat dieper ingegaan wordt op de casuïstiek, is het van belang om een aantal opmerkingen te maken:
1. Het gaat bij deze voorbeelden om oude casuïstiek die ook al is nabesproken met betrokken partijen. Het gaat niet om nieuwe gevallen die nog nabespreking behoeven.
2. Het is zelden mogelijk bij incidenten om een 1-op-1 relatie met een causale oorzaak te leggen. Het gaat ons er dan ook niet om een schuldige aan te wijzen en ook wensen wij niet te suggereren dat bij andere samenwerkingsafspraken deze calamiteiten niet hadden plaats gevonden. Wel zijn we van mening dat de samenwerking momenteel suboptimaal is en dat dit de kans op het optreden van incidenten in de toekomst vergroot.
3. Het gaat niet om onbekende casuïstiek voor de gemeente. Het is casuïstiek die (deels) buiten de GGZ is gebleven. Hierdoor kan het zijn dat een aantal aannames die wij maken niet kloppen.

Casus 1

[redacted]

[redacted]

[redacted]

Casus 2

[redacted]



Beschouwing op actuele externe ontwikkelingen:

Tegelijkertijd zijn er ontwikkelingen die maken dat er steeds een groter appèl wordt gedaan op de acute psychiatrie om laagdrempeliger beschikbaar te zijn voor psychiatrische patiënten die in de openbare ruimte overlast voor gevaar opleveren, door betere aanrijtijden en meer deskundigheid. Het gaat enerzijds door de ambities uit het landelijk convenant politie-GGZ, de bouwstenen van het Schakelteam Personen met Verward gedrag, maar ook de zojuist geautoriseerde Generieke Module Acute Psychiatrie. Onderdeel van dit laatste is een triagestandaard met bijpassende aanrijtijden, die gebaseerd is op de triage die is ontwikkeld in de ROAZ focusgroep Acute psychiatrie in onze eigen regio. Ook worden er aanvullende eisen gesteld aan de deskundigheid en faciliteiten van opvanglocaties. Het gaat in deze notitie te ver om alle details te bespreken. Wel willen we enkele uitkomsten van de rapportages naar aanleiding van het overlijden van Els Borst hier nog eens expliciet noemen.

IGZ rapport m.b.t. Bart van U.:
"Tijdigheid crisisbeoordeling: Wat betreft de aanrijdtijd voor de crisisbeoordeling vestigt de inspectie de aandacht op de streeftijd uit het landelijke convenant (beoordeling binnen twee uur na melding bij de crisisdienst). Bij een snelle komst kan de crisisdienst zich een getrouwer beeld vormen van de acute problematiek die aanleiding is voor de consultvraag.

Eventueel gevaar kan dan ook beter worden onderkend. Naast dit aspect speelt uiteraard ook het belang van de betrokken persoon, voor wie lang wachten om verschillende redenen zeer onwenselijk is. De inspectie dringt er daarom op aan dat de zorgaanbieders zich houden aan een tijdige crisisbeoordeling."
"Toeleiding na crisisbeoordeling: Een crisisbeoordeling is veelal gericht op de inschatting van het acute gevaar dat voortvloeit uit een psychiatrische stoornis. Wanneer er geen (gedwongen) opname volgt na een crisisbeoordeling, omdat wordt geoordeeld dat er geen sprake is van acuut gevaar, kan toch op korte termijn zorg nodig zijn. Dit kan zowel klinisch als ambulant, dit laatste ook in de vorm van bemoeizorg. In geval van de heer Van U., die relatief weinig zichtbare overlast veroorzaakte in het publieke domein, duurde het lang voordat een zorgaanbieder het voorstel deed om een RM aan te vragen."
"De inspectie verwacht na een crisisbeoordeling een expliciete afweging van de begeleidings- en behandelingsmogelijkheden. De zorgaanbieder voert dan regie, onderneemt waar nodig actie en zorgt eventueel voor adequate overdracht. Met name bij zorgmijders is het van belang dat de zorgaanbieder zich ervan vergewist dat de patiënt niet van zorg en/of begeleiding verstoken blijft."

In de aanbiedingsbrief van minister Schippers dd. 7 maart 2017 staat hierover de volgende passage:
"De inspectie doet ook een aantal aanbevelingen op het terrein van de beoordeling door de crisisdienst. De inspectie dringt in het rapport aan op een tijdige beoordeling door de crisisdienst en wijst daarbij op de veldnorm om tachtig procent van de meldingen binnen twee uur te hebben beoordeeld. De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) heeft eerder geconcludeerd dat er nauwelijks wachttijden zijn voor de crisis GGZ. De wachttijd die er is, wordt voornamelijk veroorzaakt door reistijd en soms door een samenloop van meerdere aanvragen tegelijk. Niettemin is de samenwerking en afstemming binnen de keten van de acute geestelijke gezondheidszorg voor verbetering vatbaar. Daar wordt sinds 2015 hard aan gewerkt. De autorisatie van de generieke module acute psychiatrie (zorgstandaard) is nagenoeg afgerond. Onderdeel van deze module is een triagemethodiek die onderscheid maakt in een vijftal patiëntencategorieën en de tijd waarbinnen de beoordeling moet zijn afgerond. Ook worden aanzetten gegeven voor de werkwijze in de meldkamer en voor verbetering van het vervoer. Deze zullen moeten aansluiten op de ontwikkelde triagemethodiek en worden in aparte adviezen nader uitgewerkt. Ik vind het van groot belang dat deze verbeteringen (waaronder de ontwikkelde triagemethodiek), goed in de praktijk landen en heb daarom via ZonMw middelen beschikbaar gesteld."

