GGD Amsterdam

Versie 1.0
3 maart 2016

GGD en politie in Amsterdamse wijken

Een impressie van de Wijk-GGD'er

Auteur(s) T. Fassaert, M. Willemsen, M. Buster

Inhoud

1 Samenvatting **3**

2 Lijst met afkortingen **4**

3 Inleiding **5**

4 Aanpak **7**

5 De werkwijze van de wijk-GGD'er **7**
5.1 Signaal 7
5.2 Analyse 9
5.3 Actie 10
5.3.1 Huisbezoek 10
5.3.2 Screening en triage 11
5.3.3 Afhandeling/zorgtoeleiding 13
5.3.4 Tijdelijke regie 14
5.3.5 Consultatie, coaching 16
5.4 Monitoring en nazorg 17

6 Wat levert het op? **19**
6.1 Output 19
6.2 Outcome 24

1 Samenvatting

De GGD trekt al vele jaren samen met politie op in de bestrijding van zorg en overlast in Amsterdamse wijken. Dat gebeurt voornamelijk onder de paraplu van de Meldpunten Zorg en Woonoverlast (MZWO). Mede naar aanleiding van de (nieuwe) wijkgerichte zorgaanpakken en aanhoudende signalen dat er sprake zou zijn van een toenemend aantal verwarde personen op straat, is in 2015 een traject gestart met als inzet het onderhouden, versterken, intensiveren en (waar opportuun) standaardiseren van de werkwijze. Bij gelegenheid van dit traject is de sociaal-psychiatrisch verpleegkundige (SPV) van de GGD in de wijk omgedoopt tot Wijk-GGD'er. Een belangrijke vraag die er ligt met betrekking tot de wijk-GGD'er is wat diens werkwijze behelst en wat het oplevert. Aan de hand van casuïstiek en enkele cijfers wordt middels deze rapportage een eerste antwoord op deze vraag gegeven. De rapportage onderstreept het belang van enkele cruciale elementen in het werk van de wijk-GGD'er: de laagdrempelige samenwerking met wijkagenten, een integrale blik bij het screenen van kwetsbare burgers, het verwijzen naar en toewijzen van zorg en de monitoring van alle verantwoordelijke partijen.

2 Lijst met afkortingen

- ABT = Ambulant Behandel Team
- ACT = Assertive Community Treatment
- BW = Begeleid Wonen
- FACT = Functie Assertive Community Treatment
- GGZ = Geestelijke Gezondheidszorg
- HWT = Hygiënisch Woning Toezicht
- IBS = In Bewaring Stelling
- JBRA = Jeugdbescherming Regio Amsterdam
- LVB = Licht Verstandelijke Beperking
- MGGZ = Maatschappelijke & Geestelijke Gezondheidszorg
- MO = Maatschappelijke Opvang
- MZWO = Meldpunt Zorg en Woonoverlast
- OGGZ = Openbare Geestelijke Gezondheidszorg
- RIBW = Regionale Instelling voor Beschermd Wonen
- SPOR = Spoedeisende Psychiatrische Onderzoeks Ruimte
- SPV = Sociaal-Psychiatrisch Verpleegkundige
- VT = Veilig Thuis
- WBV = Woningbouwvereniging
- WMO = Wet Maatschappelijke Ondersteuning
- WPI = Werk Participatie Inkomen
- ZRM = Zelfredzaamheid-Matrix

3 Inleiding

Amsterdam kent, vergeleken met andere grote steden, weinig zichtbare problematiek in de openbare ruimte. Dat is voor een groot deel te danken aan een goed werkend en fijnmazig systeem van organisaties en netwerken, dat in staat is om burgers met ingewikkelde zorgvragen goed te bedienen. Bovendien zijn er verschillende plekken waar burgers met een complexe hulpvraag (of hun bezorgde naasten) een melding kunnen doen als het desondanks niet goed blijkt te gaan. In geval van dak- en thuisloosheid is er de keten Maatschappelijke Opvang/Begeleid Wonen (MO/BW). Gaat het om meer acute nood, dan is er de Acute Crisisketen. Bovendien zijn er de Meldpunten Zorg en Woonoverlast (MZWO) en zijn sinds enige tijd ook Samen DOEN en Veilig Thuis operationeel.

In dat stedelijke web van ketens en organisaties opereert de afdeling Vangnet van de GGD Amsterdam. Vangnet is er voor hen die ondanks alle voorzieningen buiten de boot (blijven) vallen. De naam 'Vangnet' is dan ook niet toevallig gekozen: het werk van de afdeling draait om het tijdelijk opvangen van mensen die, in relatie tot de openbare gezondheid, tussen wal en schip vallen; zich buiten de reguliere zorg bevinden.

Het takenpakket van Vangnet is breed en gevarieerd. Dit is inherent aan het complementaire karakter van de afdeling. Wel zijn er vaste onderdelen. De eerste is de crisisdienst, die voor professionals – vooral politie - 24/7 paraat staat om (mee) te kijken naar wat er met een burger in acute nood aan de hand is en er voor te zorgen dat de persoon in kwestie zo snel als mogelijk de hulp krijgt die nodig is. Daarnaast trekt Vangnet al vele jaren samen op met politie in de bestrijding van zorg en overlast in Amsterdamse wijken, voornamelijk onder de paraplu van de MZWO. Beide taken zijn belegd bij hetzelfde team.

Naar aanleiding van een reeks ontwikkelingen is in 2015 besloten tot een traject met als insteek deze tweede pijler - de samenwerking tussen GGD en wijkagent op wijkniveau - te versterken, te intensiveren en (waar opportuun) te standaardiseren. In elk geval de volgende ontwikkelingen worden hier genoemd als aanleiding:

- Aanhoudende signalen vanuit de politie dat er sprake zou zijn van een stijging in het aantal meldingen over verwarde of overspannen mensen (politie meldcode 'E33') in de openbare ruimte;
- De uitvoering van de decentralisaties op het gebied van de WMO, de nieuwe Jeugdwet en de Participatiewet, die er toe hebben geleid dat op wijkniveau verschillende (nieuwe) ketens en aanpakken zijn ingericht. Deze nieuwe zorgstructuur vroeg om een herijking van de rol van Vangnet in de wijk.
- Er werd een stedelijk traject gestart richting uniformering van de werkwijze van de MZWO, vanuit de observatie dat de meldpunten elk hun eigen werkwijze hadden ontwikkeld. De politie en GGD zijn, als direct samenwerkende partijen en vaste deelnemers aan de Klein en Groot Overleggen, sterk met de meldpunten verbonden.

Bij gelegenheid van dit traject is de SPV van de GGD in de wijk omgedoopt tot Wijk-GGD'er. De voornaamste uitgangspunten voor het traject met de Wijk-GGD'er waren de volgende:

- Verwarde mensen eerder in beeld, sneller bij verwarde mensen achter de voordeur kijken,
- Verwarde mensen vaker en actiever begeleid naar behandelaars
- Aandacht voor de niet-GGZ kant (verwarde personen horen niet altijd thuis in de GGZ)
- Voorkomen dat verwarde burgers worden 'gecriminaliseerd' of 'gepsychiatriseerd'.
- Intensiever een vinger aan de pols, zodra iemand in beeld is, om terugval te voorkomen.

Uiteindelijke is de inzet van de Wijk-GGD'er er natuurlijk op gericht om te voorkómen dat problemen escaleren tot een (acute) crisissituatie of - waar dit niet lukt – herhaling van (acute) crisis te voorkomen en/of (acute) crisissituaties zo soepel mogelijk te laten verlopen.

Vraagstelling

De vragen die er liggen met betrekking tot de samenwerking tussen wijkagent en wijk-GGD'er zijn: wat is de huidige werkwijze van de wijk-GGD'er betreffende verwarde personen, wat houdt het verbetertraject voor deze werkwijze in en wat kunnen we zeggen over opbrengsten van de samenwerking, zowel in het algemeen als specifiek met betrekking tot de verbeteringen die zijn aangebracht? Daarbij was de insteek niet om een uitputtend overzicht te geven. In dit verband verwijzen we naar eerdere verslaglegging van de pilot en een lopend onderzoeksinitiatief van de VU, dat op verzoek van politie en in samenwerking met GGD tot medio 2016 o.a. best-practices in de samenwerking tussen GGD en wijkagent systematisch in kaart zal brengen.[1]

[1] Het onderzoek van de VU wordt getrokken door de afdeling Bestuurswetenschappen, in samenwerking met Sociologie. Het onderzoek richt zich op (1) visie van professionals op hun eigen informatiepositie t.o.v. overlastgevende, verwarde personen in de buurt; (2) hun visie op het verloop van het samenwerkingsproces (met good- en best-practices) tussen politie en GGD en (3) behoeften, verwachtingen en suggesties ter verbetering van dit samenwerkingsproces. Rekening houdend met de resultaten van het VU onderzoek zullen lessen uit de pilot, voor zover ze de GGD betreffen, als onderdeel van de reguliere werkzaamheden worden uitgerold naar de rest van de gebieden.

