

Tijdslimieten in de samenwerking tussen politie en crisisdienst: een praktijkevaluatie in Utrecht

E. M. BISSELING, A. W. BRAAM

SAMENVATTING Zowel landelijk als regionaal bestaan er afspraken over tijdslimieten in de samenwerking tussen crisisdiensten en politie. Aan de hand van 69 crisiscontacten werd onderzocht of tijdslimieten gehaald worden in Utrecht. Van de crisiscontacten werd 85% binnen 6 uur afgehandeld (conform landelijk criterium) en 20% binnen 2 uur (regionale norm). De gemiddelde aanrijtijd bedroeg 1:35 uur en was langer bij verslavingsproblematiek. De beoordelingsduur was gemiddeld 1:25 uur en was langer bij inbewaringstellingen en bij manische toestandsbeelden.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 51(2009)9, 687-692]

TREFWOORDEN crisisdienst, politie, Wet Bopz

Uit internationale publicaties (Borum e.a. 1998; Fry e.a. 2002; Watson e.a. 2004) blijkt dat 7% van alle politiecontacten betrekking heeft op personen met een psychiatrisch probleem. Contacten met psychiatrische patiënten zijn voor de politie tijdrovend, hetgeen problematisch wordt wanneer de doorstroming naar de geestelijke gezondheidszorg (ggz) te wensen overlaat. Een voorbeeld daarvan is wanneer de interventies van psychiatrische hulpdiensten te traag op gang komen.

In Nederlands onderzoek is beschreven dat 21-27% van de verwijzingen naar de crisisdienst via de politie verloopt (Rijnders & Kuijper 1995). Ongeveer 1 op de 7 politiecontacten in 2001 stuitte bij de overdracht naar de hulpverlening op problemen (Van Andel e.a. 2001). Rijnders en Kuijper (1995) beschreven eerder in dit tijdschrift enkele kenmerken van een Haagse patiëntengroep die via de politie verwezen werd naar de ggz. Eén van hun slotopmerkingen betrof de constatering dat er weinig literatuur bestond over dit toch intensieve samenwerkingsverband tussen politie en ggz.

In de afgelopen jaren zijn er inspanningen verricht om de taakverdeling en verantwoordelijkheden van de politie en de hulpverleningsinstanties specifiek vast te leggen in beroepscodes en wettelijke regelingen. Zo hebben GGZ Nederland en de Raad van Hoofdcommissarissen van Politie in 2002 een landelijk convenant opgesteld. Een concreet punt in dit convenant betreft een richtlijn over het tijdsverloop: de complete beoordeling door een crisisdienst dient binnen 6 uur afgehandeld te zijn. Omdat er bij zowel de politie als de ggz regionale verschillen bestaan, zijn er afzonderlijke, regionale convenanten op papier gezet.

Voor de regio Westelijk Utrecht geldt een samenwerkingsverband tussen Politie Regio Utrecht, Altrecht Geestelijke Gezondheidszorg en Centrum Maliebaan (verslavingszorg). Deze partijen hebben de wenselijkheid onderschreven dat de beoordeling op een politiebureau door een crisisdienst binnen 2 uur dient plaats te vinden.

Wij evalueerden voor de stad Utrecht de afspraken zoals vastgelegd in de landelijke en

regionale convenanten. Ons doel is daarbij om het tijdsverloop te beschrijven van de crisiscontacten en te onderzoeken in hoeverre hoofddiagnose, procedure volgens de Wet Bijzondere Opnemingen in Psychiatrische Ziekenhuizen (Wet Bopz) en keuze van beleid op het tijdsverloop van invloed zijn.

