

## Politie als schakel in de oggz en de rol van crisisbeoordeling op het politiebureau

**De politie wordt vaak te hulp geroepen als mensen met een psychiatrische aandoening in aanvaring komen met andere burgers. Daarna volgt een zoektocht naar de juiste zorg. Maar dat kost de politie wel erg veel tijd. Hoe kan het sneller en beter?**

Volgens de wet dient de politie hulp te verlenen aan hen die hulp behoeven (Politiewet 1993, artikel 2). Politiepersonen zijn verplicht om een arts te waarschuwen als mensen onmiddellijk gevaar opleveren voor de openbare orde, de veiligheid of gezondheid van zichzelf of anderen (Ambtsinstructie politie, artikel 25). In zulke gevallen treedt de politie op als poortwachter: ze bepaalt welke zorg een hulpbehoevende ontvangt. Om te beginnen bepaalt de agent of zorg noodzakelijk is. Zo ja, dan kan hij of zij de betrokkene overlaten aan diens eigen, informele zorgkader (familie, vrienden, zorginstanties; Ambler-Huiskes, 2000), of zelf zorg regelen. Daarnaast maakt de agent nog een keuze: hij of zij geleidt de betrokkene ofwel direct naar een zorginstelling óf naar het politiebureau, om beoordeeld te worden door een forensisch arts. Als het bovendien gaat om iemand die als gevolg van een psychiatrische stoornis een gevaar vormt voor zichzelf of anderen, moet de agent ook kiezen tussen zorg of vervolging.

In 2001 werden in de Tweede Kamer vragen gesteld over de rol van de politie bij het opvangen en overdragen van psychiatrische patiënten. Hoeveel tijd besteedt de politie hieraan? Hoe zit het met de beschikbaarheid van de crisisdienst? Welke capaciteit heeft de acute noodopvang? De minister van vws antwoordde dat niet bekend was hoeveel tijd de politie kwijt was aan deze

vorm van hulpverlening, maar dat het niet tot de kerntaken van de politie behoort om psychiatrische patiënten urenlang op te vangen. Bovendien wees de minister erop dat GGZ-instellingen de plicht hebben om in situaties van acute nood zorg te verlenen (Tweede Kamer, 2001)

In hetzelfde jaar verschenen ook de uitkomsten van een landelijk onderzoek naar de bemoeienis van de politie met mensen die zelf niet in staat zijn om de benodigde hulp in te schakelen, en die een gevaar vormen voor zichzelf of overlast veroorzaken voor hun omgeving (Van Anandel, 2001). Politiepersonen die aan dat onderzoek hadden meegewerkt zeiden dat er in 13% van de gevallen (n=2400) sprake was geweest van problemen met de zorg- en hulpverleningssector. Zorginstellingen waren moeilijk in te schakelen, deels omdat hun capaciteit tekortschoot en deels omdat hun zorgaanbod niet goed aansloot op de hulpvraag. De respondenten pleitten voor structureel regionaal overleg tussen politie en zorgverleners.

### Crisisbeoordeling op het politiebureau

In de stad Groningen bestond in 2003 al een periodiek overleg over de openbare geestelijke gezondheidszorg (OGGZ). De politie vond dat de hulpverlening bij psychische problemen zoveel tijd in beslag nam, dat haar kerntaken (het opsporen en vervolgen van criminelen) onder druk kwamen te staan. Daarom startten zij, de GGZ en de GGD in 2003 een project voor het verbeteren van de crisisopvang van mensen met psychische problemen in de openbare ruimte. Op het hoofdbureau van politie werd een spreekkamer ingericht ('*front office* OGGZ'). De politie verwachtte er per jaar ongeveer drietot vierhonderd burgers met psychische problemen te ontvangen.

Als de politie in contact komt met mensen die volgens haar acute zorg nodig hebben maar daar geen of onvoldoende gebruik van maken, kan ze hen nu meenemen naar het bureau (lees: het *front office*). Daar dienen ze binnen een half uur te worden beoordeeld door een forensisch arts van de GGD. De agenten kunnen in de tussentijd weer verder met hun gewone werk, tenzij er een veiligheidsrisico is. Als de forensisch arts vaststelt dat er sprake is van psychiatrische problematiek, roept hij of zij een sociaal-psychiatrisch verpleegkundige (SPV) van de GGZ op om de man of vrouw in kwestie aanvullend te beoordelen en toe te leiden naar zorg.

