

## ARTIKELLEN

# De Amsterdamse aanpak ‘Psychiatrische Patiënten, Potentieel Gevaar’

*M. Segeren, C. Grimbergen, T. Fassaert, R. van Bemmelen, L. Vermeulen, D. Sikkes, G. van Peursen, L. Halsema, C. Baas, M. Visser & R. Zegeerius\**

### 1. Inleiding

In zijn poging een aanslag te plegen op de koninklijke familie tijdens Koninginnedag 2009 reed Karst T. in Apeldoorn met zijn personenauto door dranghekken en een menigte, waarbij acht mensen, inclusief hijzelf, om het leven kwamen. Tristan van der V. schoot in 2011 in een winkelcentrum in Alphen aan den Rijn zes mensen dood en verwondde er zeventien voordat hij zelfmoord pleegde. De 38-jarige Bart van U. vermoordde in 2014 eerst zijn zus en later voormalig minister Els Borst, beiden met tientallen messteken. In 2017 stak Philip O. zonder enige aanleiding in metro 53 in Amsterdam een jonge vader neer, waarna hij een rondedansje deed bij het lichaam terwijl hij zijn mes afikte. In 2019 opende Gökmen T. in een Utrechtse sneltram het vuur op passagiers en op te hulp schietende omstanders, waarbij vier mensen om het leven kwamen en zes anderen zwaargewond raakten. De ‘Almelose kruisboogschietster’ Kenzo K. vermoordde in 2021 zijn onderbuurvrouw en haar nicht met meerdere messteken en beschoot vanaf het balkon van zijn flat een verpleegster en enkele toegesnelde agenten met een kruisboog.

Al deze daders waren in behandeling (geweest) in de geestelijke gezondheidszorg (ggz). Vanuit de samenleving kwam daarmee de vraag op of dergelijke incidenten beter te voorkomen zijn. Vooral de zaak rondom de dood van Els Borst riep vragen op over de voorgeschiedenis van de dader en hoe was omgegaan met eerdere signalen over het gevaar dat van hem uitging. Het college van procureurs-generaal stelde daarom de commissie-Hoekstra in, die onder andere opdracht kreeg om de feiten en omstandigheden te achterhalen rondom de omgang van politie en het Openbaar Ministerie (OM) met diverse signalen dat Bart van U. een gevaar vormde voor de samenleving. In 2015 rapporteerde de commissie haar bevindingen en benoemde

\* Dr. M. Segeren is onderzoeker, GGD Amsterdam, afdeling Gezond Leven. C. Grimbergen is psychiater, GGD Amsterdam, afdeling Maatschappelijke en Geestelijke Gezondheidszorg. Dr. T. Fassaert is beleidsadviseur, GGD Amsterdam, afdeling Maatschappelijke en Geestelijke Gezondheidszorg. R. van Bemmelen is psychiater, Arkin, Inforsa. Dr. mr. L. Vermeulen is officier van justitie, Openbaar Ministerie, arrondissementsparket Amsterdam. Mr. D. Sikkes is coördinerend secretaris cluster Verplichte Zorg, Openbaar Ministerie, arrondissementsparket Amsterdam. G. van Peursen is onderzoekspsycholoog, politie eenheid Amsterdam-Amstelland. L. Halsema is instroom functionaris, HVO Querido Amsterdam. C. Baas is manager bureau trajectmanagement, Leger des Heils Amsterdam. M. Visser is sociaal psychiatrisch verpleegkundige, GGD Amsterdam, afdeling Maatschappelijke en Geestelijke Gezondheidszorg. R. Zegeerius is programmamanager Zorg en Veiligheid, GGD Amsterdam, afdeling Maatschappelijke en Geestelijke Gezondheidszorg.

M. Segeren e.a.

twee algemene maar belangrijke knelpunten: (1) er was sprake van handelingsverlegenheid in bepaalde psychosociale crisissituaties, en (2) mensen met meervoudige problematiek hadden vaak te maken met discontinuïteit en fragmentatie van zorg.<sup>1</sup> Een vergelijkbare constatering kwam wat later van het aanjaagteam Verwarde Personen, geïnstalleerd door de ministeries van Volksgezondheid en Justitie en Veiligheid, dat in zijn eindrapportage concludeerde dat 'alle instanties zich erg bewust zijn van waar de eigen verantwoordelijkheden ophouden, maar een eindverantwoordelijke of probleemeigenaar ontbreekt'.<sup>2</sup> Sindsdien moet elke gemeente in Nederland beschikken over een sluitende aanpak om de problematiek door én rondom deze doelgroep te verkleinen.

In Amsterdam spelen drie persoonsgerichte aanpakken (oftewel regie-aanpakken, waarbij een regisseur wordt gekoppeld aan een casus) hierop in: de aanpak Verwarde Verdachten,<sup>3</sup> de Regionale Aanpak Overlastveelplegers en de aanpak Psychiatrische Patiënten, Potentieel Gevaar (3PG). De eerste twee aanpakken richten zich nadrukkelijk op de doelgroep van personen met overlastgevend dan wel onbegrepen gedrag en worden uitgevoerd onder regie van het lokale Veiligheidshuis (het Actiecentrum Veiligheid en Zorg; AcVZ). De aanpak 3PG is nóg specifiekere. Binnen de bredere doelgroep van personen met onbegrepen gedrag richt 3PG zich op de kleine groep personen van wie een ernstige gevaardreiging uitgaat die gepaard gaat met een risico op een incident met grote maatschappelijke impact. 3PG is ingebed in de bredere ontwikkeling van een lokale sluitende aanpak van personen met verward en/of onbegrepen gedrag.

Op initiatief van het OM en de gemeente is de ontwikkeling en uitvoering van 3PG belegd bij de Geneeskundige en Gezondheidsdienst Amsterdam (GGD). Deze keuze was gebaseerd op kenmerken van de doelgroep (zie hierna) en de langdurige expertise van de GGD Amsterdam op het gebied van de openbare geestelijke gezondheidszorg en daarmee het fenomeen zorgmijding en 'zorgwekkende zorgmijders'. De 3PG-doelgroep betreft personen met een psychiatrische aandoening die potentieel gewelddadig zijn en een gevaar vormen voor zichzelf, voor mensen in hun omgeving en/of voor hun omgeving in meer algemene zin. Meer specifiek gaat het om Amsterdamse volwassenen – mensen met een ernstige psychiatrische aandoening – die mogelijk wel een strafblad of justitieel verleden hebben, maar recentelijk niet noodzakelijkerwijs harde strafbare feiten hebben gepleegd, en die uit beeld dreigen te raken vanwege een zorgbreuk en van wie, volgens professionals werkzaam bij Amsterdamse zorg- en veiligheidsinstellingen, een directe en ernstige geweldsdreiging uitgaat. Inclusie in 3PG houdt in dat wordt gewerkt aan het terugdringen of verminderen van gevaar voor mensen in hun omgeving, daarmee aan het voorkómen van geweldsincidenten, en het verbeteren van hun persoonlijke situatie.