4 Aanpak

	Vraag	Soort vraag	Hoe beantwoord?	Waar?
1	Wat is de werkwijze van de wijk-GGD'er betreffende verwarde personen?	Proces	Met informatie uit de pilot (groepsbijeenkomsten met GGD/politie) evenals casuïstiek opgehaald bij Wijk-GGD'ers. Tien Wijk-GGD'ers hebben een casus geselecteerd die illustratief is voor hun samenwerking met de wijkagent, evenals actiepunten uit de pilot.	Hst. 4
2	Wat houdt het verbetertraject voor deze werkwijze in?	Proces	Met informatie uit de pilot (groepsbijeenkomsten met GGD/politie) evenals casuïstiek opgehaald bij Wijk-GGD'ers.	Hst. 4, in een aantal 'boxen'
3	Wat kunnen we zeggen over opbrengsten van de werkwijze voor de stad?	Output/outcome	Registratiesysteem GGD (Lotus), casuïstiek opgehaald bij Wijk-GGD'ers	Hst. 5

5 De werkwijze van de wijk-GGD'er

De werkwijze is beschreven en geordend langs verschillende fasen van afwikkeling van een melding: (i) signaal, (ii) eerste respons, (iii) actie en (iv) monitoring/nazorg.

5.1 Signaal

De meeste meldingen voor de Wijk-GGD'er komen in Amsterdam binnen bij de Meldpunten Zorg & Woonoverlast (MZWO) of rechtstreeks bij respectievelijk politie (wijkagent, of noodhulp die doorzet naar wijkagent) en de GGD (bureaudienst). Kijkend naar de herkomst van de melders dan worden zeer uiteenlopende groepen genoemd. In principe kan dan ook iedereen een melding doen. Vaak zijn burgers (bezorgde buren en familieleden), de woningbouwvereniging (WBV) en hulpverleners vanuit zorg (ziekenhuizen, huisartsen, MO) de melder. Meldingen die relevant zijn gaan in feite over alles: geluidsoverlast, burgers met schulden, (dreigende) uithuiszettingen, vereenzamende ouderen, maar ook

verslaafden, psychiatrische gevallen, LVB'ers, hangjongeren, toeristen, daklozen, uitgeprocedeerde asielzoekers. Heel veel typen meldingen zijn dus relevant.

SPV1: "Een familie neemt contact op met het Meldpunt Zorg en Overlast. Zij krijgen geen contact met hun familielid en vragen actie. Zelf zijn zij meerdere keren aan de deur geweest maar zonder resultaat. Ook telefonisch contact maken levert volgens de familie niets op. Tegelijkertijd doet ook de huisarts van betrokkene rechtstreeks een melding bij de GGD (Vangnet). Deze huisarts spreekt het vermoeden uit dat betrokkene depressief is."

SPV2: "We worden gebeld door een Woningbouwvereniging die zich zorgen maakt om een bewoner. Het betreft een mevrouw die al een kind is verloren door een tragisch ongeluk en nu ook getuige is geweest van de dood van een tweede kind. Deze werd voor haar ogen neergestoken in haar woning. De vrouw uit zich suïcidaal naar haar omgeving."

SPV3: "Mijn cliënt was al in 2007 eenmalig gezien door de GGD, vanwege een psychiatrische crisis. Dit jaar kwam hij bij ons in beeld via een wijkagent. Een bewoner uit zijn wijk had namelijk melding gemaakt van zijn verwarde buurman, die een vechtpartij zou hebben gehad met een aantal onbekende personen voor de deur. Dit gaf een onveilig gevoel. De bewoner wilde verder niet veel kwijt, alleen dat betrokkene een 'psychopaat' zou zijn."

SPV4: "JBRA betrekt ons bij een zaak die draait om een uithuisgeplaatste minderjarige jongen. Betrokkene moet van de kinderrechter weer thuis geplaatst worden. Bij inspectie treft JBRA echter een vervuilde woning aan en besluit de GGD te bellen."

SPV5: "*De WBV had te maken met een bewoner die al enige tijd overlast veroorzaakte. Omdat de WBV bekend was met het feit dat betrokkene tevens cliënt was in de GGZ, namen zij contact op met d behandelaar met het bericht dat zijn cliënt overlast veroorzaakte en wat hij daar aan kon doen. GGZ stelde zich op het standpunt geen mededelingen te kunnen doen over betrokkene en wenste niet verder in contact te treden met de WBV. De WBV voelde zich niet gehoord en besloot de GGD in te roepen om mee te kijken in deze casus."*

SPV6: "De GGD wordt gebeld door een bezorgde buurvrouw. De buurvrouw had aanmaningen gevonden voor haar buurman. Deze aanmaningen, in combinatie met het feit zij wist van alcoholproblemen in het verleden, doet haar besluiten een melding te doen."

SPV7: "*De GGD kreeg het verzoek van een Woningbouwvereniging en wijkagent om een cliënt te bezoeken. Aanleiding voor dit verzoek was een reeks van incidenten waarbij buren klaagden over schreeuwpartijen van betrokkene. Betrokkene woont sinds enkele weken komen wonen op deze woning. Sindsdien overlast. Betrokkene blijkt, na een schreeuwincident wel al gezien door een psychiater; politie heeft hem toen rechtstreeks ingestuurd naar de SPOR, maar er was geen noodzaak van voortzetting contact. Geen reden toe, aldus psychiater. Het ABT* [ambulant behandel team] *zag vooral Cluster B trekken.*"

Eigenlijk kunnen alle vreemde of afwijkende gebeurtenissen in een wijk in aanmerking komen voor een melding. Niet in alle gevallen overigens dragen meldingen de (politie)meldcode "E33"; geluidsoverlast heeft bijvoorbeeld een eigen meldcode. Soms gaat het om zaken waarvan een wijkagent al weet dat er zorg in zit, die hij echter wil toetsen bij een onafhankelijke derde partij omdat hij twijfelt of dat zorgkader

voldoende is. De Wijk-GGD'er gaat dan vaak mee met de wijkagent om de situatie ter plekke te bekijken. Vaak is er niet zoveel aan de hand, maar helpt het feit dat de Wijk-GGD'er toch gaat kijken om de betrokken wijkagent daarvan te overtuigen. Bovendien is er soms wel degelijk iets aan de hand.

SPV8: "*Een wijkagent vroeg me mee te gaan naar het adres van een man die eerder die week gezien was op het bureau. De man was aangifte komen doen, maar waarvan was niet duidelijk. De reden was vreemd, vaag. Dat voelde niet pluis. Daarbij oogde de man wat onverzorgd. De wijkagent vroeg zich af of het wel goed ging met die man. Ik ga dus met die agent mee en tref op dat adres een paranoïde persoon aan.*"

Box: Verbeterde signalering
Op het gebied van signaleren heeft het verbetertraject het volgende opgeleverd:

- De fysieke aanwezigheid van Wijk-GGD op het bureau van politie en in de wijk, om gebeurtenissen in de wijk met wijkagenten naar behoefte te bespreken, verhoogt de kans dat meldingen onder de aandacht worden gebracht van de Wijk-GGD'er.

  SPV9 "*Als ik straks naar mijn wijkteam ga, weet ik zeker dat ik door een aantal agenten aangeschoten zal worden. Ik investeer daar in, door er regelmatig heen te gaan en mijn gezicht te laten zien. Ga ik vaker, heb ik ook meer werk.*"

  SPV2: "*De wijkteamleiding op het bureau kwam op me af. " Ga jij eens mee kijken." Het bleek om een tamelijk ingewikkelde casus te gaan waar behoorlijk veel meer speelde dan overlast. De wijkagent kwam er niet uit."*

  Omdat dit meer kan worden ingezet, is o.a. besloten om een Wijk-GGD'er in Oost een spreekuur te laten starten. Bovendien wordt er vanuit de GGD inmiddels meer gestuurd op contiuniite van dienstverlening, door er per gebied voor te zorgen dat Wijk-GGD'ers bij afwezigheid van een collega elkaar taken waarnemen.

- Gebleken is dat er winst lijkt te behalen uit de koppeling noodhulp – wijkagent. Dit is het beste te illustreren aan de hand van de casus van de moeder die door de WBV werd gemeld bij de GGD omdat ze zich suïcidaal uitte:

  SPV2: "*Voordat haar zoon in de woning werd aangevallen en doodgestoken, was er al veel geweld op de woning geweest. Daar was herhaaldelijk noodhulp van politie bij betrokken geweest, maar dat is niet bij de wijkagent terecht gekomen, zodat die ook niet kon overwegen het door te zetten naar de GGD. Pas toen GGD via WBV was betrokken, is ook de wijkagent op de hoogte gesteld.*"

  In de praktijk hoort een wijkagent dus niet altijd (rechtsreeks) van de noodhulp wat er in de wijk gebeurt. In deze casus is dat jammer, omdat Vangnet na een incident met ernstig geweld ook een rol kan spelen in de nazorg aan slachtoffers. Het verbetertraject heeft geleid tot het voornemen om deze koppeling te verbeteren.

5.2 Analyse

Na een signaal wordt meestal eerst bekeken wat er mogelijk aan de hand is door te inventariseren welke informatie al bekend is over de zaak. Er vindt in dat kader vaak veel en snel overleg met het netwerk,

alvorens er op huisbezoek gegaan wordt. GGZ, huisarts, JBRA, MZWO, AMC (psychiatrie), Leger des Heils, HVO.