De politie mag alleen mensen meenemen naar het *front office* als ze hen heeft 'aangetroffen' in de openbare ruimte. Als ze lucht krijgt van problemen binnenshuis dient ze de reguliere zorg in te schakelen (huisarts, doktersdienst, zorgcoördinator), tenzij er sprake is van een acute crisis en evidente overlast. In die laatste gevallen kan ze mensen meenemen naar het

politiebureau. Als ze bijvoorbeeld een melding krijgt van iemand die zich zorgen maakt over een buurman die bekend is bij de GGZ, die herrie maakt en mensen in zijn buurt bedreigt, zal ze eerst ter plekke poolshoogte gaan nemen. Als zo'n buurman niet is te overreden en er gevaar dreigt zal de politie hem zonder tussenkomst van een huisarts meenemen naar het *front office*.

## Onderzoeksvragen

In dit artikel doen we verslag van een evaluatieonderzoek naar het functioneren van het *front office* OGGZ. Over dit onderdeel van het politiewerk (bemoeyenis met OGGZ-crises) zijn maar weinig gegevens (Aardoom e.a., 2001; Ambler-Huiskes e.a., 2000). We zochten daarom antwoord op een paar basale vragen:

- 1 wat is de omvang van de OGGZ-problematiek waarmee de politie wordt geconfronteerd?
- 2 wat is de aard en de oorzaak van zulke OGGZ-crises?
- 3 wat doet de politie in zulke gevallen? in welk type crisis neemt ze de betrokkene mee naar het *front office* OGGZ?
- 4 brengt het *front office* het tijdsbeslag voor de politie terug tot aanvaardbare omvang?
- 5 wat is het GGZ-zorggebruik van de betrokkenen voor en na beoordeling door het *front office*?

Het onderzoek werd uitgevoerd in de periode april 2003 tot april 2004 en had betrekking op meldingen uit de gemeenten Groningen en Haren (198.000 inwoners) aan de meldkamer van de regiopolitie. De politie Groningen werkt met een 'bedrijfsprocessensysteem' (BPS): na iedere melding moet de agent het gemelde incident in eigen woorden beschrijven ('BPS journaal') en één 'incidentcode' kiezen. Om vast te stellen in hoeveel gevallen en waarvoor psychische zorg nodig was geweest, maakten we een selectie uit de meldingen in het BPS. We selecteerden meldingen met de volgende codes:

- overlast vermoedelijk gestoord of overspannen persoon
- poging zelfdoding
- hulpverlening burger
- burenruzie/relatieprobleem
- geweld.

'Overlast drank' en 'overlast drugs' lieten we buiten beschouwing, hoewel middelenmisbruik vaak gepaard gaat met psychiatrische problemen.

Bij de laatste drie soorten incidenten beperkten we ons tot gevallen waarin (naar de beschrijving door de agent te oordelen) sprake was geweest van psychische problematiek. Dat maakten we bijvoorbeeld op uit woorden

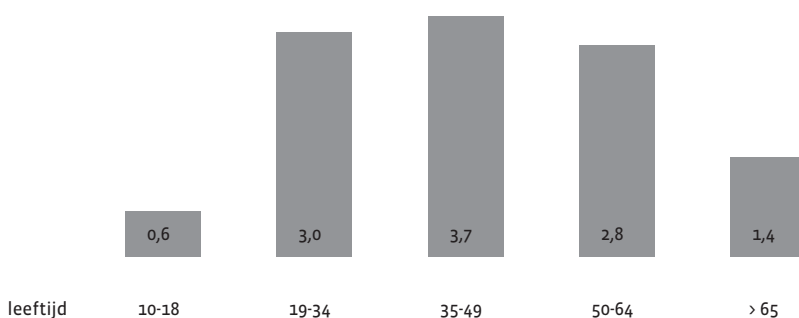
als ‘verward’, ‘gestoord’, ‘spoort niet’, ‘GGZ’, ‘door het lint’, ‘ADHD’, ‘verslaafd’, ‘zelfdoding’, et cetera. Incidenten waarbij iemand wegens een strafbaar feit was ingesloten lieten we buiten beschouwing. Dat deden we ook als de politie er niet op af was gegaan of als ze niemand had aangetroffen.