1 R.J. Hoekstra e.a., *Het rapport van de onderzoekscommissie strafrechtelijke beslissingen Openbaar Ministerie naar aanleiding van de zaak-Bart van U.*, Steenwijk: Druk Bariet 2015.

2 J.W.E. Spies e.a., *Doorpakken! Eindrapportage aanjaagteam Verwarde Personen 2016.*

3 Zie onder andere L.F. van der Post e.a., 'Verdachten met verward gedrag in Amsterdamse politieel; betere samenwerking tussen psychiater en officier van justitie', *Tijdschrift voor Psychiatrie* 2021, p. 854-860.

De ontwikkeling en werkwijze van 3PG zijn gebaseerd op de eerdergenoemde constatering van de commissie-Hoekstra dat het ontbreken van een adequaat zorgkader of het dreigend wegvallen hiervan, vanwege discontinuïteit of fragmentatie van zorg, vaak leidt tot maatschappelijk gevaarlijke situaties en in sommige gevallen samengaat met een dreigingsniveau dat snel en daadkrachtig ingrijpen noodzakelijk maakt. Deze constatering sloot namelijk goed aan op inzichten uit eerdere adviezen van onder andere de Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling.<sup>4</sup> Daarbij is besloten in deze 3PG-aanpak de focus te leggen op situaties zonder (toereikende) mogelijkheden voor 'reguliere' interventie. Dit omdat nog geen sprake is van feiten die duiden op een ernstig nadeel van de persoon of diens omgeving op grond waarvan een maatregel in het kader van de Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg (Wvz) of de Wet zorg en dwang (Wzd) kan worden verleend.<sup>5</sup> In essentie gaat het bij 3PG dus om het mogelijk maken van een handelingskader bij individuele casuïstiek waarin een gedwongen opname of behandeling (nog) niet aan de orde is, maar wel een evidente dreiging van gevaar aanwezig is.

Het initiatief voor 3PG kwam ook voort uit onderkenning van de hoge mate van heterogeniteit binnen de doelgroep 'verwarde personen' of 'personen met onbegrepen gedrag'.<sup>6</sup> Hierdoor ontbreekt het aan 'one size fits all'-benaderingen of aanpakken die effectief zijn voor iedereen. Specifieke benaderingen voor specifieke subgroepen zijn nodig. 3PG moet in dat licht worden gezien. Het is een lokale poging om een effectieve aanpak te ontwikkelen voor een specifieke doelgroep voor wie het reguliere aanbod ontoereikend was.

Dit artikel is bedoeld om het bestaan van de aanpak 3PG breder kenbaar te maken en uitwisseling van visie, kennis, expertise en ervaringen tussen steden en regio's in Nederland te bevorderen. In het vervolg van dit artikel geven we een uiteenzetting van 3PG, waarbij achtereenvolgens aan bod komen: doelgroep en inclusiecriteria, werkwijze, kenmerken van de groep geïncludeerde personen, voorbeeldcasuïstiek, privacy en juridische aspecten en ten slotte een onderbouwing van de meerwaarde van 3PG.

## 2. Doelgroep

3PG is in 2016 als pilot gestart met een inventarisatie bij Amsterdamse zorg- en veiligheidsinstellingen van patiënten/cliënten die aan het profiel 'potentieel gevaarlijk' voldeden. Aan de hand van onderliggende casuïstiek werd een schets ge-

- 4 Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling, *Kwetsbaar in het kwadraat. Krachtige steun aan kwetsbare mensen*, Den Haag: RMO 2001; Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling, *Straf en zorg: een paar apart. Passende interventies voor delictplegers met psychische en psychiatrische problemen*, Amsterdam: Uitgeverij SWP 2006a; Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling, *Psychiatrische patiënten. Vervolg op vooronderzoek 'criminalisering van psychiatrische patiënten'*, Den Haag: RMO 2006b.
- 5 Voorbeelden zijn een crisismaatregel (CM), een zorgmachtiging (ZM), een rechterlijke machtiging (RM) en een inbewaringstelling (ibs).
- 6 B. Koekkoek, *Verward in Nederland. Hoe we omgaan met mensen met psychische stoornissen*, Houten: Uitgeverij LannooCampus 2016; B. Koekkoek, 'De toename van "verwarde personen"-meldingen: kwantitatieve analyse van een openbare orde en public health-probleem', *TSG: Tijdschrift Voor Gezondheidswetenschappen* 2017, 6.

maakt van de beoogde doelgroep, waaruit voorlopige instroomcriteria werden gedistilleerd. In eerste instantie verschilden die per instelling. Voor ggz-instellingen betrof het 'afdelingsontwrichtende patiënten' met een lage behandeltrouw die zó moeilijk te hanteren waren dat werd overwogen hen als patiënt uit te schrijven. Voor instellingen voor maatschappelijke opvang en beschermd wonen (MOBW) ging het om de meest problematische en risicovolle casussen van cliënten die niet langer dan enkele maanden op dezelfde plek konden verblijven vanwege hevige en aanhoudende conflicten met andere bewoners, behandelaars en woonbegeleiders. De politie gaf aan dat het primair personen betrof die verantwoordelijk zijn voor zogeheten E33-meldingen ('overlast door verward/overspannen persoon'), maar ook 'potentieel gewelddadige eenlingen' bij wie evident sprake is van psychopathologie en/of psychosociale problematiek en fixatie op specifieke personen en/of organisaties. Bij de GGD ging het om een meer algemene groep van notoir moeilijke ggz-patiënten met een gevaardreiging van wie behandeling dreigde te mislukken vanwege zorgbreuken, zorgconflicten en/of zorgmijding. Qua psychopathologie maakten MOBW-instellingen en politie geen onderscheid tussen personen met een klinisch psychiatrische stoornis (As 1-stoornissen uit de DSM-IV-systematiek) of een persoonlijkheidsstoornis (As 2-stoornis). De inventarisatie leverde ook een contra-indicatie op. Net als andere persoonsgerichte aanpakken is 3PG een regie-aanpak waarbij één regisseur wordt toegewezen aan een casus. Inclusie in een andere persoonsgerichte aanpak van de gemeente (onder andere Top600-aanpak voor gewelddadige veelplegers, Treitera aanpak, aanpak Verwarde Verdachten) en/of een actief reclasseringskader werd daarom beschouwd als contra-indicatie om meegenomen te worden in de inventarisatie (later werden dit ook exclusiecriteria van de 3PG-aanpak) om te voorkomen dat meerdere regisseurs vanuit verschillende aanpakken gelijktijdig aan een casus zouden zijn gekoppeld.