SPV1: "*Een telefonisch informatieronde die ik doe levert mij de volgende gegevens op:*
Er is een huurschuld van drie maanden. Meerdere pogingen om contact te leggen met betrokkene zijn mislukt, hij reageert niet op aanmaningen of brieven. De stukken worden binnenkort door de verhuurder opgestuurd naar de deurwaarder; er dreigt ontruiming. Betrokkene lijkt een blanco psychiatrische voorgeschiedenis te hebben. De huisarts van betrokkene ziet hem nauwelijks. Voor zover huisarts daar zicht op heeft is er geen sprake van een somatische aandoening. Betrokkene is niet bekend bij Algemeen Maatschappelijk Werk in de wijk.

Ten behoeve van analyse wordt ook met wijkagenten overlegd. Een wijkagent kan de melding verrijken door aan te geven of het adres bekend is, eventueel na raadplegen van BVH. Dit is een belangrijke taak van de politie. De melder (bijv. burger) kan niet bepalen of er strafrechtelijke aspecten zijn. Zijn die veiligheidsissues er, dan ligt het voor de hand dat de wijkagent ook een rol speelt in de afwikkeling van de melding, bijvoorbeeld door samen met de Wijk-GGD'er op huisbezoek te gaan.

SPV1: "De Wijkagent blijkt in deze casus nog niet in beeld, er zijn nog geen meldingen of signalen van overlast. Ogenschijnlijk is dit puur een geval van zorg, buurvrouw van betrokkene is ook echt de enige melder."

Soms leidt het contact met de wijkagent ook tot andersoortige informatie:

SPV3: "*Via de wijkagent vernam ik dat betrokkene niet open wenst te doen voor de GGD, maar wel contact zou hebben met een huisarts. Via het MZWO weet ik de gegevens van de huisarts te achterhalen. Overleg met huisarts leert dat laatste face-to-face contact met betrokkene vijf maanden geleden was. Het laatste telefonisch contact was drie maanden geleden. De huisarts heeft ook contact met de familie van betrokkene en op die manier kom ik te weten dat de moeder van betrokkene zich ernstige zorgen maakt over diens geestelijk toestand. Hij zou gestopt zijn met het innemen van zijn antipsychotica, waarschijnlijk is er op dit moment ook geen specialistische behandelaar betrokken. Ook die behandelaar (FACT)weten we via de huisarts te achterhalen. Die laten weten dat dhr. zo nodig weer in zorg genomen kan worden*."

5.3 Actie

5.3.1 Huisbezoek

Op basis van de verrijkte melding wordt de inzet bepaald. In verreweg de meeste gevallen gaat de Wijk-GGD'er op een melding af voor een huisbezoek. Als er sprake is van (dreigend) gevaar, gebeurt dat samen met de wijkagent, maar vaak ook gaat de wijk-GGD'er alleen op een melding af. Een huisbezoek is daarmee de belangrijkste interventie, waarbij het belangrijk is dat de Wijk-GGD'er direct, of in elk geval zo snel mogelijk, in staat is om op verzoek van een wijkagent mee te gaan.

Samen komen wijkagent en WijkGGD'er vrijwel altijd en overal binnen. De wijkagent wordt hierbij bewust ingezet om de problemen waarin betrokkene verkeert sterker aan te zetten en daarmee een drangkader te creëren. Betrokkenen vinden het vaak vervelend als de politie op de stoep staat:

SPV1: "Ik ga samen met de wijkagent op bezoek. Er wordt niet opengedaan. Buren maken de deur wel open, zodat we in het trappenhuis kunnen. Aangekomen bij de deur kloppen we bij betrokkene aan en uiteindelijk sommeert de politie betrokkene om de deur open te maken, omdat we op basis van de al bekende gegevens [vermoeden van depressie en zelfs suïcidaliteit] *anders overwegen de deur te forceren. Hierop opent betrokkene alsnog de deur."*

SPV6: "Onder dreiging van het openbreken van de voordeur wordt dan toch open gedaan.

Niet altijd is het nodig om te dreigen of – al dan niet met ondersteuning van de wijkagent – het contact te forceren:

SPV3: *"Mijn collega en ik zijn daar verschillende keren met een wijkagent langs gegaan, op huisbezoek geweest. Geen van die keren was cliënt thuis en wij hadden ook steeds geen grond om bij de bewoner naar binnen te gaan. We laten in zo'n situatie wel een kaartje achter met verzoek tot contact. Uiteindelijk kwam dat contact er toch, toen betrokkene terug belde naar aanleiding van dat kaartje. Hij klonk aan de telefoon bozig, sprak wat houterig, haperde."*

SPV6: "Ik ben toevallig met een collega van Hygiënisch Woning Toezicht (HWT) in de buurt en kan meteen op huisbezoek. Ik spreek betrokkene kort, maar mag niet binnen komen, alles wordt afgehouden. Ik laat een kaartje achter zodat betrokkene contact met me kan opnemen en besluit bij geen reactie om op een later moment zelf weer contact te zoeken."

Box: Meer mogelijkheden voor actie
Tijdens het verbetertraject gaven zowel wijkagenten als Wijk-GGD'ers aan in de avonduren de kans beduidend groter is om mensen daadwerkelijk thuis aan te treffen. Daarom zijn sommige Wijk-GGD'ers nu al in de avonduren, buiten kantoortijden, beschikbaar voor wijkagenten om gezamenlijk huisbezoeken af te leggen. Het is tot nu toe echter geen regel om structureel in deze beschikbaarheid te voorzien en gebeurt het als een wijkagent er naar vraagt. Het verbetertraject heeft dan ook geleid tot een voorstel om met de inroostering van Wijk-GGD'ers toe te werken naar het structueel maken van werken in de avond (het 'Albert Heijn' model).

5.3.2 Screening en triage

Ten behoeve van richtinggevende diagnostiek screent de WijkGGD'er, met kennis van medisch-psychiatrische diagnostiek. Daarbij hoort ook een inventarisatie van zorgbehoeften en mogelijke hiaten in onvervulde zorgwensen. Dit om complexe casus en doelgroepen naar zorg toe te leiden of indicaties te stellen en af en toe ook zorg af te wijzen. Bij de screening is een integrale blik een vereiste, vanwege de vaak zeer complexe gevallen die worden gezien. Hoe complex, blijkt uit de volgende gevalsbeschrijvingen:

SPV10: "*Een vrouw, bipolair, met af en toe drugsgebruik. Zij is wel in zorg, maar onvoldoende, gelet op de situatie [overlast]. Vanwege therapie-ontrouw wordt mevrouw keer op keer naar verslavingszorg verwezen en dan af en toe in crisis opgenomen (vrijwillig). Overigens woont deze vrouw naast een persoon die eveneens overlast veroorzaakt, daarbij naar buiten (omgeving) agerend. Beide bewoners ruziën niet alleen - onderling en met de buren – maar brengen ook opzettelijk schade toe aan de (huur)woning (maken verlichting onklaar, krassen in houtwerk). De woningbouwvereniging weigert inmiddels nog langer reparaties te verrichten en wordt nu door beide vrouwen aangeklaagd. Ook de politie raakt ontmoedigd en neemt meldingen al lang niet meer serieus en dreigt de handen van de zaak af te trekken.*"

SPV10: "*Een vrouw, lijdend aan een waanstoornis, die vreemd en oninvoelbaar gedrag vertoont in de buurt: scheldend, geprikkeld naar de buren. Het vreemde gedrag is storend voor de bewoners maar vormt op zichzelf geen grondslag voor een psychiatrische opname of verwijdering uit de buurt.*"

SPV7: "*Tijdens een huisbezoek met de wijkagent zie ik een man die nog niet zo lang in Amsterdam blijkt te wonen. Zijn vorige woning is ontruimd. Betrokkene maakt op theatrale wijze (schreeuwend, scheldend, huilend, op de grond vallend) zijn ongenoegen over zijn situatie kenbaar. Hij vertelt zich erg eenzaam te voelen en heeft moeite om alles te regelen: huisraad, financiën, sociale contacten. Enerzijds roept hij dat niets lukt en dat hij ondersteuning nodig heeft, maar zodra dat concreter wordt wijst hij alle aangeboden hulp af. Ik doe navraag bij zijn vorige hulpverlener en krijg informatie over vermoedelijke diagnostiek (diagnose cluster C persoonlijkheidsproblematiek, vermijdend met narcistische trekken). Verder vertelt de behandelaar mij dat het volgens hem weinig zin heeft om betrokkene weer in zorg te nemen, omdat hij toch alles afwijst.*"

Uit de aangeleverde casuïstiek blijkt overigens duidelijk dat zaken ook in beeld kunnen komen als er (nog) geen sprake is van overlast.