Conclusies

Het blijkt dat inmiddels in de regio Amsterdam-Amstelland structureel 3 crisisdiensten actief zijn voor acute, onveilige situaties met personen met verward gedrag. Naast de eigenlijke GGZ Crisisdienst positioneren en bieden ook de andere crisisdiensten zich op gebied van sociaal psychiatrische beoordeling, en (overbruggings)behandeling aan dan wel maken zij afwegingen omtrent inzet dwang en drangkader.

Deze 3 diensten werken voor een groot deel onafhankelijk van elkaar, hebben geen gemeenschappelijke visie en wisselen ook geen informatie uit. Hierdoor ontstaat het gevaar dat het crisis geval niet tijdig wordt herkend en dus ook niet bij de GGZ Crisisdienst komt. Hierdoor wordt onvoldoende gebruik gemaakt van

de mogelijkheden van dwang en drang en de alternatieven daarvan binnen de GGZ. Ook in de toekomst zal een groot risico blijven bestaan dat patiënten met GGZ problematiek die met acute uitingen van gevaarlijk gedrag niet of niet tijdig in beeld van de GGZ komen en zonder voldoende deskundigheid en informatie beoordeeld worden. Zij zullen dus ook niet tijdig (gedwongen) 2e lijns GGZ zorg krijgen. Dat heeft gevolgen voor de gezondheid van de patiënt, maar ook voor de veiligheid van de persoon zelf en de omgeving. Verder moet worden geconstateerd dat in de genoemde documenten met de 'crisisdienst' de 'GGZ crisisdienst' wordt bedoeld. Zorgverzekeraars streven er naar om per regio maar 1 partij te contracteren met betrekking tot het vergoeden van GGZ crisiszorg, middels het verstrekken van crisisDBC's. Ook moet worden geconstateerd dat een beoordeling van een persoon bij wie een vermoeden is van een psychiatrische stoornis en gevaar altijd een IBS-beoordeling is die bij een GGZ crisisdienst toebehoort. Ook als besloten wordt om geen IBS aan te vragen, maar een alternatieve zorg of geen zorg aan te bieden. De stelling dat niet in alle gevallen van crisis sprake is van psychiatrie gaat niet op. Bij rook zal de brandweer uit moeten rukken. Pas later zal blijken of er daadwerkelijk sprake is van (ernstige) brand. Zo zal ook bij acute verwardheid de GGZ crisisdienst direct moeten worden ingeschakeld. Vanuit cliëntperspectief zijn er daarom met enige urgentie afspraken nodig om de taken en rollen van de verschillende instanties af te stemmen en toe te werken naar een eenduidig gepositioneerde GGZ crisisdienst waarbij het ROAZ protocol en de Generieke module Acute Psychiatrie unaniem wordt opgevolgd voor elke (sub)doelgroep in Amsterdam.

Dit vergt oplossingsrichtingen als:

- Bij een vermoeden van acute psychiatrie (verwardheid, suïcidaliteit, bekende GGZ patiënt, etc.) en een gevaarsetting dient onverwijld de GGZ Crisisdienst te worden ingeschakeld om ook de mogelijkheden van dwang en drang tijdig en deskundig in te kunnen schatten.

- Aansluiten bij de somatische structuren voor acute zorg bij het ROAZ

- Implementeren van Generieke Module Acute Psychiatrie: gezamenlijk gedragen triagestandaard in diverse meldkamers (112, GGD, VT, crisisdienst) om verwijzingen van 'leken' goed door te geleiden

- Uit elkaar halen van rollen binnen de regio: regie, uitvoering en toezicht.

- Analyseren en monitoren van cliëntenstromen, delen van data daaromtrent en heldere overlegstructuur

- Zoeken naar aansluiting tussen reguliere en forensische GGZ, o.a. via het AcVZ.

Bronnen:

- Generieke Module Acute Psychiatrie: http://www.kwaliteitsontwikkelingggz.nl
- Vervoersdocument SiRM
- Inspectierapport commissie Hoekstra Bart van U
- Calamiteitenonderzoek Amsterdam. Borgen van veiligheid in kwetsbare gezinnen. Utrecht, september 2015. Samenwerkend Toezicht Jeugd/Sociaal Domein io.

[redacted]

- Eindrapport Evaluatie en herijking crisisketen Amsterdam Amstelland, KPMG, maart 2015, gepresenteerd in Ambtswoning, juni 2016