Samenvattend ging het om de doelgroep van personen bij wie discontinuïteit van de ggz-behandeling, vanwege het ontbreken van behandeltrouw en/of ongewenste maar noodgedwongen beëindiging van zorg door de behandelaar, leidt tot een ernstige dreiging van geweldsescalatie, waarbij zowel zorg- als veiligheidspartners onvoldoende juridische grond hebben om preventief in te grijpen. Hieruit zijn de volgende 3PG-inclusiecriteria voortgekomen. Het betreft personen:

- met een behandelbare psychiatrische stoornis die in de DSM-IV gold als een stoornis op As 1.<sup>7</sup> Dat wil zeggen een klinisch psychiatrische stoornis, met als toevoeging dat personen met verslaving als enige diagnose niet worden geïnccludeerd. Er mag sprake zijn van een As 2-stoornis (persoonlijkheidsproblematiek en/of verstandelijke beperking), maar niet als enige diagnose;
- van wie een concrete dreiging van gevaar uitgaat, samenhangend met deze psychiatrische stoornis;

7 3PG is begonnen met de As 1-doelgroep vanwege (1) de verwachting dat bij hen het meeste rendement te behalen is bij herstel van behandeling, en (2) omdat er voor specifiek deze groep in Amsterdam 'nog niks was'. Deze afbakening is tot stand gekomen in overleg met de samenwerkingspartners, ook vanuit de gedachte dat je nu eenmaal ergens moet beginnen. Een verbreding in de (nabije) toekomst naar een bredere diagnosegroep is mogelijk, maar afhankelijk van de opgedane ervaringen.

- bij wie sprake is van een (dreigend) zorgtekort door een moeizaam verloop van hun behandeling, blijkend uit zorgmijding en/of (dreigende) zorgbreuken, leidend tot zorgdiscontinuïteit en/of -fragmentatie.

### 3. Werkwijze 3PG

#### 3.1 Doelen

3PG dient tot het aanpakken en oplossen van (dreigende) discontinuïteit of fragmentatie in de zorg, om zo te bereiken dat gevaar of dreiging voor deze categorie personen en hun omgeving wordt teruggedrongen en de maatschappelijke impact van incidenten die door personen met gevaarlijk verward gedrag worden veroorzaakt, wordt verkleind. De werkwijze is hierop afgestemd en primair gericht op het voldoende in zorg krijgen van deze personen. De volgende subdoelen zijn geformuleerd:

- het aanpakken van (dreigende) zorgdiscontinuïteit of -fragmentatie;
- toeleiding naar reguliere zorg;
- verlagen van de gevaardreiging;
- vermindering van de problemen die personen zelf en/of hun omgeving ervaren;
- verbeterde kwaliteit van leven van deze personen.

Voor zover de samenwerkende partijen bij de uitvoering van 3PG stuiten op structurele knelpunten in het domein van zorg en veiligheid, is een laatste doel van de aanpak het beleidsmatig 'opwerken' en bestuurlijk adresseren van geconstateerde knelpunten. Indien daarvoor in 3PG aanwijzingen worden gezien, kan ook het probleem waarbij zorginstellingen bepaalde patiënten mijden worden geproblematiseerd in een bestuurlijk overleg. Dat is mogelijk doordat de 3PG-aanpak is ingebed in de bredere lokale aanpak van personen met onbegrepen gedrag, waarover periodiek wordt gerapporteerd aan het bestuurlijk overleg ggz. Dit is een overleg waarin alle samenwerkende partijen op bestuurlijk niveau zijn vertegenwoordigd en dat wordt voorgezeten door de gemeente Amsterdam.

#### 3.2 Samenwerking

Binnen 3PG werken verschillende partijen samen: de GGD, de afdelingen Onderwijs, Jeugd, Zorg en Diversiteit (OJZD) en Werk, Participatie en Inkomen (WPI) van de gemeente Amsterdam, de politie-eenheid Amsterdam-Amstelland, het Openbaar Ministerie, arrondissementsparket Amsterdam, de ggz-instellingen Arkin, GGZ inGeest en de Waag, en de MOBW-aanbieders Leger des Heils, HVO Querido en perMens. De samenwerking is bekrachtigd op basis van een convenant dat tot stand is gekomen op 1 januari 2021 voor de duur van vijf jaar.

#### 3.3 Aanmeld- en inclusieprocedure

Professionals werkzaam in het zorg- of veiligheidsdomein in de regio Amsterdam-Amstelland kunnen een patiënt anoniem aanmelden. Aangemelde casussen worden op korte termijn anoniem besproken door de triagecommissie 3PG, be-

M. Segeren e.a.

staande uit psychiaters van de GGD en de ggz (Arkin). Deze triage toetst of de casuïstiek voldoende aanleiding geeft voor een verdiepende (dreigings)analyse met de volgende uitkomsten:

- 1 De casus voldoet niet aan de inclusiecriteria. De aanmelding wordt vernietigd. De aanmelder ontvangt een brief met de reden voor de afwijzing en een advies voor een regulier hulp- of zorgverleningstraject.
- 2 Het is onduidelijk of de casus voldoet aan de inclusiecriteria. De aanmelder wordt verzocht aanvullende informatie te verzamelen en de casus, indien nodig, opnieuw aan te melden.
- 3 De casus voldoet aan de inclusiecriteria. Er is aanleiding voor een verdiepende analyse<sup>8</sup> en de casus wordt besproken in de commissievergadering 3PG, waaraan GGD, ggz, OM, politie en MOBW-instellingen deelnemen. In deze vergadering wordt de anonimiteit van de casus doorbroken. Gezamenlijk wordt besloten de cliënt al dan niet (eventueel met spoed) te includeren.

### 3.4 Aanmeldformulier en wegingsinstrument voor dreigingsanalyse

Gevaardreiging is de primaire reden voor aanmelding bij 3PG en een nadrukkelijk inclusie criterium. Een grondige analyse van de aard en het niveau van de dreiging is essentieel. Hiervoor is een specifiek aanmeldformulier, tevens wegingsinstrument voor de gevaardreiging, ontwikkeld. Gekozen is geen bestaand instrument te gebruiken, omdat potentieel geschikte risicotaxatie-instrumenten (1) veelal het risico op recidive inschatten en daarmee uitgaan van reeds gepleegde strafbare feiten, en (2) de beschikbaarheid van actuele en gedetailleerde klinische informatie veronderstellen. Beide zijn bij 3PG onzeker.

Het wegingsinstrument is ontwikkeld door psychiaters van de GGD, Arkin (ggz-instelling) en Amsterdam UMC, een recherchepsycholoog van de politie-eenheid Amsterdam-Amstelland en een klinisch psycholoog gepromoveerd op risicotaxatie in de forensisch klinische praktijk. Een randvoorwaarde was dat ook professionals zonder klinische expertise het kunnen invullen, zodat het geschikt is als aanmeldformulier.

Het instrument beslaat zeventien items met de antwoordcategorieën *ja*, *deels*, *nee* en *onbekend*. Vier items gaan over gevaar (voor zichzelf, anderen, algemene veiligheid, forse overlast voor samenleving), twee items over dreiging (fixatie op één persoon, concrete dreiging), twee items over voorgeschiedenis (politie-/justitiecontacten, dwangmaatregelen), drie items over psychopathologie (psychiatrische stoornis aanwezig, persoonlijkheidsstoornis, verslaving), één item over zorgmijding/zorgbreuk, drie items over sociale omstandigheden (recente verlieservaring, risicoverhogende omgevingsfactoren, zorgen bij familie/naasten), één item over casusspecifieke risicofactoren en één item over beschermende factoren. Op basis

- 8 De verdiepende analyse betreft geen (aanvullende) diagnostiek. De diagnose is immers bekend en een van de drie inclusiecriteria. De analyse gaat wel in op onderliggende redenen voor de zorgdiscontinuïteit en andere problematiek. Deze vormen aanknopingspunten om zo snel mogelijk de dreiging van gevaar te verminderen, waarbij, na het doorbreken van de anonimiteit, geput kan worden uit informatie over een persoon van meerdere instanties.



van het ingevulde formulier beoordeelt de triagecommissie of een casus voldoet aan de inclusiecriteria en of de cliënt 'thuishoort' in 3PG.