Aan de hand van de beschrijving in het BPS-journaal beoordeelde een van de onderzoekers de aard van het probleem dat tot een crisis had geleid: ‘psychiatrie’, ‘verslaving’, ‘sociaal’ of ‘onduidelijk’. Over de mensen die beoordeeld waren op het *front office* OGGZ hadden we nog veel meer gegevens. De forensisch arts en de sociaal psychiatrisch verpleegkundige hadden namelijk een registratieformulier ingevuld: persoonsgegevens, aard van de crisis, aard van de problematiek, tijdpad en verleende zorg. Met ‘tijdpad’ bedoelen we de aanrijdtijd (het tijdstip waarop een hulpverlener gevraagd werd om te komen tot het tijdstip van aankomst op het politiebureau). Om het zorggebruik in de twaalf maanden voor en één maand na het contact met de politie in beeld te krijgen, vroegen wij hierover informatie op bij de regionale GGZ-instellingen, Verslavingszorg Noord-Nederland en het OGGZ-team van de GGD. Het Openbaar Ministerie verleende toestemming voor gebruik van gegevens uit het BPS.

## Resultaten

Wat is de omvang van OGGZ-problematiek die de politie ziet? Gedurende twaalf maanden registreerde de politie 492 meldingen waarbij psychische zorg was aangewezen (2,5 per 1000 inwoners). De meldingen hadden betrekking op 336 verschillende personen (1,7 per 1000 inwoners). In figuur 1 staat de verdeling van meldingen naar leeftijd.

**Figuur 1** Aantal OGGZ-meldingen per 1000 inwoners naar leeftijd



Iets meer dan een derde van de meldingen werd gedaan door burens of omstanders, een vijfde door instanties (meldpunt overlast) en ook een vijfde door de betrokkene zelf. Opmerkelijk is dat tweederde van de meldingen gebeurde buiten kantooruren. In verband met de wens van de GGD (alleen mensen uit de openbare ruimte meenemen naar het *front office*) is vermeldenswaard dat 46% van de meldingen ging over iemand die thuis was. Voor personen die daadwerkelijk meegenomen werden naar het *front office* was dit 23%.

307

**Tabel 1** Kenmerken van de oggz melding naar wijze van afhandeling (kolom %)

	Typering afhandeling door politie			Totaal (n=492)
	zelfstandig afgehandeld (n=247)	via politie naar hulpverlening verwezen (n=178)	crisis interventie front office oggz (n=67)	
<b>Melder</b>				
burens en omstanders	37%	34%	40%	36%
instantie (meldpunt overlast, pension)	20%	19%	25%	21%
betrokkene zelf	22%	21%	9%	20%
familie en vrienden	14%	19%	17%	16%
slachtoffer of politie-surveillance	6%	7%	9%	7%
<b>Moment melding</b>				
werkdag, binnen kantooruren	38%	41%	15%	36%
werkdag, buiten kantooruren	35%	39%	49%	39%
weekend of feestdag	27%	20%	36%	25%
<b>Vindplaats betrokkene</b>				
openbare ruimte	55%	44%	77%	54%
thuis	45%	56%	23%	46%