METHODEN

Over een duur van 3 maanden, van 1 maart tot 1 juni 2005, brachten wij crisiscontacten in kaart die plaatsvonden in de samenwerking tussen de politie en de crisisdienst in de stad Utrecht. Binnen het totale tijdsverloop werden gegevens verzameld over: (1) het voortraject bij politie, dat wil zeggen de periode van aanhouding van de betrokkene door de politie tot aanmelding door de politie bij de crisisdienst (gebaseerd op: tijdstippen van aanhouding, insluiting, voorgeleiding, en aanmelding door de politie bij de crisisdienst). (2) De interventietijd van de crisisdienst, opgedeeld in de aanrijtijd van de crisisdienst en de beoordelingsduur op het politiebureau, gebaseerd op: tijdstippen van aanmelding door de politie bij de crisisdienst, aankomst van de crisisdienst, einde van de beoordeling en aanvraag van inbewaringstelling. (3) De wachttijd op het politiebureau na de crisisinterventie (tijdstip van ontslag politiebureau).

Daarnaast verzamelden wij gegevens omtrent: leeftijd, geslacht, etnische achtergrond, hoofddiagnose, juridische status volgens de Wet Bopz en vervolgbeleid. De gegevens van de politie werden verkregen uit de 'arrestantenmodule' van het bedrijfsprocessensysteem. Dit systeem registreert alle tijdstippen vanaf de insluiting tot en met het ontslag uit het bureau. De gegevensverzameling bij de crisisdienst werd gedaan met het zorginformatiesysteem PSYGIS en BOPZ online. Dit laatste is een geautomatiseerd systeem voor de afhandeling van de inbewaringstellingprocedure via een internettoepassing. Verder verrichtten wij aanvullend administratief onderzoek en dossieronderzoek.

Samenhangen werden statistisch geanalyseerd met variantieanalyse (ANOVA; F-toetsen) en t-toetsen, waarin de aanrijtijd, beoordelingsduur en totale interventieduur als afhankelijke variabele in afzonderlijke toetsen werden afgezet tegen de onafhankelijke variabelen hoofddiagnose, juridische maatregel en vervolgbeleid.

RESULTATEN

Algemene bevindingen

In de onderzoeksperiode vonden 360 crisisbeoordelingen plaats, waarvan 69 (19%) op verzoek van de politie. Het betrof 45 keer een man en 24 keer een vrouw. Er werden 4 personen 2 keer beoordeeld in de onderzoeksperiode en één persoon kwam zelfs 5 keer in beeld. De gemiddelde leeftijd van de betrokkenen bedroeg 40 jaar (uitersten: 15-67). Een kwart ($n = 18$) was van allochtone afkomst.

Bij vrijwel alle betrokkenen werd een psychiatrische stoornis gediagnosticeerd: een psychotische stoornis bij 40% ($n = 26$), een stemmingsstoornis bij 19% ($n = 13$), een persoonlijkheidsstoornis bij 13% ($n = 9$), een stoornis gebonden aan een middel bij 13% ($n = 9$), en een andere stoornis bij 17% ($n = 12$). Van de beoordelingen mondde een kwart ($n = 16$) uit in een inbewaringstelling (ibs); bij 3% ($n = 2$) was er al een rechterlijke machtiging.

Bij een derde ($n = 22$) van de contacten werd door de crisisdienst geen vervolgbeleid bepaald. Een klein deel ($n = 6$) kreeg een ambulante vervolgcontact bij de crisisdienst. Bij bijna de helft werd besloten tot opname in een psychiatrisch ziekenhuis ($n = 30$), waarvan 18 keer onvrijwillig. Drie betrokkenen werden elders ondergebracht. Enkele bleven in de politiecel voor verdere overnachting ($n = 3$), anderen bleven omdat ze in verzekering waren gesteld ($n = 4$).

Tijdsverloop samenwerking politie en crisisdienst

Het voortraject bij de politie duurde gemiddeld ruim een uur (tabel 1). De crisisdienst zag en beoordeelde de betrokkenen in gemiddeld 3 uur,

TABEL 1 Tijdsverloop, uitgedrukt in uren en minuten, van contacten in de samenwerking tussen politie en crisisdienst Utrecht