### 3.5 Regie

Elke nieuwe casus krijgt een regisseur werkzaam bij de GGD. De regisseur overlegt met de aanmelder en/of behandelaar over het moment en de wijze waarop de patiënt wordt geïnformeerd, in principe met een notificatiebrief.<sup>9</sup> Rekening wordt gehouden met de aard van de psychopathologie en de fase van behandeling. De regisseur stelt samen met een psychiater van de GGD een 'theoretisch plan van aanpak' op met de benodigde acties om de patiënt stabiel in zorg te krijgen en de gevaardreiging ten minste te verminderen maar bij voorkeur te elimineren. Het plan van aanpak wordt gestructureerd aan de hand van de Zelfredzaamheid-Matrix (ZRM),<sup>10</sup> een gevalideerd instrument waarmee iemands functioneren op dertien levensdomeinen kan worden beoordeeld. Op voorspraak van de regisseur kan een crisisplan onderdeel zijn van het plan van aanpak. Anticiperend op mogelijke scenario's zijn acties dan al afgestemd, bijvoorbeeld in de vorm van een vooraanmelding bij de crisisdienst. Aanvullend wordt met het OM overlegd over mogelijkheden om, met tussenkomst van de rechter, een gepaste maatregel of straffkader op te leggen. Als sprake is van (een verdenking van) strafbare feiten, kan bijvoorbeeld gedacht worden aan een maatregel ISD (inrichting voor stelselmatige daders) indien aan die criteria is voldaan, of een reclasseringstoezicht bij een voorwaardelijk strafdeel.

Een 3PG-regisseur werkt zo veel mogelijk 'op afstand' en voert procesregie met als primaire taak om een goede samenwerking tussen de betrokken instanties tot stand te brengen. Regisseurs zijn bij voorkeur niet inhoudelijk betrokken. Wel maken zij een overzicht van de betrokken instellingen en, indien sprake is van een zorgbreuk, ook die uit het recente verleden.

Zo nodig wordt een uitvoeringsoverleg georganiseerd met de volgende partijen: politie, (ex-)behandelaars en woonbegeleiders, een vertegenwoordiger van het Meldpunt Zorg- en Woonoverlast en professionals actief in de wijk (zoals de wijkagent en de wijk-GGD<sup>11</sup>). Het OM kan op verzoek aansluiten. Ter voorbereiding deelt de regisseur het voorlopige plan van aanpak. Tijdens het uitvoeringsoverleg worden verantwoordelijkheden voor verschillende delen hiervan besproken en belegd. Het delen van informatie over individuele casussen is hiervoor noodzakelijk. Vanwege privacyregelgeving en het medisch beroepsgeheim wordt steeds bekeken hoe gedetailleerd die informatie moet zijn (doelmatig, proportioneel) om het plan van aanpak uit te kunnen voeren. Hierbij wordt zo veel mogelijk aangesloten bij de

- 9 Deze vermeldt dat iemand is geïncludeerd, er wordt gewerkt aan het organiseren (optimaliseren) van zorg, GGD, zorgpartners, politie en OM hiervoor informatie uitwisselen over de persoon, de GGD enkele persoonsgegevens registreert en welke contactmogelijkheden er zijn. Een meegeestuurde folder informeert over de aanpak, iemands rechten en hoe hierop een beroep kan worden gedaan.
- 10 S. Lauriks e.a., *Handleiding Zelfredzaamheid-Matrix 2017*, GGD Amsterdam 2020, zie ook [www.zelfredzaamheidmatrix.nl](http://www.zelfredzaamheidmatrix.nl).
- 11 Wijk-GGD'ers zijn zorgprofessionals die preventief en laagdrempelig werken. Ze richten zich op mensen die zorg nodig hebben en een gezondheidsrisico lopen. Wijk-GGD'ers komen in actie op basis van meldingen van (ernstige) overlast of zorgwekkende situaties.

M. Segeren e.a.

principes uit de bemoeizorg.<sup>12</sup> Bij casussen die niet in zorg zijn, blijven regisseurs wel inhoudelijk betrokken. In die gevallen bepaalt de regisseur de (tijdelijke) koers van hulp en zorg en zoekt hij naar een partij die de juiste interventie kan plegen. Daarnaast levert de regisseur ook ondersteuning op het gebied van sociale problematiek, zoals dagbesteding, financiën en huisvesting.

Belangrijk is dat inclusie in 3PG niet betekent dat sprake is van wezenlijk andere vormen van behandeling en begeleiding. Het verschil met 'reguliere' trajecten is de aanwezigheid van een regisseur op de achtergrond die de casuïstiek monitort en voorkomt dat mensen uit beeld raken.<sup>13</sup> Een regisseur kan verschillende voorzieningen verbinden en 'opschakelen' wanneer er behoefte voor hulp of ondersteuning ontstaat, bijvoorbeeld voor middelengebruik of huisvesting. Ook kunnen zorgsignalen vanuit verschillende hoeken worden geclusterd als basis (voor een behandelaar) om behandeling en/of medicatie te intensiveren. Een ander voorbeeld is dat vanuit 3PG actief kan worden gestuurd op het wél doen van aangiftes van (kleinere) incidenten waar individuele hulpverleners geneigd zouden kunnen zijn dat juist niet te doen ten faveure van een fragiel behandel- of begeleidingsproces. Het 'stapelen' of samenbrengen van incidenten ontsluit mogelijkheden vanuit het strafrecht waarmee latere (en mogelijk zwaardere) incidenten kunnen worden voorkomen. Ook kan een regisseur de rol van 'boeman' op zich nemen om een goede werk- en vertrouwensrelatie tussen behandelaar en patiënt te behouden.

In meer algemene termen zorgt een regisseur voor een tijdige en integrale inschatting van acute veiligheidsrisico's en de effectieve communicatie daarvan. Regie gaat om het bevorderen van het delen en bespreken van verschillende perspectieven op veiligheid, niet zozeer na een incident, maar juist ook in het voorkomen daarvan. Een regisseur fungeert als buffer voor het probleem van versnipperde informatie, waardoor het ontbreekt aan een overkoepelend en actueel beeld van de situatie en eventueel aanwezige risico's. Ten slotte zorgt een regisseur dat meningsverschillen of onduidelijkheden over rollen en verantwoordelijkheden niet leiden tot vertraging van handelen. Zo nodig kan een regisseur besluiten (onderdelen van) de casuïstiek strakker naar zich toe te trekken.