### Aard en oorzaak van de crises

De agenten benoemden de helft van alle meldingen als 'overlast door een vermoedelijk gestoord persoon'; 57% van de meldingen ging over mannen. Slecht een op de acht beoordeelde personen was niet woonachtig in het studiegebied (gemeenten Groningen of Haren). Uit tabel 2 blijkt dat de hulpverleners in het *front office* de aard van de crisis het vaakst beoordelen

als ‘overlast’ (36%). In meer dan de helft van de meldingen was er volgens de onderzoekers (beoordeling achteraf) sprake geweest van psychiatrische problemen (55%). Het aandeel van verslavingsproblemen in de meldingen lijkt beperkt (12%). De reden daarvan is dat de incidentcode ‘overlast drank en drugs’ als exclusie criterium gold. In de onderzoeksperiode noteerden we 190 insluitingen in een dronkenmancel (1 per 1000 inwoners per jaar) vanwege intoxicatie door alcohol of, in veel mindere mate, drugs. Nadat ze ontuchtterd zijn, worden deze personen weer op straat gezet, veelal zonder aanvullende hulp maar met een bekeuring. Opgeteld (59+190=249 gevallen) is de omvang van verslavingsproblemen toch vergelijkbaar met die van psychiatrische problemen (n=270).

**Tabel 2** Aard van de crisis en van de problematiek naar wijze van afhandeling door de politie (aantal en kolom %)

	Typering afhandeling door politie			Totaal (n=492)
	zelfstandig afgehandeld (n=247)	via politie naar hulpverlening verwezen (n=178)	crisis- interventie front office (n=67)	
<b>Incidentcode politie</b>				
overlast vermoedelijk gestoord persoon	55%	53%	30%	51%
hulpverlening burger	30%	37%	54%	36%
suïcidepoging	0%	5%	13%	4%
burenruzie – relatieprobleem	10%	4%	3%	7%
geweld	5%	1%	-	3%
<b>Aard crisis</b>				
overlast	45%	26%	30%	36%
direct gevaar voor anderen	8%	11%	10%	10%
direct gevaar voor zichzelf	10%	31%	43%	22%
verwaarlozing	1%	1%	2%	1%
anders of onduidelijk	36%	30%	15%	31%
<b>Aard problematiek*</b>				
psychiatrie	45%	62%	76%	55%
verslaving	12%	11%	16%	12%
sociaal probleem	15%	17%	16%	16%
anders of onduidelijk	36%	30%	15%	31%

\* indeling in meerder categorieën mogelijk

### Wat doet de politie? Wie neemt ze mee?

In tabel 1 en 2 staan de meldingen ook onderverdeeld naar de manier waarop de politie ze afhandelde: ze deed dat zelf, deed een beroep op een zorginstelling, of nam de persoon mee naar het front office. De politie handelde de helft van alle meldingen zelfstandig af. Opvallend is dat de politie slechts 14% meenam naar het front office (67 meldingen die betrekking hadden op 61 personen). Bij deze personen kwam de melding minder vaak van de betrokkene zelf, ging het minder vaak over overlast, was het vaker buiten kantooruren, vaker in de openbare ruimte en betrof het vaker suïcidepogingen. Verder viel op dat weinig personen van 65 jaar of ouder naar het politiebureau werden meegenomen. Voor mensen van buiten het onderzoeksgebied was de kans om meegenomen te worden ruim twee keer zo groot. Volgens de beoordelaars (tabel 2) kwamen de front office-meldingen relatief vaak na crises met direct gevaar voor de persoon zelf en minder vaak na overlast, en was er veel vaker sprake van psychiatrische problematiek.

309

### Hoe lang duurt een beoordeling op het politiebureau?

De gemiddelde aanrijdtijd (tijdstip van oproep tot aankomst van cliënt op front office) is weergegeven in tabel 3. We hebben alleen de personen meegeteld die meegenomen werden om beoordeeld te worden op het politiebureau. De forensisch arts arriveerde gemiddeld net binnen een half uur na oproep op het politiebureau (aanrijdtijd 29 minuten; *range* 0-180). In viervijfde van de gevallen riep men daarna een SPV of psychiater in voor zorgbemiddeling. De gemiddelde aanrijdtijd van de SPV en psychiater was respectievelijk 46 en 53 minuten (*ranges* 15-100 en 20-90). De gemiddelde consulttijd van de GGD-arts, SPV en psychiater was respectievelijk 95, 97 en 120 minuten (*ranges*: 15-290, 25-380 en 40-180). De verblijfsduur van de cliënt op het politiebureau was beduidend langer als er sprake was van een inbewaringstelling (gemiddeld 4 uur, versus 2 uur en 47 minuten in de overige gevallen).