SPV1: "*Uit het gesprek dat ik met hem heb blijkt dat we te maken hebben met een man zonder sociaal netwerk [uitsluitend sporadisch contact met buurvrouw] die inderdaad verslaafd is aan alcohol. Af en toe stopt hij zelf met drinken, wat gevaarlijk is. Hij is onvoldoende zelfredzaam op meerdere leefgebieden, getuige het feit dat hij ondervoed oogt, lichamelijke klachten heeft (o.a. benauwdheid) waarvoor hij niet naar een huisarts gaat, leeft in een vervuilde woning en vanwege een forse huurachterstand dreigt te worden ontruimd.*"

SPV4: "*Ik ben betrokken bij een gezin waarvan zowel moeder als haar drie zoons een psychotische stoornis hebben. Eén van de zoons verblijft in een RIBW en één zoon is naast zijn psychotische stoornis verslaafd en dakloos. Vader houdt controle over de gezinsleden en heeft in het verleden een van zijn zoons aan bed vastgebonden omdat hij bang is dat deze wegloopt. Verder verzamelt vader spullen, vermoedelijk is er sprake van 'hoarding'.*[2] *Door de verzamelwoede van vader is de woning, die al eerder via bestuursdwang is opgeruimd, overvol en vervuild met kakkerlakken. Enkele kamers zijn niet meer toegankelijk en vader staat niet toe dat er in de keuken wordt gekeken.*"

[2] Hoarding is een psychiatrische stoornis die zich o.a. laat kenmerken doordat mensen die er aan lijden hardnekkig veel moeite hebben of onvermogen ervaren om spullen weg te doen of weg te gooien.

Tenslotte blijkt uit de gesprekken ook dat wordt ingegrepen in situaties waarin weliswaar sprake is van overlast, echter niet gebonden is aan één locatie en soms letterlijk in de openbare ruimte:

SPV11: "*Mijn cliënt is een man, chronisch verslaafd aan alcohol en met Korsakov.[3] Op het moment dat ik weer als GGD in de casus stap is hij lange tijd opgenomen geweest in een kliniek, waarna hij overgedragen is aan verslavingszorg. Dit is echter spaak gelopen door gebrek aan motivatie bij mijn cliënt; de man onttrekt zich aan zorg. Verslavingszorg doet nog wel een vooraanmelding om dhr. opgenomen te krijgen zodra de GGD hem in de dienst ziet, maar zonder resultaat. Wel lukt het om dhr. in de MO te krijgen, maar hij komt toch weer dakloos in beeld als hij wordt geschorst wegens wangedrag en weigert naar een alternatieve plek te gaan. Dhr. loopt nu rond met een winkelwagentje, nestelt zich bij een winkelcentrum en slaapt in de bosjes. Maakt gebruik van het toilet van een gezondheidspost maar bevuilt deze keer op keer in ernstige mate. Krijgt ondertussen drank van winkelend publiek. Rondom betrokkene verzamelt zich een groep alcoholisten die rondhangen en voor overlast zorgen.*"

Box: Verbeterde screening
Uitvragen van problematiek doet de GGD per definitie op meerdere leefgebieden, maar er zijn verschillende manieren om dit aan te pakken. In het kader van het verbetertraject is besloten om de screening door Wijk-GGD'ers meer te gaan standaardiseren. Hiertoe is naar voorbeeld van de Top 600 screening een screeningsformat ontwikkeld.Een onderdeel hiervan is de Zelfredzaamheid-Matrix (ZRM), een instrument dat hulpverleners in staat stelt het actuele functioneren van cliënten op alle relevante levensgebieden te beoordelen. De ZRM is ontwikkeld door de GGD Amsterdam en inmiddels ook aangedragen als triage instrument aan landelijk Aanjaagteam Verwarde Personen. Op het moment van dit schrijven wordt de vernieuwde screening door een aantal Wijk-GGD'ers getest op bruikbaarheid en relevantie.

5.3.3 Afhandeling/zorgtoeleiding

De afhandeling van een melding gebeurt in de vorm van verwijzing en – zo nodig - zorgcoördinatie. Vaak is dit een wat langer durend en complex proces dat het beste getypeerd kan worden als bemoeizorg. De kern is het beleggen van de juiste verantwoordelijkheid bij de juiste partij(en) en het niet loslaten van een dossier tot (warme) overdracht heeft plaatsgevonden en zorg is opgestart. Het motto is daarom "niet loslaten tot een ander vast heeft".

SPV6: "Het contact verliep erg moeizaam, betrokkene was zeer afhoudend. Ik besloot hem aan te melden bij verslavingszorg, maar dat contact kwam niet tot stand. Dat bleek uit een terugkoppeling van de instelling waar ik naar had verwezen; de medewerker in kwestie gaf aan dat ze niet binnen kwam en vroeg de GGD om betrokkene te presenteren aan het SPOR om zodoende opname en daarmee hulpverlening te forceren. In plaats daarvan heb ik voorgesteld dat de medewerker van de verslavingszorg samen met mij en een wijkagent nog een keer op huisbezoek zou gaan. Dat werkte, betrokkene is nu in zorg.

---

[3] Het syndroom van Korsakov is een aandoening die het gevolg is van ernstig vitamine B1 gebrek dat voornamelijk optreedt bij alcoholverslaving. Een alcoholist loopt dit risico omdat hij doorgaans slecht eet en een verhoogde vitamine behoefte heeft. Een gedeelte van de hersenen wordt aangetast waardoor geheugenverlies ontstaat.

SPV7: "Betrokkene had aangegeven eerst zelf aan de slag te willen met zijn problemen, maar binnen twee weken waren er weer klachten van overlast vanwege het schreeuwen. Hij is toen direct uitgenodigd en binnen een week gezien bij de GGD, samen met iemand van de woningbouwvereniging. Betrokkene gaf aan dat hij het niet redde. We hebben hem toen een ultimatum gesteld; hij kreeg een laatste kans waarbij hij een maand lang rustig diende te blijven en intussen samen met de woningbouwvereniging in gesprek zou gaan met de klagende buurman. Ondersteuning op het gebied van de andere leefgebieden was bovendien vanaf dat moment geen vrijblijvende optie meer, maar een verplichting, onder dreiging van ontruiming op grond van aanhoudende overlast.

In de praktijk zien we in de zorgtoeleiding een steeds betere samenwerking met wijkgerichte aanpakken, zoals Samen DOEN:

SPV7: "Betrokkene stemde in en werd aangemeld bij Samen DOEN. Inzet: steun en begeleiding organiseren bij het regelen van de praktische zaken als financiën, huisraad, het zoeken naar een huisarts en vinden van sociale contacten in Amsterdam."

Overigens is de route er ook in een andere richting. Dit past heel goed bij het complementaire karakter van Vangnet:

SPV10: "Ik kreeg een verzoek van Samen DOEN om betrokkene te zien. Hij dreigde namelijk te worden ontruimd op basis van een huurschuld. Betrokkene had zich al tot twee keer toe onttrokken aan de hulpverlening die vanuit Samen DOEN was georganiseerd, met als gevolg dat zijn uitkering was gestopt en de huurschuld was opgelopen tot ruim 5000 euro. Samen DOEN had kortom veel inspanningen verricht, echter zonder resultaat en zonder er vertrouwen in te hebben dat betrokkene een derde keer wel zou gaan meewerken. Het bleek te gaan om een bekende van de GGD, een man met een paranoïde psychotische stoornis, eerder opgenomen geweest en die volgens de registratie "gevaar liep zichzelf ernstig te verwaarlozen en agressie van anderen over zich af zal roepen". Ik ben op het verzoek van samen DOEN ingegaan en heb eerst met ondersteuning van een telefonische tolk streng aangesproken en financiële bewindvoering als eis neergelegd. Vervolgens heb ik contact opgenomen met de WBV met verzoek tot uitstel van ontruiming. WBV heeft dat uitstel verleend. Verder heb ik Samen DOEN geadviseerd WPI te betrekken, omdat zij nog de enige partij waren betrokkene konden redden door een deel van de schuld op zich te nemen. Samen DOEN is nu bezig om met WPI de uitkering weer op te starten. Ook heb ik voor Samen DOEN een verzoek gedaan om Restart in te zetten.[4]

5.3.4 Tijdelijke regie

Naast verwijzing en zorgtoeleiding houdt de Wijk-GGD'er ook in de gaten of betrokken partijen zich aan de gemaakte afspraken houden en de cliënt daadwerkelijk in de zorg terecht komt. Het feit dat de Wijk-

[4] Restart is een kleinschalige ambulante afdeling van het Leger des Heils die nauw samen werkt met de GGD en overige hulpverleningsinstanties. Restart zet zich in om in korte tijd en met praktische ondersteuning samen met de cliënt weer grip te krijgen op de situatie: organiseren van het huishouden, structuur aanbrengen in de administratie, helpen bij het invullen van formulieren, etc.