### 3.6 Uitstroomcriteria, uitstroom en monitoring

Patiënten kunnen uiteraard ook uitstromen uit 3PG. Daartoe zijn uitstroomcriteria opgesteld. Het besluit tot uitstroom volgt uit een uitstroomanalyse die wordt

- 12 Bemoeizorg is een vorm van ongevraagde sociaalpsychiatrische hulpverlening gericht op voornamelijk zorgwekkende zorgmijders, mensen die in behoeftige of verkommerde omstandigheden leven, maar de stap naar hulpverlening niet kunnen of willen maken. Het doel is om de cliënt voor te bereiden op een doorverwijzing naar reguliere vormen van zorg/ondersteuning. Bemoeizorg kent de volgende principes: bemoeizorg is outreachend, stelt het opbouwen van een vertrouwensrelatie centraal, respecteert autonomie, richt zich niet op één probleem maar hanteert een integrale aanpak die wordt gerealiseerd en gecoördineerd door samenwerking tussen instanties en professionals. Zie onder andere GGD GHOR, *Handreiking voor gegevensuitwisseling bij bemoeizorg*, Utrecht: GGD GHOR 2021.
- 13 Dit is in feite ook het doel van de 'Ketenveldnorm Levensloopfunctie en beveiligde intensieve zorg', waarin regionale netwerkvormen samenwerken voor betere ondersteuning en zorg aan mensen met een psychische stoornis en/of een verslaving en/of een verstandelijke beperking en een hoog veiligheidsrisico; zie ook [www.continuiteitvanzorg.nl](http://www.continuiteitvanzorg.nl).



gebaseerd op het principe van gedeelde verantwoordelijkheid van de betrokken ketenpartners (OM, politie, GGD, ggz en MOBW-instellingen). Indien nodig worden andere partijen geraadpleegd, zoals de reclassering en andere gemeenteonderdelen (OJZD, WPI). De gedeelde verantwoordelijkheid van de betrokken organisaties komt overeen met de uitstroomcriteria die in domeinen zijn opgedeeld en met de werkgebieden van de betreffende organisaties. Dit is als volgt gespecificeerd:

- 1 Justitieel beloop (OM en politie):
  - a Er is sprake van een onherroepelijke strafrechtelijke veroordeling tot een ongemaximeerde<sup>14</sup> tbs-maatregel met dwangverpleging of een langdurige gevangenisstraf (> 3 jaar).
  - b In de twee jaar voor de uitstroomanalyse is geen sprake geweest van (verdenkingen van) strafbare feiten voortkomend uit de psychopathologie.
- 2 Plan van aanpak (regisseur):
  - a De dreigingsanalyse komt tot een lagere dreiging van gevaar dan in de periode net voor inclusie (geoperationaliseerd als herstel van zorgdiscontinuïteit, behandeltrouw en medewerking aan voorwaarden voor hulp/ondersteuning).
  - b In de twee jaar voor de uitstroomanalyse zijn geen meldingen over de patiënt binnengekomen bij het Meldpunt Zorg- en Woonoverlast.
  - c Op geen van de ZRM-domeinen is sprake van acute problematiek (score 1) of onvoldoende zelfredzaamheid (score 2).
- 3 Behandeling (ggz-behandelaar):
  - a De patiënt profiteert van zijn/haar behandeling in termen van symptomatisch en persoonlijk herstel.
  - b Er is vanuit de psychopathologie geen sprake van een verhoogd<sup>15</sup> risico op gevaar.
  - c Er is overeenstemming tussen behandelaar en patiënt over het (behandel-) beleid indien de patiënt gemaakte afspraken niet na mocht komen.
  - d De behandelaar wenst geen langere inclusie in 3PG.<sup>16</sup>

De uitstroomanalyse heeft drie mogelijke uitkomsten: voorlopig geen uitstroom, plaatsing op een monitoringslijst en definitieve uitstroom. Patiënten die strafbare feiten zijn blijven plegen (of daarvan verdacht worden) samenhangend met de psychopathologie en/of bij wie de dreiging van gevaar nog steeds aanwezig is en/of over wie meldingen bij het Meldpunt Zorg- en Woonoverlast zijn binnengekomen en/of die niet stabiel zijn op één of meerdere levensgebieden van de ZRM, stromen niet uit. Het plan van aanpak wordt geactualiseerd en een eventuele uitstroomana-

14 Bij een gemaximeerde tbs-maatregel stroomt iemand niet uit, maar wordt hij of zij op een monitoringslijst geplaatst.

15 Op basis van een klinisch oordeel, idealiter aangevuld met een inschatting van een actuair en klinisch recidiverisico zoals beoordeeld met de FARE; J. E. van Horn e.a., *Handleiding Forensisch Ambulante Risico Evaluatie versie 2 (FARE v2)*, Utrecht: Kwaliteit Forensische Zorg 2019.

16 Er wordt van uitgegaan dat de ggz-behandelaar bij zijn/haar klinische inschatting de kennis en toegang tot benodigde informatie heeft om tot een accurate inschatting van het risico op gevaar te komen. De opvatting van de behandelaar zelf over het verloop van de behandeling is belangrijk om mee te wegen bij een besluit of inclusie in 3PG nog nodig is.

M. Segeren e.a.

lyse wordt op een later moment opnieuw uitgevoerd. Patiënten met een langdurige justitiële maatregel (gemaximeerde tbs, langdurige gevangenisstraf maar korter dan 3 jaar) komen op een monitoringslijst. Pas na afloop van deze maatregel wordt opnieuw getoetst of iemand uit kan stromen. Patiënten stromen uit indien geen sprake is van strafbare feiten en de regisseur en GGZ-behandelaar op basis van criteria 2a, 2b, 2c, 3a, 3b, 3c en 3d geen aanleiding hebben om uitstroom uit te stellen.

#### 4. Kenmerken van de doelgroep

Vanaf de start van 3PG in 2018 tot maart 2023 zijn 70 casussen aangemeld, waarvan er 22 (31,4%) niet aan de inclusiecriteria voldeden en 48 (68,6%) wel. Analyse van informatie uit de geanonimiseerde aanmeldformulieren toonde aan dat geïncludeerde casussen het meest werden aangemeld door de ggz (15) en politie (13), gevolgd door de aanbieders MOBW (9), het AcVZ (5), de GGD (5) en het OM (1). In grote meerderheid (95,8%) betrof het mannen en de gemiddelde leeftijd was 41 jaar ( $sd = 10,8$ ;  $range = 23-63$  jaar). Bij iedereen was sprake van een gevaardreiging voor anderen en bij driekwart ook voor de persoon zelf (73,5%), de algemene veiligheid (89,5%) en/of er was sprake van forse overlast (80,9%). Bij ongeveer 4 op de 10 casussen was sprake van fixatie op een specifieke persoon of organisatie en bij 40% ging daarvan een concrete dreiging van gevaar uit.