Een belangrijke reden om het front office op te zetten, was de politie te ontlasten bij OGGZ-meldingen. In 64% van de gevallen waarin de agenten een persoon naar het front office brachten, werd hun gevraagd om in de buurt te blijven. Gemiddeld bleef de politie 150 minuten aanwezig (*range* 10-525) na aankomst van de forensisch arts.

### Voorgeschiedenis en nazorg

De problemen die gezien werden op het front office, zijn niet zodanig beschreven dat we eruit kunnen opmaken om wie het ging. De GGZ-zorg voorafgaande en na de crisisinterventie zegt ons meer over de ernst van de problematiek. In het jaar voordat ze werden beoordeeld op het front office

**Tabel 3** Tijdsbeslag (in minuten) op hulpverleners en politie na aankomst op politiebureau

aanrijdtijd tot bureau	binnen 30 minuten	aanrijdtijd gemiddeld (mediaan)	consulttijd gemiddeld (mediaan)
1e beoordeling			
GGD-arts (n=66)	72%	29 (25)	95 (75)
2e beoordeling			
SPV (n=47)	22%	46 (45)	97 (82)
Psychiater (n=7)	40%	53 (55)	130 (120)
Politie (n=41)	n.v.t.	n.v.t.	150 (120)

waren 43 van de 61 personen (70%) gezien door een regionale zorginstelling; 32 door de GGZ, 14 (soms ook) door de verslavingszorg en 14 (soms ook) door een OGGZ-team van de GGD. Bij 44% van hen was er gedurende dat jaar sprake geweest van een periode van continue zorg in de vorm van langdurige opname of ambulante zorg. De overige 26% had gedurende het jaar voor de front office-beoordeling alleen crisisinterventies gehad (eventueel met een korte opname) of enkele contacten met een OGGZ-team. De helft van de beoordeelde personen op het front office had in de voorafgaande maand nog een zorgcontact gehad.

Foto Harro Meijnen, *Blauw/politievakblad*, Amsterdam



Bij 60% van de beoordelingen op het front office was er volgens de medewerkers sprake van acute zorgbehoefte. Bijna al deze mensen ontvingen in de maand na de beoordeling zorg; 83% werd opgenomen (waarvan ongeveer een derde gedwongen), 11% kreeg ambulante zorg en 6% wees zorg af. Twee psychiaters (AT en WW) beoordeelden onafhankelijk van elkaar de gegevens van de front office-beoordelingen en de medische dossiers van de beoordeelde. Zij concludeerden dat bij 80% van hen sprake was van een psychiatrisch toestandsbeeld en bij 38% (ook) verslavingsproblematiek.

## Discussie

In een middelgrote stad (Groningen) werd de politie bij 2,5 per 1000 inwoners per jaar te hulp geroepen om te bemiddelen bij psychosociale problematiek. De demografische kenmerken van de cliënten en de aard van de problematiek komen overeen met een vergelijkbaar landelijk onderzoek (Ambler-Huiskes e.a., 2000). In Zuid-Holland registreerden Aardoom e.a. (2001) in een soortgelijk onderzoek een hoger aantal hulpvragen (4,3 per 1000 inwoners). Dat hogere percentage kan verklaard worden door een ruimer inclusie criterium (het ging daar om personen in verwarde toestand met afwijkend gedrag). In Groningen handelde de politie 86% van de gevallen zelfstandig af of deed ze direct een beroep op de lokale zorginstellingen. Slechts in een op de zeven psychosociale crises nam ze iemand mee voor beoordeling op het front office OGGZ. Inhoudelijk lijkt de politie vooral te selecteren op personen die 'niet sporen' en op het criterium acuut gevaar. Wat opvalt, is dat de politie een goede neus lijkt te hebben voor probleemgevallen. Immers, bij 80% van de personen die werden meegenomen naar het front office was, volgens twee onafhankelijke psychiaters, sprake van psychiatrische problematiek. De helft van deze personen werd in de maand na de beoordeling opgenomen bij de GGZ. Dit wijst op een goede 'positief voorspellende waarde' maar roept tevens twijfels op over de specificiteit. Het is namelijk de vraag of voldoende professionele hulp is verleend aan overige personen die door de politie werden gezien. Bij de zelfstandig door de politie afgehandelde groep was er in 45% van de gevallen aanwijzing voor mogelijke psychiatrische problematiek. Het is aannemelijk dat daaronder ook personen zaten die ze beter direct had kunnen doorverwijzen naar de GGZ of meenemen voor tijdige beoordeling.