GGD'er in dienst is bij de gemeente, casusregisseur is binnen het MZWO en daarmee een onafhankelijke positie heeft op basis waarvan hij of zij partijen kan aanspreken, is hierbij belangrijk, zo niet essentieel. De casuïstiek die wordt aangedragen illustreert dit op verschillende manieren:

SPV2: "*Een complicerende factor in deze casus was dat mevrouw al in zorg was. Dat klinkt misschien vreemd, maar in dit geval ging het dus om ontoereikende zorg. De behandeling was te licht en bovendien was cliënt onvoldoende therapietrouw, zodat een nieuwe crisis zonder ingrijpen onafwendbaar was. Dan moet je als Wijk-GGD'er in 'gevecht' met zorgpartijen. Eerst met de huidige zorgaanbieder, om deze ervan te overtuigen dat het zorgkader onvoldoende is. En als dat niet lukt zoek je een alternatieve aanbieder, die je moet overhalen in de casus te stappen. Ook dat is vaak vechten, omdat het in de zorg een ongeschreven code is dat je elkaar als aanbieders onderling niet in gebreke stelt. Als onafhankelijke partij en niet-zorgaanbieder kunnen we het ons permitteren om dat [in gebreke stellen] wel te doen.*"

SPV3: "*Wij kunnen als Gezondheidsdienst alle informatie uit de omgeving verzamelen en gebundeld de urgentie van de situatie aanzetten, incluis de gezondheidsrisico's voor omwonenden. Anders ben je puur afhankelijk van hoe de burger gezien wordt in de acute crisissituatie. Je levert de context. In deze zaak was steeds sprake van nieuwe overlastmeldingen, maar steeds ook waren die op zichzelf onvoldoende om betrokkene in te sturen naar het SPOR, wat wel de bedoeling was. Er was versnippering van informatie. Daar heb ik wat aan gedaan. Ik heb de behandelaar in deze casus geïnstrueerd om de gescreende rapportage vanr politie op te vragen.*[5] *En de vooraanmelding voor de SPOR, met een uitgebreide beschrijving van de overlast en de onveilige situatie voor buren en het gevaar dat betrokkene over zich zelf afriep. Zo ben je voortdurend bezig hulpverleners in actie te krijgen.*"

SPV4: "*In deze casus zijn twee factoren relevant om te benoemen. Enerzijds was er onvoldoende onderkenning van de problematiek. Er was een sterke en eenzijdige focus vanuit de zorgaanbieder op het functioneren van één persoon, terwijl feitelijk het hele gezin disfunctioneerde [casus moeder met drie psychotische zoons]. Daarnaast bleek in de loop van het traject dat de zorg ondermaats presteerde: terwijl de behandelaar beweerde contact te hebben met betrokkene, ook in de thuissituatie, bleek bij doorvragen dat dit niet klopte. Het niet of ondermaats acteren van de zorgaanbieder was deels terug te leiden tot het eerste knelpunt, namelijk dat de volle omvang van de problemen niet werd onderkend. Mede op verzoek van huisarts en politie heb ik vanuit de GGD verschillende keren de rol van 'boeman' gehad. Zowel richting zorg (vermanend, alsnog eisend dat adequate zorg werd geforceerd) als richting gezin (om binnen te komen). En dat is prima, daar wil ik me best voor lenen, want dat werkt in een situatie als deze heel goed.*"

De WijkGGD'er als boeman; het is een thema dat in meer casussen terug komt:

SPV9: "Ik ging mee op huisbezoek en zag een vrouw onder invloed die aangaf ontevreden te zijn over de verslavingsbehandeling. Gelet op de overlast en ook de wijkagent die aangaf dat het zo niet langer kon heb ik voorgesteld aan de behandelaar om rond de tafel gaan zitten. De behandelaar wilde dat in eerste instantie niet, ervaarde het als bemoeizucht waar zij niet van was gediend. Het was hún cliënt, zij bepaalden wel wat er moest gebeuren. Maar toen bleek al snel dat de behandelaar helemaal niet wist dat betrokkene zo veel en vaak overlast veroorzaakte en om die reden in beeld kwam bij politie. Daar schrokken ze van. Zo zijn we dan toch in gesprek geraakt."

---

[5] Dit is een rapportage van de politie met daarin een samenvatting van alle politiemutaties rondom een bepaald persoon.

SPV5: "De WBV voelde zich niet gehoord door de psychiater en vroeg ons mee te kijken. Bij de afwikkeling van deze casus hebben we vervolgens duidelijk een mediërende rol. Wij proberen alle belangen in kaart te brengen en deze – voor zover mogelijk - te behartigen of in elk geval te respecteren. Tegen een WBV zeggen we niet: we praten niet over deze bewoner. Je kunt best in algemene termen over een cliënt (en zijn gezondheidsproblemen) praten zonder de privacy van betrokkene geweld aan te doen. Bovendien luister je daarmee wel naar de WBV; zij vertegenwoordigen immers de belangen van omwonenden. Die moeten ook gehoord worden. En ook naar de psychiater luisteren we. Vanuit onze medisch-psychiatrische deskundigheid kunnen we onze eigen inschatting maken of de zorgaanbieder gelijk heeft, of zaken misschien toch anders zou moeten aanpakken en welke realistische oplossingsrichtingen er dan zijn."

SPV5: "Ook ik wordt wel eens gevaagd 'good cop – bad cop' te spelen. Dat is voor veel partijen prettig. Voor de WBV is het prettig als wij als derde partij de slechte boodschap helpen brengen dat het echt 'twee voor twaalf' is en dat het dus wél zo'n vaart loopt met een aanzegging tot ontruiming. Voor een bewoner is het feit dat wij betrokken worden soms een signaal dat het nu echt menens is. En ook vanuit de GGZ wordt deze rol wel eens van ons gevraagd, om de boodschap over te brengen aan cliënt dat het niet langer kan op die manier, terwijl ondertussen de relatie tussen behandelaar en betrokkene minder onder druk komt te staan."

De Wijk-GGD'er is op deze manier voor verschillende partijen, incluis wijkagent, buurtbewoners en WBV de verbindende schakel richting zorgpartners.

5.3.5 Consultatie, coaching

Onder deze noemer wordt de advisering van professionals geschaard, incluis wijkagenten. Hiertoe rekenen we ook de functie van voorlichting en deskundigheidsbevordering, bijvoorbeeld op het gebied van herkenning van (OGGZ) problematiek, diagnostiek, kennis van richtlijnen (hoe te handelen) en kennis van de brede sociale kaart.

SPV9: "*De wijkagent wenste dat betrokkene werd opgenomen, volgens haar kon het zo niet langer. Ik moet dan als GGD eerst overleg hebben met de behandelaar, kijken hoe de vork in de steel zit. Misschien zijn ze al wel bezig met het regelen van een opname. Of het kan niet en een opname is uitgesloten. Dan moeten we de wijkagent uitleggen dat de GGZ niet veel met deze klant kan, dat er wel storend gedrag is, maar dat het gedrag niet voortkomt uit een behandelbare stoornis. Ik ben dan bemiddelaar, want er is bij allerlei partijen veel frustratie over dit type klant.*"

SPV2: "*Ik heb de politie geadviseerd over hoe om te gaan met deze seksueel ontremde burger met overduidelijke persoonlijkheidsproblematiek. Ik heb aangegeven dat het niet verstandig is om drie keer per week bij deze meneer langs te gaan en dat zij cliënt gewoon moeten ontbieden op bureau. Deze meneer is niet gek, zielig of kwetsbaar. Handhaven dus.*"

SPV10: "*In deze zaak zitten we er in voor de lange termijn. Het is een onderhoudscontact, vraagt lange adem en langdurige betrokkenheid, ook zonder grote incidenten. Af en toe is het nodig dat ik weer langs ga, om buurtgenoten te sussen, voor te lichten, uit te leggen dat deze vrouw wel vreemd is, maar niet gevaarlijk. Dat ook zij ergens moet wonen. Ik als GGD dans dan een beetje om de partijen heen.*"

5.4 Monitoring en nazorg

Afhankelijk van de situatie of aard en ernst van de problematiek wordt een casus nog enige tijd gevolgd.

SPV3: "*Dit was een zaak van het kaliber 'vinger aan de pols'. Daar heb ik een gevoel voor. Van zaak tot zaak maak je die afweging. Hoe sterk is de omgeving, het sociale netwerk? Is er een goed zorgkader? Afhankelijk daarvan moet je actiever of passiever volgen.*"

SPV9: "*Hoe meer overlast, hoe meer belanghebbenden, stakeholders, melders, hoe groter het belang van monitoren, vinger aan de pols. Daarnaast volg ik de situatie ook intensiever als ik heb geconstateerd dat er sprake is van onderbehandeling*."

Zowel tijdens de zorgtoeleiding als in het nazorg traject wordt voortdurend informatie uitgewisseld met en vindt terugkoppeling plaats aan de melders. Ook tussen Wijk-GGD'er en wijkagent:

SPV3: "*Er is nu een IBS, maar die is eind januari afgelopen. Stel dat hij dan terug komt op de woning? Hoe gaat dat aangepakt worden? Daar ben ik erg benieuwd naar. De eerstkomende tijd ga ik dus bellen met de behandelaar, kijken of de behandeling van de grond komt en of er al vervolgstappen zijn. Zodat ik daar in elk geval de wijkagent over kan informeren, dat sowieso. En als ik dan op een gegeven moment merk dat er nog geen nazorg plan is dan zijn er nog verschillende ' escalatiemogelijkheden' om op andere manieren met de behandelaar in gesprek te raken*."

Echter, in de regel hanteert de GGD het motto 'geen nieuws is goed nieuws' en volgt er alleen actie als er sprake is van een nieuw incident (recidive).

SPV4: "*Ik heb een hele goede werkrelatie en vertrouwensband met de wijkagent die dit gezin ook in beeld heeft. Zij houdt het gezin voor mij in beeld, ik kan er op vertrouwen dat ze het me altijd zal melden als er nieuwe incidenten zijn en dat ze bovendien ook altijd bereid is om met mij mee te gaan als ik dat vraag.*"

Dat 'geen nieuws/goed nieuws' behoeft wel enige nuancering, blijkt ook uit onderstaande opmerking:

SPV5: "*Op deze manier sluiten wij een casus met betrokkenen altijd af, met de expliciete afspraak dat wij er als GGD uit gaan, dat we ervan uit gaan dat 'geen bericht' in dit geval een goed bericht is en we benadrukken altijd dat we – mocht er zich iets voordoen - laagdrempelig bereikbaar zijn*."