De gehele groep had een voorgeschiedenis bij politie/justitie vanwege (geweldden/of overlast)incidenten en bijna driekwart (73,3%) vanwege criminele antecedenten. Bijna 1 op de 5 casussen (19,1%) was bekend vanwege ten minste een zedendelict, en bij 17% was sprake van (signalen van) radicalisering. Bij een grote meerderheid (91,9%) waren in het verleden dwangmaatregelen ingezet, waarbij een rechterlijke machtiging (RM onder voorheen de Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Wet BOPZ)/ZM onder de Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg (Wvvggz) (48,5%) en een inbewaringstelling (ibs onder voorheen de Wet BOPZ) (45,7%) het meest voorkwamen. In mindere mate was sprake geweest van een maatregel op grond van artikel 37 Wetboek van Strafrecht (Sr)<sup>17</sup> (13,8%), en 3 personen (9,4%) waren bekend in verband met een eerder opgelegde tbs-maatregel (zie tabel 1).

**Tabel 1** Kenmerken geïncludeerde 3PG-casussen: gevaardreiging en voorgeschiedenis (N = 48)

		N	%	Onbekend (n)
Gevaar	voor zichzelf	25	73,5	14
	voor anderen	43	100,0	5

17 Ingevolge art. 37 lid 1 Sr kan de rechter gelasten dat degene aan wie een strafbaar feit wegens de gebrekkige ontwikkeling of ziekelijke stoornis van zijn geestvermogens niet kan worden toegerekend, voor een termijn van een jaar in een psychiatrisch ziekenhuis zal worden geplaatst. Dit artikel is inmiddels vervallen.

**Tabel 1** (Vervolg)

		<b>N</b>	<b>%</b>	<b>Onbekend (n)</b>
	algemene veiligheid	34	89,5	10
	forse overlast	30	80,9	15
Fixatie	fixatie op één persoon	16	39,0	7
	concrete dreiging	14	40,0	13
Historie politie/justitie	totaal	43	100,0	5
	criminele antecedenten	33	73,3	3
	zeden	9	19,1	1
	radicalisering (signalen)	8	17,1	1
Historie dwangmaatregelen	totaal	34	91,9	11
	ibs	16	45,7	13
	RM	16	48,5	15
	artikel 37 maatregel	4	13,8	19
	tbs	3	9,4	16

Noot: ibs = inbewaringstelling, RM = rechterlijke machtiging, tbs = terbeschikkingstelling.

Een vastgestelde psychiatrische As 1stoornis was bij alle geïncludeerde casussen aanwezig. Vaak (65%) betrof het schizofrenie (van het paranoïde type of gedesorgeriseerde type) en/of psychotische stoornissen/symptomatologie (27,5%). Ook angst- of stemmingsstoornissen (12,5%) en posttraumatische stressstoornis (12,5%) kwamen relatief veel voor. Bij enkele casussen was er een bijkomende psychiatrische diagnose op As 1, waaronder de schizo-affectieve stoornis (10%), ADHD (4,2%), autismespectrumstoornis (4,2%) of een pedofiele stoornis (2,1%). Behalve As 1-stoornissen was bij ongeveer een derde van de groep (35,4%) sprake van een persoonlijkheidsstoornis, waarvan de antisociale (20,8%) het meest voorkwam. Een kleine minderheid had een narcistische (4,3%), borderline (4,3%) of persoonlijkheidsstoornis *niet anders omschreven* (10,9%). Ongeveer een derde van de groep (29,4%) had (vermoedelijk) een lichte verstandelijke beperking. Bij ruim driekwart (77,5%) was sprake van problematisch middelengebruik (misbruik en/of afhankelijkheid), vaker van cannabis (40%) en alcohol (28,3%) dan van cocaïne (14,3%). Gebruik van andere middelen, zoals opiaten en amfetaminen, kwam niet veel voor. Wel was sprake van veel sociale problematiek. Zo had bijna de helft (44%) een recente verlieservaring, en risicoverhogende omgevingsfactoren waren bij ruim 4 op de 5 casussen evident aanwezig (82,8%). In veel gevallen was sprake van ernstige

M. Segeren e.a.

zorgen vanuit het informele netwerk (89,6%), hoewel dat vaak ook onbekend was (zie tabel 2).

**Tabel 2** *Psychopathologie en sociale problematiek (N = 48)*

		<b>N</b>	<b>%</b>	<b>Onbekend (n)</b>
As 1-stoornis	schizofrenie <sup>a</sup>	26	65,0	8
	psychotische stoornis	11	27,5	8
	angst/depressie/bipolair	6	12,5	-
	PTSS	6	12,5	-
	schizoaffectieve stoornis	4	10,0	8
	ADHD	2	4,2	-
	autismespectrumstoornis	2	4,2	-
	pedofiele stoornis	1	2,1	-
As 2-stoornis	persoonlijkheidsstoornis	17	35,4	-
	antisociaal	10	20,8	-
	borderline	2	4,3	2
	pers. stoornis nao <sup>b</sup>	5	10,9	2
	narcistisch	2	4,3	2
	lichte verstandelijke beperking	10	29,4	14
Verslaving	totaal	27	77,5	8
	alcohol	13	28,3	2
	cannabis	18	40,0	3
	cocaïne	6	14,3	6
	opiaten	3	7,0	5
	andere	6	12,5	-
Recente verlieservaringen	11	44,0	23	
Risicoverhogende omgevingsfactoren	24	82,8	19	
Zorgen bij familie/naasten	26	89,6	19	

**Tabel 2** (Vervolg)

		<b>N</b>	<b>%</b>	<b>Onbekend (n)</b>
Sociale problematiek	dagbesteding	31	77,5	8
	dakloosheid	26	59,1	4
	financieel	16	42,1	10
	sociaal netwerk	30	83,3	12

<sup>a</sup> Waaronder schizofrenie van het paranoïde type, het gedesorgeriseerde type en schizofrenie met psychotische episodes.

<sup>b</sup> Persoonlijkheidsstoornis *niet anders omschreven*.

## 5. Voorbeeldcasuïstiek

Twee 3PG-casussen die we hier uitlichten, zijn die van meneer A. en meneer B. Beiden kunnen worden beschouwd als 'hoofdpijncasus' en illustreren de noodzaak en meerwaarde van een aanpak als 3PG. In de beschrijving zijn maatregelen getroffen om te voorkomen dat casuïstiek herleidbaar is naar specifieke personen.

### 5.1 Meneer A.

Meneer A. heeft op zijn vorige adres zijn overbuurman met een stuk gereedschap aangevallen en verwond. Op basis van voorwaarden is hij op een zogeheten 'laatste kans woning' in een andere wijk gaan wonen. Het betreft intermediaire verhuur: het Leger des Heils huurt een corporatiewoning en A. heeft een huurcontract bij het Leger des Heils. Meneer A. heeft een psychotische stoornis. Vanuit 3PG zijn allerlei aanwijzingen bekend over de oorzaak hiervan. Zo is er sprake van neurologische schade, vermoedelijk als gevolg van ernstige ziektes in het verleden, waaronder een goedaardig gezwel in zijn hersenen en een chronische harddrugsverslaving. Net als op zijn vorige adres heeft A. psychotische episodes waarin hij in ernstige mate last heeft van waanbeelden en waanideeën. Hij voelt zich bekeken, afgeluis- terd, begluurd en achtervolgd door zijn nieuwe burens. Vanwege zijn dreigende houding en een hele ernstige concrete bedreiging van zijn burens is A. door het Leger des Heils aangemeld bij 3PG.