Een zelfde redenering gaat op voor de mensen die werden doorverwezen naar een hulpverlener (62% met aanwijzingen voor psychiatrische problemen). Kennelijk was deze problematiek minder urgent maar het is de vraag of dit advies is opgevolgd. Voor mensen met verslavingsproblematiek

is dat ingewikkelder omdat het hulpverleningsaanbod buiten kantooruren mager is en het gebruik van drank en drugs een toestandsbeeld vertekent.

Naast inhoudelijke criteria lijkt de politie ook lokale afspraken en praktische overwegingen mee te nemen in de beslissing om iemand naar het front office te brengen. Zo werden op verzoek van de GGD slechts weinig mensen uit hun huis gehaald om te worden meegenomen naar het front office. Als de wijkagent op de hoogte is van de zorgsituatie (en dit genoteerd heeft in het bedrijfsprocessensysteem van de politie) kan een crisis thuis makkelijker ter plekke worden afgehandeld. De kans dat de politie voor het front office koos was groter als iemand van buiten de regio kwam of geen vaste woon- of verblijfplaats had, of als de melding buiten kantooruren kwam. Hierin lijkt de beschikbaarheid van de zorg mee te spelen. Veel mensen uit de regio waren bekend bij een lokale zorginstelling, en daar kon de politie rechtstreeks een beroep op doen. Voor mensen van buiten de regio kon dit echter niet, en buiten kantooruren waren ook voor hen de zorginstellingen moeilijk toegankelijk (tenzij in een crisisplan was aangegeven dat de politie zelf direct contact mocht opnemen met de crisisdienst).

Het front office lijkt derhalve een soort vangnet te vormen voor hulpvragen waar de politie niet gemakkelijk mee terecht kan bij de lokale zorginstellingen. Deze indruk wordt sterker als we kijken naar de spreiding van front office-beoordelingen over het jaar. Gedurende het gehele jaar handelde de politie 67 van in totaal 492 OGGZ-meldingen (14%) via het front office af, terwijl dit in de zomermaanden juli en augustus gold voor 22 van in totaal 97 OGGZ-meldingen (23%). Het front office lijkt voor de politie dus te functioneren als een extra ingang tot de zorg, op momenten dat die toegang moeilijk is.

Het front office blijkt een vrij effectieve manier om zorg te regelen, vooral als de zorgbehoefte acuut is. Vrijwel alle mensen met (volgens de front office-medewerkers) een acute zorgbehoefte ontvingen in de maand na de beoordeling zorg. De paar keer dat dit niet het geval was, hadden ze zorg afgewezen en werd onvoldoende grond gezien om ze daartoe te dwingen.

Het tijdsbeslag op de politie werd niet minder. In bijna tweederde van de gevallen vroegen de medewerkers van het front office aan de agenten om aanwezig blijven (gemiddeld tweeënhalf uur na aankomst van de eerste hulpverlener). Bij dwangopnames was dat zelfs twee keer zo lang. Dat leidt niet alleen tot minder blauw op straat maar ook tot frustraties bij agenten, die wachten op de gang vervelend vinden. De doelstelling om de politie tijd te besparen werd dus niet gehaald. Een verklaring van de spv-en was dat de spreekkamer in de kelder van het van het politiebureau lag, en dat zij zich daar niet veilig voelden. Een alarmbel was niet voldoende om dat op te lossen. Voor de cliënten was het beslag op hun tijd ook nog veel te groot. De

aaneenschakeling van wachttijden en gesprekstijden maakte dat het (zeker voor de doelgroep van het front office) allemaal erg lang duurde. Zo bleek de afgesproken aanrijdtijd van GGZ-medewerkers ('binnen een half uur ter plaatse') niet haalbaar – bijvoorbeeld omdat zij op het moment van oproep elders bezet waren. Wachten duurt lang.