Hoe in de praktijk invulling wordt gegeven aan de nazorg verschilt ook per casus.

SPV2: "*Ik bezocht mevrouw nog in de kliniek, toen ze overgeplaatst was naar een open afdeling. Ik ging samen met iemand van Restart (Leger des Heils), om die persoon te introduceren. Vanuit de kliniek al is zij met Restart gaan zoeken naar een andere woning, die zij vervolgens met haar zoon is gaan bezichtigen. Restart heeft dat proces begeleid en toen mevrouw er eenmaal zat ben ik nog een keer gaan kijken en hebben we teruggeblikt. Voor zover mogelijk is deze casus goed afgesloten en dat heb ik ook zo teruggekoppeld aan de betrokken wijkagent.*"

Box: Verbeterde monitoring

Ook het verbeteren van monitoring en nazorg is aan de orde gekomen en benoemd als onderdeel waar de Wijk-GGD'er (mede) een taak in heeft. In deze context drie opmerkingen:

1. In het verbetertraject is één specifieke doelgroep benoemd als zijnde een groep voor wie meer moet worden geïnvesteerd om (pro)actief een vinger aan de pols te houden, namelijk de groep chronische (draaideur) patiënten. Eén van de opbrengsten is dat nu geëxperimenteerd wordt met een lijst van personen waarvan beide partijen (GGD en politie) vinden dat er periodiek (nu elke drie maanden) even langs moet worden gegaan. Op het moment van schrijven staan ongeveer 15-20 personen op de lijst. Wat het resultaat hiervan is valt nog niet te beoordelen. Wel wordt er goed op gereageerd door de buren, die nu eens niet de politie en GGD zien verschijnen als de situatie is geëscaleerd en blij zijn dat er op de achtergrond wordt meegekeken.
2. Het verbetertraject heeft ook geleid tot een ander initiatief op dit vlak, namelijk de verkenning door politie van de mogelijke meerwaarde van de applicatie "Amazone". Amazone is een doelgroepensysteem, ontwikkeld in opdracht van de politie en specifiek bedoeld voor het monitoren van verdachte personen en veelplegers. Informatie uit diverse systemen wordt door Amazone integraal opgenomen in een persoonsdossier, waarop een agent zich kan 'abonneren'. Het persoonsdossier volgt vervolgens de incidenten rondom een specifiek persoon gedurende een bepaalde periode.
3. De verbinding van de informatiestroom met de MZWO, vooral rondom de meldingen die niet in eerste instantie binnen komen via deze meldpunten, is benoemd als aandachtspunt. Deze verbinding is belangrijk vanwege de procesregie op de voortgang die bij de meldpunten is belegd voor alle lopende openstaande meldpuntzaken. Door de niet-meldpuntzaken alsnog een meldpuntzaak te maken is de veronderstelling dat ook in die gevallen procesregie kan worden verbeterd.

6 Wat levert het op?

Ten behoeve van deze rapportage is een aantal kerncijfers gegenereerd in relatie tot het aantal meldingen bij Vangnet team Zorg & Overlast. Deze cijfers zeggen vooral iets over de productie (zie 6.1; Output), met daarbij de kanttekening dat trends afhankelijk zijn van een veelheid van factoren[6]. De (kwaliteit van de) samenwerking tussen wijkagent en Wijk-GGD'er is daar slechts één van. De werkelijke effecten van het werk van de Wijk-GGD laten zich - zonder aanvullend onderzoek - moeilijk in kwantitatieve zin uitdrukken. Hiervoor zijn minstens twee redenen aan te voeren:

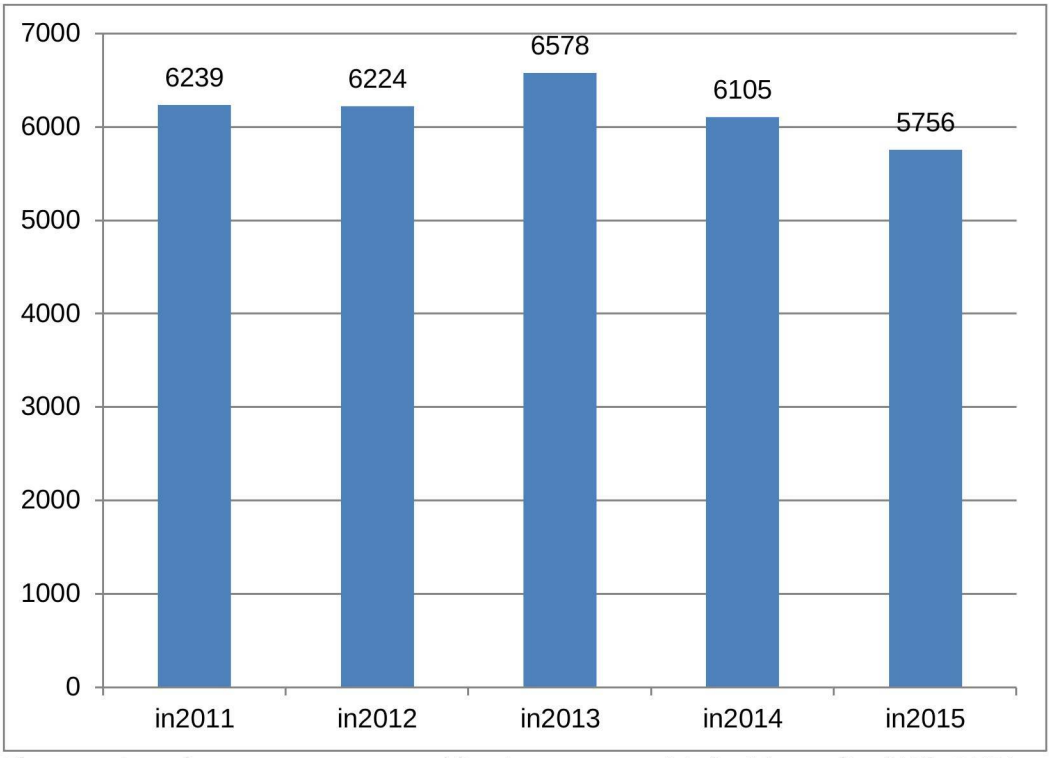
1. Zowel de Wijk-GGD'er als de MZWO registreren in de regel tot en met de fase van afronding van een melding en hanteren vervolgens het principe 'geen nieuws/goed nieuws'. Er is vooralsnog geen sprake van een systematische follow-up na afronding van een casus. Zie voor een eventuele toelichting en initiatieven op dit vlak ook het onderdeel Monitoring (5.4).
2. Om allerlei redenen, deels van ethische aard, is het niet mogelijk om voor deze werkwijze onderzoek in te richten met een vergelijkbare controlegroep, wat in feite wel de gewenste onderzoeksdesign is om een effect vast te stellen.

Het effect van de inspanningen van de Wijk-GGD (outcome) laat zich dan ook nog het beste kwalitatief beschrijven. Dit is gedaan door in paragraaf 6.2 kort terug te komen op de eerder in deze rapportage aangehaalde casuïstiek.