Vanuit 3PG is eerst ingezet op het in zorg krijgen van A. Bij vijf ggz-instellingen is een intake georganiseerd. A. gaf steeds aan veel last te ondervinden van zijn nieuwe burens, maar weigerde elke vorm van medisch onderzoek en behandeling. Alle psychiaters gaven aan een psychotische man te zien die zorg weigert vanaf het moment dat gesproken wordt over medicatie. Er is sprake van lijdensdruk, maar het ontbreekt aan ziektebesef en -inzicht. Het lukte dus niet om A. vrijwillig in zorg te krijgen. Ook een zorgmachtiging in het kader van de Wvvggz leidde niet tot de start van behandeling. De beoordelende psychiater was van oordeel dat meneer A. prima op zijn woning kon verblijven, mits hij zich aan de voorwaarden en afspraken zou houden.

Vanuit 3PG is toen besloten te gaan sturen op een andere woning en om mogelijkheden vanuit het strafrecht te benutten. Meerdere partijen is gevraagd zo veel mogelijk aangiftes en meldingen te doen naar aanleiding van het gedrag van A. In

M. Segeren e.a.

verband met de veiligheid van de burens heeft het Leger des Heils meneer A. een woonplek in een 24-uurs voorziening aangeboden. Dit aanbod weigerde hij. De regisseur heeft daarop de gang naar de rechtbank voor ontbinding van zijn huurcontract ingezet. Het Meldpunt Zorg- en Woonoverlast en de woningbouwcorporatie zijn hier actief bij betrokken. In de tussentijd heeft de regisseur de woningbouwcorporatie gevraagd een camera in de portiek te installeren. Bekend was dat dit in het verleden een positief effect op het gedrag van A. heeft gehad. In het kader van een crisisplan heeft de regisseur ‘vooraanmeldingen’ besproken met de politie, de verschillende crisisdiensten (bij de ggz en de GGD) en de wijkagent om A., zodra hij in beeld komt, te prioriteren en snel te acteren.

### 5.2 Meneer B.

Meneer B. is bekend vanwege een behoorlijk aantal ernstige gewelds- en zedendelicten. Op basis van diverse zorgmachtigingen verbleef B. in de afgelopen tien jaar in allerlei klinieken. Hij is door de rechtbank wilsonbekwaam verklaard. Het laatste jaar verbeterde zijn functioneren aanzienlijk: hij had een mentor en werk, was goed ingesteld op zijn medicatie en de zorgmachtiging was beëindigd. Vanuit de gesloten afdeling van een psychiatrische kliniek kon B. een weekend op onbegeleid verlof. Ook werd B. aangemeld voor een andere woonvorm. Inmiddels woont hij al langere tijd in een 24-uurs beschermd-wonensetting. Ruim drie jaar heeft B. geen delicten meer gepleegd. Hij staat op een wachtlijst voor zelfstandig (begeleid) wonen. Maar die wachtlijst is lang. Een nieuwe woonbegeleider, die ook zijn ambulante begeleider zou gaan worden, heeft kennis met B. gemaakt en ziet een ‘hele zelfstandige meneer’. Omdat de wachtlijst zo lang is, stelt hij voor dat B. versneld zelfstandig kan gaan wonen.

Meneer B. is (gelukkig) nog niet uitgestroomd uit 3PG. De regisseur weet namelijk, in tegenstelling tot de nieuwe woonbegeleider, dat B. nadrukkelijk heeft aangegeven direct te zullen stoppen met zijn medicatie zodra hij zelfstandig woont. De regisseur weet ook dat B. al zijn eerdere delicten heeft gepleegd in psychotische toestand als gevolg van medicatie-ontrouw. Door monitoring van de situatie van B. in het kader van 3PG is de regisseur tijdig op de hoogte van het voornemen van de nieuwe woonbegeleider voor een zelfstandige woning en van de mogelijkheid om dit te verhinderen. Zonder 3PG was B. wel versneld zelfstandig gaan wonen, met alle risico’s van dien.

## 6. Privacy en juridische aspecten

Onderliggend aan 3PG is een Convenant werkwijze Psychiatrische Patiënten, Potentieel Gevaar, waarin doelen, werkwijze en wettelijke grondslag zijn gespecificeerd. Het convenant is in 2021 ondertekend door alle betrokken partijen. Een aantal wetten is van toepassing, waaronder de (Uitvoeringswet) Algemene verordening gegevensbescherming, de Wet politiegegevens, de Wet justitiële en strafvorderlijke gegevens, de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst, de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg en de Wet maatschappelijke ondersteuning.



Als basis voor het convenant en de bijbehorende regeling voor gegevensuitwisseling is een zogenaemde Data Protection Impact Assessment (DPIA) uitgevoerd. Daarmee is onderzocht welke wettelijke grondslagen voor de aanpak 3PG en de daarmee samenhangende uitwisseling van persoonsgegevens van toepassing zijn. De DPIA, het convenant en het bijbehorende advies zijn opgesteld in overleg met juristen van de GGD en alle ketenpartners, in samenspraak met de functionaris gegevensbescherming van de gemeente Amsterdam.

Op basis van de DPIA werd geconcludeerd dat een wettelijke basis voor het uitwisselen van gegevens met externe instanties ontbreekt, maar waarschijnlijk in de toekomst wel gevonden kan worden in het Wetsvoorstel aanpak meervoudige problematiek sociaal domein.<sup>18</sup> Met dit wetsvoorstel wordt beoogd knelpunten weg te nemen rondom gegevensuitwisseling en privacy in het sociaal domein bij de aanpak van meervoudige problematiek. Het wetsvoorstel voorziet daartoe wettelijke taken voor het college van burgemeester en wethouders voor onderzoek, planvorming en coördinatie. Om die reden werd besloten, in afwachting van de introductie van het Wetsvoorstel aanpak meervoudige problematiek sociaal domein, de aanpak 3PG voort te zetten. Tot die tijd is een aantal aanbevelingen om het (rest)risico van onrechtmatige gegevensuitwisseling te verminderen,<sup>19</sup> voortvloeiend uit de DPIA, overgenomen in de werkwijze. Belangrijk is dat de uitwisseling van informatie wordt beperkt tot het hoognodige. Waar mogelijk wordt altijd gekozen om informatie mondeling te delen, niet schriftelijk. Het aanmeldingsproces is sowieso anoniem. De anonimiteit van een casus wordt alleen doorbroken wanneer aan *alle* inclusiecriteria is voldaan, waarbij, op basis van een grondige dreigingsanalyse, een verhoogd risico op een incident met grote maatschappelijke impact aannemelijk is geworden.

Rondom de uitwisseling van informatie geldt binnen 3PG een aantal voorwaarden en aandachtspunten, namelijk: het betreft uitsluitend noodzakelijke ('need to know') gegevens, altijd moet worden geprobeerd toestemming te krijgen, het doorbreken van geheimhouding moet goed zijn onderbouwd, het start- en eindpunt van de gegevensuitwisseling wordt afgesproken, de bewaartermijn van gegevens is eindig, informatie wordt alleen gedeeld met direct betrokken partijen, en de cliënt moet bezwaar kunnen maken of een klacht kunnen indienen.