Een deel van het tijd die het front office-werk nu eenmaal kost, is echter structureel. In Nederland kan de politie mensen die zich in de openbare ruimte manifesteren met psychische problematiek, niet direct aanbieden aan GGZ-instellingen. De voorwaarde voor een beoordeling is dat de patiënt eerst wordt gezien door een hulpverlener – meestal de huisarts of een forensisch arts. In Groningen hebben we ervoor gekozen om deze front office beoordeling te laten plaatsvinden op het politiebureau. Dit betekent een extra logistieke schakel in het hulpverleningsproces. Een alternatief is om de beoordeling te laten uitvoeren in een front office OGGZ, binnen een GGZ-instelling. Wellicht kunnen we op dit punt iets leren van de manier waarop men sedert 2003 in Amsterdam werkt (Bernardt e.a., 2006). Daar is een spoedeisende psychiatrische opvangruimte ingericht binnen een GGZ-vestiging die pal naast een politiebureau ligt. In verband met de veiligheid van de GGZ-medewerkers fouilleert de politie eerst de binnengebrachte cliënten. De GGZ is verder zelf verantwoordelijk voor de veiligheid; er is een portier, een bewakingscamera en een speciale beveiligde kamer.

Los van de locatie waar de front office-beoordeling plaatsvindt, is het de vraag hoe men de screening organiseert. In het Groningse model werken we met een getrapte beoordeling: eerst de forensisch arts, daarna een SPV en bij dwangopnames ook een psychiater. Hierdoor wordt het aantal schakels in de hulpverleningsketen groot, en volgens betrokkenen te groot. Het Amsterdamse werkmodel voorziet in screening op locatie van de crisis (op straat, in huis) door een GGD-medewerker van het team Vangnet & Advies. In Den Haag heeft men een protocol ontwikkeld waarin de mensen bij wie psychiatrische problematiek wordt vermoed, telefonisch worden gescreend door een huisarts van de doktersdienst (Van Gelderen, 2004). Maar ook in Groningen bestaat de mogelijkheid om de eerste consultatie te laten doen door de crisisdienst van de GGZ, indien betrokkene daar bekend is. En inmiddels is in Groningen in de avonduren ook een GGZ-loket geopend, in het gebouw van de doktersdienst.

Maar hoe de eerste screening door een huisarts, SPV of forensisch arts ook wordt georganiseerd, het is duidelijk dat die extra tijd kost, terwijl het maar de vraag is of het wel nodig is. In de Verenigde Staten werkt men bijvoorbeeld op diverse plaatsen met zogenaamde 'crisis drop-off centers', waarbij de afspraak is dat de GGZ de door de politie aangeboden cliënten niet weigert (Steadman e.a., 2000; Steadman e.a., 2001).

Op basis van het hierboven besproken onderzoek pleiten we ervoor dat de politie cliënten na screening direct bij de GGZ mag aanbieden. Immers, bij 80% van de mensen die de politie meenam naar het front office was sprake van psychiatrische problematiek. Als dat inderdaad gaat gebeuren, wordt politie weliswaar ontlast, maar voorzien we dat de werkdruk oploopt in de GGZ. Deze dient zich daarop voor te bereiden, bijvoorbeeld in de vorm van een adequate DBC.

Om het front office oGGZ tot een succes te maken, zijn goede afspraken nodig en moeten we de cliëntenstroom periodiek evalueren. In Groningen maken we inmiddels plannen om mensen met psychische problematiek in de openbare ruimte direct te kunnen aanbieden aan een GGZ-medewerker in een daarvoor ingerichte GGZ-locatie.



#### Noot

- \* Het onderzoek werd mede mogelijk gemaakt door een subsidie van het Universitair Medisch Centrum Groningen. We bedanken de werkgroepleden: E. Berendsen, R. Nijzing (RGOC), T. Naujocks en A. von Unruh (GGD Groningen), R. Vos (Regiopolitie Groningen), E. Holkers (GGz Groningen/Lentis). De heer F. Brook (Verslavingszorg Noord-Nederland) zijn wij erkentelijk voor informatie over het zorggebruik.