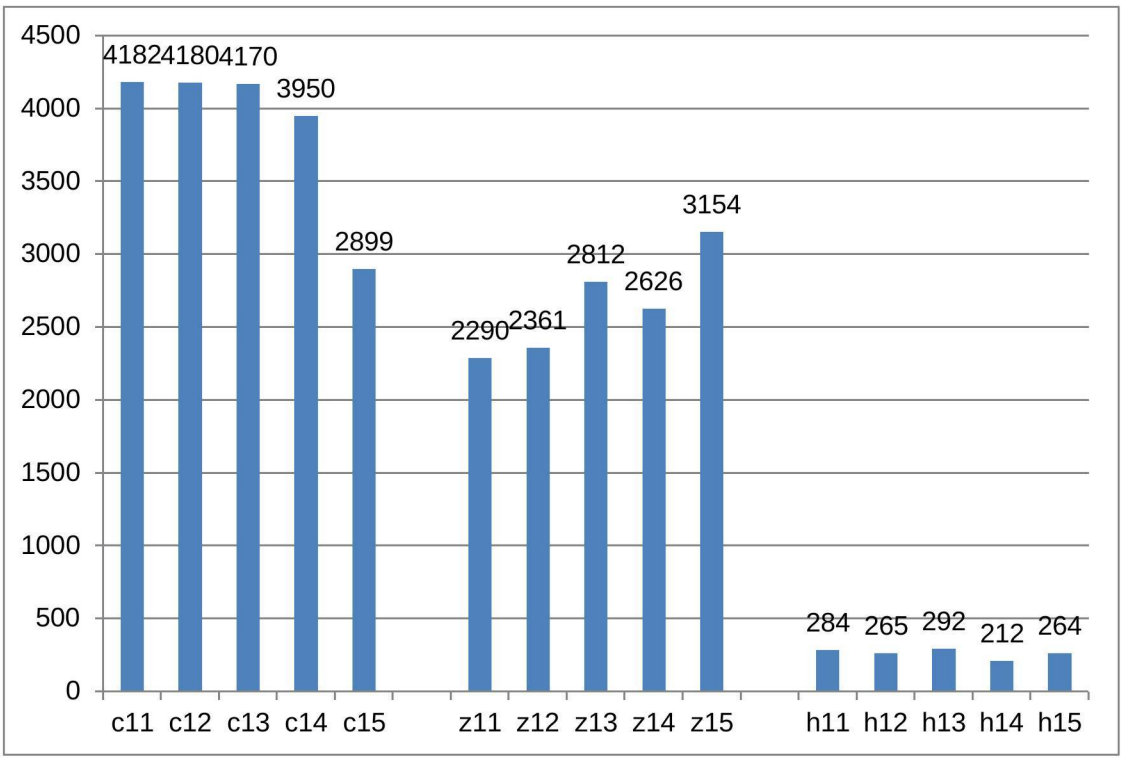
6.1 Output

De figuren hierna beschrijven output van Vangnet team Zorg & Overlast, in casus de Wijk-GGD'er, al dan niet in samenhang met de twee andere onderdelen van Vangnet (24/7 dienstverlening en Hygienisch Woning Toezicht; HWT). Figuur 1 laat zien dat het totaal aantal personen dat gezien wordt door dit team in de laatste vijf jaar redelijk stabiel is gebleven. Uitgesplitst naar type meldingen (behalve de niet-acute meldingen voor de Wijk-GGD neemt het team dus ook acute meldingen in behandeling en meldingen voor HWT) zien we wel een trend, namelijk van een afname van het aantal personen gezien in acute situaties, een gestage stijging van het aantal niet-acute situaties en een redelijk constante stroom zaken voor HWT (figuur 2). Opgemerkt moet worden dat in deze figuren sommige personen meerdere keren worden meegerekend. Als we hiervoor corrigeren dan kunnen we vaststellen dat Vangnet team Zorg & Overlast in de laatste 5 jaar 24,822 verschillende personen zag (figuur 3).

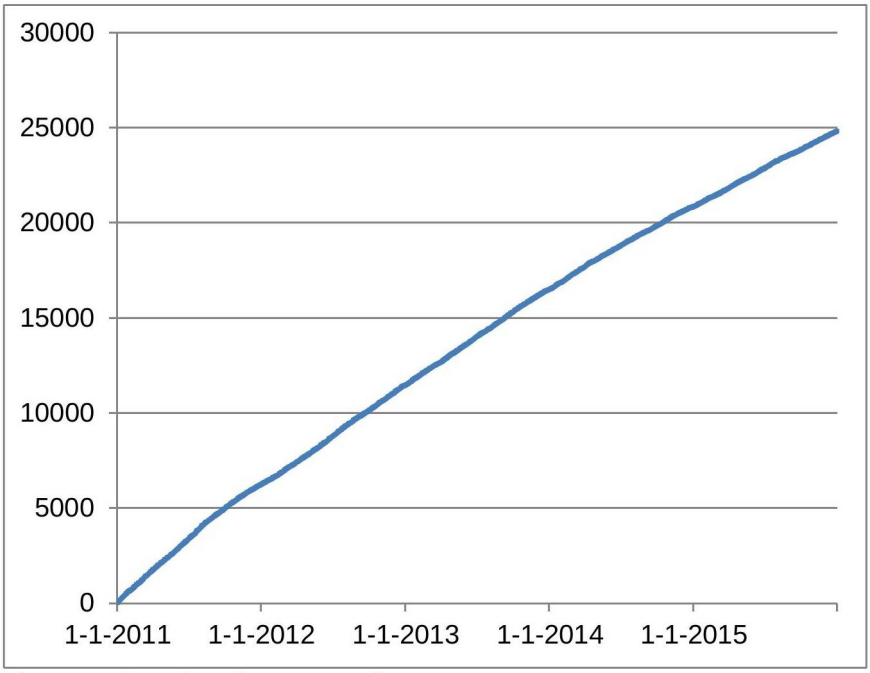
[6] Te denken valt aan (al dan niet gerelateerde) factoren aan vraagzijde (bijv. vergrijzing, eenzaamheid, armoede, werkloosheid), aanbodzijde (bijv. introductie sociale wijkteams, ambulantisering in de GGZ, wachtlijsten, stroomlijnen MZWO) en context/omgeving (bijv. woonbeleid en verkoop corporatiewoningen, veranderende wetgeving).



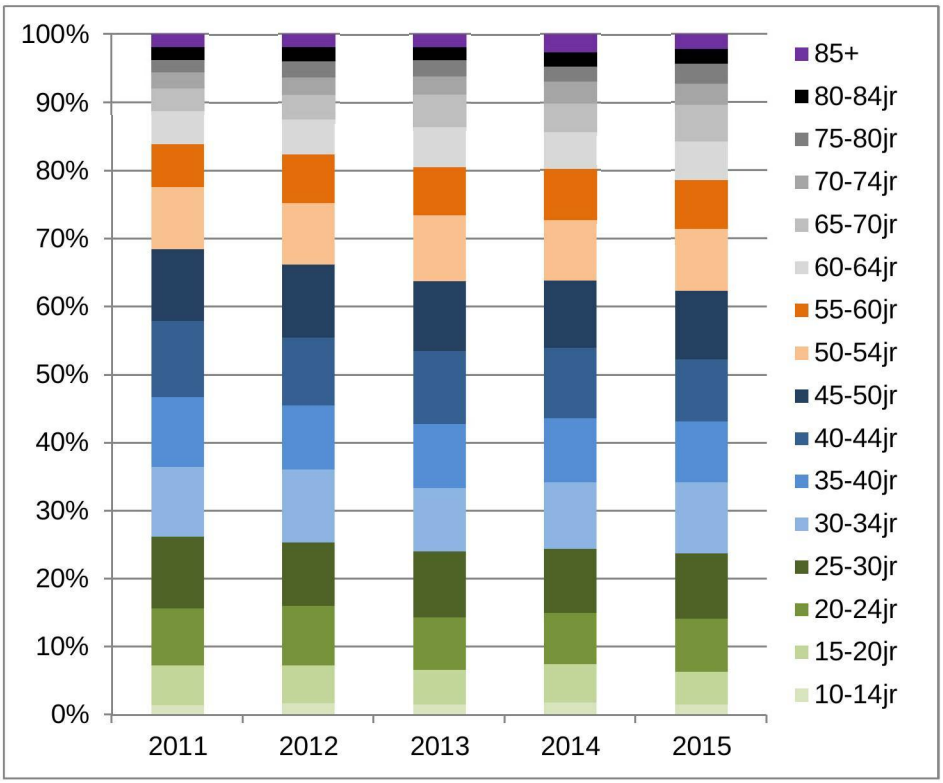
Figuur 1. Aantal personen met aanmelding i.v.m. acute crisis (24/7), regulier (Wijk-GGD) en Hygienisch Woning Toezicht (HWT), per jaar.



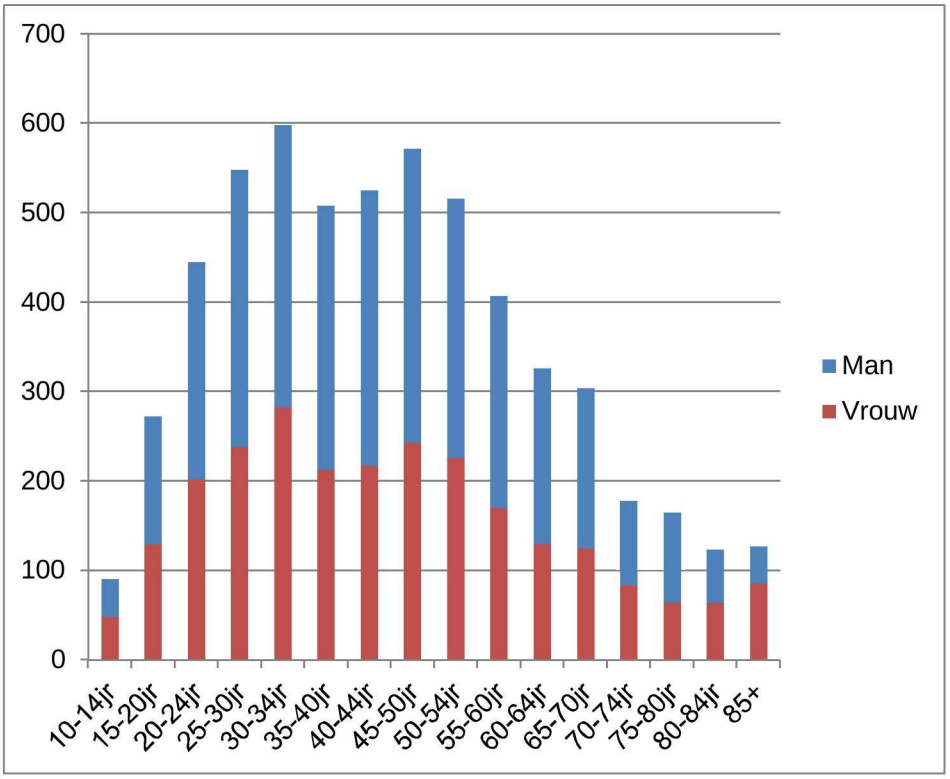
Figuur 2. Personen met aanmelding (casussen) per jaar (c = crisis, z = Wijk-GGD, H = HWT).



Figuur 3. Cumulatief in 5 jaar tijd.



Figuur 4. Leeftijdsverdeling van clienten per jaar.