Voornoemde punten vormden een plan van eisen bij de ontwikkeling van een registratiesysteem waarin regisseurs hun plan van aanpak en acties documenteren. Ten slotte ontvangen personen die worden geïncludeerd hiervan een notificatiebrief met een onderbouwing voor hun inclusie, een uiteenzetting van wat dat voor hen betekent, en hoe zij daartegen bezwaar kunnen maken of een klacht kunnen indienen. Het uitreiken van de brief is uitgangspunt, maar in de praktijk lukt of kan dat niet altijd. Tot 2024 zijn in totaal 23 notificatiebrieven uitgereikt.

18 Zie ook [www.wetgevingskalender.overheid.nl/regeling/WGK010837](http://www.wetgevingskalender.overheid.nl/regeling/WGK010837).

19 Zoals juridische aansprakelijkheid voor opgelopen schade (vanwege bijvoorbeeld discriminatie, stigmatisering en/of reputatieschade), claims, boetes, tuchtzaken (vanwege schending van het (medisch) beroepsgeheim) en imagoschade van deelnemende organisaties.

## 7. Meerwaarde 3PG

In termen van effect is het lastig de meerwaarde van 3PG kwantitatief te onderbouwen. Zo is sprake van een beperkt aantal casussen, veelal een relatief korte follow-up tijd, een lage incidentie van de uitkomstmaat (ernstig incident) en ontbreekt het aan een vergelijkingsgroep. Wel zijn er drie belangrijke indicaties van effect. Van alle tot nu toe geïncludeerde personen (1) heeft niemand een ernstig incident gepleegd, (2) is niemand tijdens inclusie in 3PG uit beeld geraakt en (3) is bij iedereen de zorgdiscontinuïteit hersteld.

Op casuïstiekniveau is de meerwaarde dat samenwerken zorgt voor verheldering van de (on)mogelijkheden van elk van de betrokken disciplines. Korte lijnen helpen om snel en adequaat actie te ondernemen. 3PG helpt om bij complexe casussen multidisciplinair zo veel mogelijk opties te verkennen; Dat is niet per se leidend voor het te voeren beleid, maar wel waardevol om te komen tot een plan van aanpak.

De meerwaarde van 3PG is daarnaast benoemd door de samenwerkingspartners:

- Het OM benadrukt dat 3PG zorgt voor meer duidelijkheid over de omstandigheden van en rondom een persoon op basis waarvan besluiten (onder andere tbs) met een betere onderbouwing en met meer vertrouwen worden genomen. Een concreet voorbeeld is dat dankzij 3PG bekend werd dat tegen een persoon ook aangiftes waren gedaan in andere delen van Nederland. Dit was bij het OM anders niet bekend geweest. Door het bundelen van aangiftes kon worden ingezet op het onderzoeken van de noodzaak van tbs. Alle aangiftes afzonderlijk hadden daartoe geen aanleiding gegeven.
- Voor de politie is het verkrijgen van grip op de doelgroep met psychiatrie en een gevaardreiging erg belangrijk. Het gaat niet alleen om potentieel, maar ook om aantoonbaar gevaarlijke personen. 3PG is een welkom alternatief naast meer reguliere opties, zoals vervoer naar de spoedeisende psychiatrie of inzetten op het strafrecht. Wijkagenten profiteren van de toeleiding naar zorg- en veiligheidsinterventies en zien dat óók de samenleving daarmee is gediend. Hun werk vergemakkelijkt met een vooraf uitgedacht kader en handelwijze. In het belang van alle betrokkenen zijn veiligheidsrisico's daarmee beter beheersbaar. 3PG wordt door de politie beschouwd als een voortvarende aanpak vanuit de gemeente/GGD.
- Zowel de ggz als de aanbieders MOBW benoemen dat 3PG hun het 'comfort' geeft om toch nog iets achter de hand te hebben bij patiënten/cliënten die niet aan alle voorwaarden kunnen of willen voldoen, waardoor het geen zin heeft, of te onveilig is, om behandeling/ondersteuning voort te zetten. In die gevallen biedt 3PG de beschikbaarheid en bereidwilligheid van gemeente, OM en politie om mee te kijken en met elkaar na te denken over goede oplossingen om gevaarrisico's te verlagen. 3PG borgt de goede verbinding van straf en zorg. Behandelaars geven aan beter op de hoogte te zijn van wat er speelt rondom een persoon, ook op het gebied van overlast en dreiging. Woonbegeleiders zijn beter op de hoogte van de onderliggende psychopathologie en het verloop van behandeling. Op doelgroepniveau hebben zowel de ggz als de aanbieders

MOBW met 3PG een handelwijze paraat voor de spaarzame momenten waarop dat belangrijk is.

## 8. Conclusie

De aanpak 3PG richt zich op het bieden en organiseren van continuïteit van zorg rondom een specifieke doelgroep van personen met een psychiatrische aandoening die potentieel gevaarlijk zijn en moeilijk in zorg te krijgen of houden zijn. De meerwaarde van 3PG ligt volgens ketenpartners besloten in de doelen waarvoor die is opgericht: het beter in zorg krijgen van patiënten en het verminderen van de kans op incidenten met een grote maatschappelijke impact. In de beoordeelde periode is het in 3PG bij alle casussen gelukt om discontinuïteit/fragmentatie van zorg te herstellen, zo nodig door het beter benutten van mogelijkheden vanuit het strafrecht. Een andere belangrijke meerwaarde van 3PG is het verbinden van zorg en straf. Het aanmeld- en inclusieproces in 3PG is niet eenvoudig en gaat niet altijd even snel als gewenst. Wel is het zo dat deelnemende organisaties profiteren wanneer iemand eenmaal is geïncludeerd. De gemeenschappelijkheid van beleid op casusniveau tussen zorg-, sociaal en veiligheidsdomein en het kunnen bewaken van de continuïteit hierin zijn een belangrijk winpunt. Ten slotte biedt 3PG mogelijkheden om casussen te monitoren en op basis van volledige informatie (zorg en veiligheid) een plan van aanpak bij te kunnen sturen. Door hierbij alle disciplines te betrekken kan een sluitende vorm van zorg/hulp worden geboden. De aanpak 3PG wordt waarschijnlijk verlengd. Een aanvraag voor middelen hiertoe is in 2023 ingediend bij het ministerie van Justitie en Veiligheid. Ook worden mogelijkheden verkend om 3PG meer aan te laten sluiten bij de Ketenveldnorm levensloopfunctie en beveiligde intensieve zorg<sup>20</sup> om interdisciplinaire samenwerking in het Amsterdamse netwerk van instellingen rondom de doelgroep verder te verbeteren.

20 Continuïteit van Zorg, *Ketenveldnorm levensloopfunctie en beveiligde intensieve zorg: Samenwerken in regionale netwerkvormen voor betere ondersteuning en zorg aan mensen met een psychische stoornis en/of een verslaving en/of een verstandelijke beperking én een hoog veiligheidsrisico*, 2021.