#### Literatuur

- Aardoom, H.A., M.M. Huisman-Wolfs & H.G.T. Nijs (2000). Psychiatrische patiënten op het politiebureau in de regio Zuid-Holland Zuid: beoordeling door de wachtdienst van de Gemeenschappelijke Gezondheidsdienst. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 146, 1792-1795.
- Ambler-Huiskes, A., O.H. Brook, A.F.W. Kok, J. Kok, W.M. van Anel & P.A.A. Baijens (2000). *Mensen zonder zorg. Deel 1. Een onderzoek door de Inspectie voor de politie en de Inspectie voor de Gezondheidszorg*. Den Haag: ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

Ambtsinstructie politie, artikel 25. [www.accessko.nl/recht/ambtsinstructie](http://www.accessko.nl/recht/ambtsinstructie), 3 januari 2008

Andel, W.M. van, P.A.A. Baijens, A. Ambler-Huiskes, O.H. Brook, A.F.W. Kok & J. Kok, (2001). *Mensen zonder zorg. Een onderzoek door de inspectie voor de politie en de inspectie voor de gezondheidszorg. Deel 2. De praktijk van de politie*. Den Haag: ministerie van Binnenlandse Zaken.

Bernardt, C., F.J van Oenen, J. Dekker & W.G. Mulder (2006). Spoedeisende psychiatrie in Amsterdam. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 61, 827-835.

Gelderen, G. van, & G. M. Wieringa-de Waard (2004). Psychiatrische zorg buiten kantoor. Haags protocol voor huisartsen en GGz. *Medisch Contact* 59, 2049-2052.

Steadman, H.J., M. Williams, R. Borum & J.P. Morrissey (2000). Comparing outcomes of major models of police responses to mental health emergencies. *Psychiatric Services*, 51, 645-649.

Steadman, H.J., K.A. Stainbrook, P. Griffin, J. Draine, R. Dupont & C. Horey (2001). A specialized crisis response site as a core element of police-based diversion programs. *Psychiatric Services*, 52, 219-222.

Tweede Kamer (2001). [www.minbzk.nl/actueel/kamerstukken?ActItnlIdt=1729](http://www.minbzk.nl/actueel/kamerstukken?ActItnlIdt=1729)).

### Summary

J. Broer, R. H. S. van den Brink, A. J. Tholen, W. H. Winthorst & D. Wiersma

'The Police as Link in Public Mental Health Care and the Role of Crisis Evaluation at the Police Station'

► The authors describe the care the police provide for people who cause a nuisance but are not in a position to look for help themselves. In a working model developed in Groningen, a city in the north of the Netherlands, a person who needs psychosocial care can be taken to a consultation room at the police station for evaluation by care-givers. It appears that the police either solve most cases of psychological problems themselves or make direct contact with a care institution. We recommend having public mental health crisis cases evaluated at a mental health institution. In that case, the institution is not in a position to refuse any patients. Security guarantees are also called for.

### Personalia

Dr J. Broer (1953), arts-epidemioloog, is als forensisch arts en epidemiologie openbare gezondheidszorg verbonden aan de GGD Groningen. Adres: [j.broerhvd.groningen.nl](mailto:j.broerhvd.groningen.nl)

Dr R.H.S. van den Brink (1957), psycholoog, heeft als vakgebieden het effect van GGZ-interventies, forensische psychiatrie, en OGGZ, Rob Giel Onderzoekscentrum, Universitair Centrum Psychiatrie, UMC Groningen

Dr A.J. Tholen (1951), psychiater, bestuur en hoofd patientenzorg Universitair Centrum Psychiatrie, UMC Groningen

Drs W.H. Winthorst (1959), psychiater, algemene psychiatrie, stemmingsstoornissen en psychotherapie, Universitair Centrum Psychiatrie, UMC Groningen

Prof.dr D. Wiersma (1947), socioloog, hoogleaar Klinische epidemiologie van psychiatrische stoornissen, Rob Giel Onderzoekscentrum, UMC Groningen