Figuur 5. Leeftijd-geslacht verdeling.

Wat betreft leeftijd van de doelgroep is er sprake van een lichte verschuiving, aangezien er een toenemend aantal ouderen voorbij komt (figuur 4). Nadere analyse leert dat deze verschuiving waarschijnlijk niet is toe te schrijven aan vergrijzing van de Amsterdamse bevolking. Figuur 5 geeft verder nog de leeftijd-geslacht verdeling. In 2015 zag Vangnet team Zorg & Overlast 3183 mannen en 2519 vrouwen (met bekende leeftijd). Opvallend is dat vooral bij de jongste en oudste groepen relatief meer vrouwen voorkomen.

Tenslotte is uit tabel 1 af te leiden uit welke gebieden in de regio Amsterdam-Amstelland, vergeleken met het aantal bewoners in ie gebieden, relatief veel personen werden aangemeld bij Vangnet in 2015. Gebieden die er uit springen zijn Geuzenveld/Slotermeer, Oud-Noord en Bijlmer-Centrum. In de gebieden waar het verbetertraject heeft plaatsgevonden lijkt het relatief rustig, tenzij gekeken wordt naar aanmeldingen voor ouderen (60 jaar en ouder); dan vallen de Pijp/Rivierenbuurt, Oud-Oost en Ijburg/Zeeburgereiland in negatieve zin op.

Tabel 1. Aantal personen geregistreerd door Vangnet (met een postcode) in 2015 als percentage van het aantal inwoners per gebied (Amsterdam) of gemeente (Amstelland).

	Pilot gebied?	15 tot 60jr	60 jaar en ouder	Totaal 15+
Centrum-West		0,39%	0,76%	0,47%
Centrum-Oost		0,45%	0,86%	0,54%
Westerpark	Ja	0,57%	0,83%	0,61%
Bos en Lommer		0,51%	0,96%	0,57%
Oud-West/De Baarsjes		0,49%	1,05%	0,57%
Geuzenveld/Slotermeer		0,80%	1,04%	0,85%
Osdorp		0,53%	0,58%	0,54%
De Aker/Nieuw Sloten		0,27%	0,26%	0,27%
Slotervaart		0,37%	0,35%	0,37%
Oud-Zuid	Ja	0,27%	0,45%	0,31%
Buitenveldert/Zuidas	Ja	0,29%	0,56%	0,38%
De Pijp/Rivierenbuurt	Ja	0,47%	0,95%	0,55%
Oud-Oost	Ja	0,69%	1,04%	0,75%
Indische Buurt/Oostelijk Havengebied	Ja	0,69%	0,68%	0,69%
Watergraafsmeer	Ja	0,48%	0,65%	0,51%
IJburg/Zeeburgereiland	Ja	0,71%	1,22%	0,75%
Noord-West		0,64%	0,75%	0,67%
Oud-Noord		0,89%	0,78%	0,86%
Noord-Oost		0,63%	0,47%	0,59%
Bijlmer-Centrum		0,78%	1,00%	0,81%
Bijlmer-Oost		0,80%	0,68%	0,78%
Gaasperdam/Driemond		0,65%	0,56%	0,63%
Amstelland		-	-	-
Diemen		0,37%	0,44%	0,39%
Amstelveen		0,16%	0,13%	0,15%
Ouder-Amstel		0,55%	0,31%	0,47%
Uithoorn		0,71%	0,36%	0,61%
Aalsmeer		0,21%	0,10%	0,18%
Totaal		0,50%	0,60%	0,52%
Amsterdam		0,54%	0,73%	0,58%
Amstelland		0,31%	0,21%	0,28%

minder dan 1,5x lager dan gem. AA
minder dan 1,25x lager dan gem. AA
meer dan 1,25x hoger dan gem. AA
meer dan 1,5x hoger dan gem. AA

6.2 Outcome

Vrijwel alle bevraagde Wijk-GGD'ers geven in die gevalsbeschrijvingen aan dat wat hen betreft erger lijkt te zijn voorkomen.

SPV1: Er was sprake van een dreigende ontruiming. Tevens vermoed ik dat bij niet ingrijpen de kans op ernstige teloorgang of zelfs suïcide was toegenomen. Betrokkene was dan immers het weinige dat hij nog had kwijtgeraakt.

SPV6: "Deze man behoorde tot de groep met een verhoogd risico om een keer 'gevonden' te worden. Hij is nu in zorg, terwijl dat voor onze tussenkomst helemaal niet het geval was."

SPV2: "Ik zag een suïcidale vrouw. Als de woningbouwvereniging niet aan de bel had getrokken dan twijfel ik er eigenlijk niet aan dat deze mevrouw de daad bij het woord had gevoegd. Dus hoewel de crisisopname niet te voorkomen was, weet ik zeker dat we via deze route en het feit dat we haar op een andere woning hebben weten te krijgen met een adequaat zorgkader een herhaalde crisis (en erger; suïcide) weten te voorkómen.
PT: "Wat het uiteindelijk opgeleverd heeft is dat alle familieleden hun eigen behandelaren hebben en die komen eens in de zoveel tijd samen. Het ruzie maken heeft geleid tot een soort van cohesie."

SPV7: "Mijn cliënt heeft nu twee contactpersonen via Samen Doen. Er is een mentor toegewezen die samen met hem, de WBV en de buurman een gesprek heeft gehad. Er is zowaar een contact ontstaan waar betrokkene baat bij heeft. Zijn financiën zijn inmiddels ook geregeld en hij krijgt een huisarts. Samen met betrokkene is inmiddels huisraad voor hem gekocht. Via een maatjesproject zijn er nu ook sociale contacten. Het schreeuwen is tot nu toe gestopt. Maandelijks wordt er samen met de Woningbouwvereniging geëvalueerd in hoeverre er misschien toch nog klachten zijn. Samen DOEN geeft ondertussen de stand van zaken vanuit hun positie aan ons door.

SPV3: "*Dankzij voortdurend duwen en afstemmen is de IBS er nu toch gekomen, hij is bekrachtigd.*"

Het resultaat heeft echter niet alleen betrekking op de betrokken 'verwarde' burger. De in deze rapportage beschreven werkwijze levert ook wat op voor omwonenden en betrokken professionals. Het publieke aspect, de maatschappelijke zorgvraag, worden immers ook belicht:

SPV3: "*Deze casus heb ik gekozen omdat de overlast voor de buren zo ernstig was. Die zijn echt door een hel gegaan. Die omgeving proberen wij een stem te geven. Dat is belangrijk, want in de zorg, de GGZ wordt nog heel erg patiëntgericht gewerkt. Dat is het dan, daar wordt het besluit tot actie op gebaseerd. Maar we doen het ook omdat de buren zelf een gezondheidsrisico lopen.*"

Ondanks alle inzet kan een crisis met verwarde personen niet altijd worden voorkomen of afgewend. Zelfs als in een casus een of meerdere crises onvermijdelijk zijn, is het mogelijk succeselementen aan te wijzen:

SPV9: "*Ik had een klant die de neiging had om zorg te zoeken via de politie. Dan ging hij op allerlei manieren overlast veroorzaken: thuis keihard muziek draaien, op het dak staan schreeuwen, in de hoop de politie hem dan met een arrestatieteam kwam ophalen. Of hij kwam zelf een bureau binnen lopen en dwong dan af dat hij in cel kwam en dat er dan hulpverlening kwam. Op een gegeven moment zijn er afspraken gekomen met*

alle partijen, incluis betrokkene, over hoe te handelen in zo'n situatie. Bijvoorbeeld dat betrokkene voor 'zomaar een 'gesprek' niet meer op het politiebureau hoeft te komen, niet meer ingesloten moet worden, dat hij terecht kan bij zijn behandelaar (ACT team) en dat bij bedreiging betrokkene aangehouden moet worden, waarna de strafrechtelijke weg moet volgen. Die afspraken zijn vastgelegd in een crisisprotocol. Zo'n protocol stel je meestal op voor de politie en moet er voor zorgen dat als het weer mis is, de boel zo soepel mogelijk verloopt. Ik heb georganiseerd dat er in deze zaak zo'n crisisprotocol werd opgesteld en probeer er ook op toe te zien dat het protocol wordt nageleefd."

SPV8: "*Deze meneer komt al 20 jaar regelmatig in beeld bij de GGD, omdat hij steeds weer door een partij als Veldwerk aangemeld wordt. Dan wordt hij weer met een dwangmaatregel opgenomen, knapt op, komt in de opvang terecht. Maar altijd weer is er op enig moment terugval en begint het zelfde verhaal weer van voor af aan. Uiteindelijk is deze man zelfs nog naar Beilen gegaan, maar ook toen was er weer sprake van terugval. Kenmerkend aan zaken als deze is dat de hulpverlening op enig moment uitgeput raakt en dat de politie er steeds weer opnieuw mee geconfronteerd raakt. In deze situaties proberen we altijd de boel in beweging te houden. Doordat we regie voeren vanuit de gemeente weten we vanuit zorg eigenlijk al het best haalbare en (dus) optimale scenario en hoeven we geen nodeloze zorg te investeren. We zorgen er voor zorgen dat zorg en politie doelgericht kunnen acteren, niet hoeven te experimenteren, geen nodeloze tussenstappen hoeven te zetten en daardoor het proces versnellen.*"