Traject	Tijdsduur			
	Gemiddelde (uitersten)	Mediaan	SD	Aantal
Voortraject bij politie	1:05 (0:00-6:30)	0:50	1:04	54
Aanrijtijd crisisdienst	1:35 (0:00-6:50)	1:25	1:17	64
Beoordeling crisisdienst	1:25 (0:15-3:00)	1:25	0:38	65
Totale interventieduur	2:59 (0:40-7:35)	2:50	1:22	65
Verdere wachttijd tot vertrek uit cel	1:14 (0:00-9:30)	0:36	1:51	40*
Totale verblijfsduur in cel	3:53 (1:25-10:50)	3:25	2:16	35*

*Lager aantal contacten bekend omdat deze cijfers alleen op gegevens van de politie berusten (hierdoor is geen kloppende optelling mogelijk).

waarbij de aanrijtijd en de beoordelingsduur een evenredig deel van de tijd in beslag namen (zeker als op de mediaanwaarden wordt gelet). De gemiddelde wachttijd tot vertrek uit het bureau bedroeg één uur. De totale duur in de cel bedroeg 3,5-4 uur. Van alle aanmeldingen werd 20% van de betrokkenen binnen de regionaal gestelde norm van 2 uur na aanmelding gezien door de crisisdienst. De landelijke tijdslimiet van 6 uur werd in 85% van de gevallen gehaald.

Determinanten van de interventieduur

Zoals is af te leiden uit tabel 2, gold voor de aan middelen gebonden stoornissen een significant langere aanrijtijd dan voor de andere diagnosegroepen, en daardoor ook een langere totale interventieduur. Voor stemmingsproblematiek bleek de beoordelingsduur een half uur langer (1:49) dan voor de andere diagnosegroepen (1:19), en wanneer de vergelijking werd gemaakt met deze andere diagnosegroepen gezamenlijk, werd het verschil significant ($t = 2,6$; $df 63$; $p = 0,010$). Beoordelingen waar een ibs uit voortvloeide, duurden significant langer (ruim 45 minuten langer) dan de andere beoordelingen.

De beoordelingsduur was het kortst wanneer besloten werd dat de betrokkene in de cel zou blijven (overnachten of in verzekering gesteld). Overigens was er binnen de groep die onvrijwillig opgenomen zou worden een significant verschil in beoordelingsduur wat betreft de diagnose: bij patiënten met een stemmingsstoornis (het betrof

uitsluitend manische toestandsbeelden) was de beoordelingsduur significant langer: 2:15 ($n = 8$) versus 1:38 voor de andere categorieën ($n = 10$, van wie 9 patiënten met psychose; $t = 2,1$; $p = 0,049$).

DISCUSSIE

In ons onderzoek namen crisisdienstbeoordelingen die plaatsvonden in samenwerking met de politie in Utrecht ongeveer 3 uur in beslag. De helft van die tijd was aanrijtijd. De regionaal als wenselijk aangegeven tijdslimiet van 2 uur werd slechts in 20% van de beoordelingen gehaald. Aan het landelijk criterium van 6 uur werd veel beter voldaan (85%), zodat de indruk ontstaat dat het landelijke criterium realistischer is dan het regionale. Hoewel een strikte norm optimistisch bekeken stimulerend zou kunnen werken, kan een niet haalbare norm in de samenwerking ook leiden tot ontevredenheid bij beide partijen. Wellicht behoeft de regionaal als wenselijk aangegeven tijdslimiet evaluatie.

Er gold een aanzienlijk langere aanrijtijd voor patiënten met problematiek op het gebied van verslaving. Een inhoudelijke reden hiervoor zou kunnen zijn dat crisisdienstmedewerkers anticiperen op enige ontzuivering van de betrokkene. Voor de politie kan een langere aanrijtijd echter een akelig scenario opleveren, namelijk dat een verslaafde in de cel komt te overlijden. Politie, justitie, ggz en verslavingszorg doen er goed aan nader beleid te ontwikkelen rondom de specifieke problematiek van ontzuivering.

TABEL 2 Determinanten van het tijdsverloop (uitgedrukt als gemiddelde waarden) in de samenwerking tussen politie en crisisdienst Utrecht

	Aanrijtijd	Duur beoordeling	Totale duur
Diagnose			
Stemmingsstoornis (n = 13)	1:28	1:49	3:18
Psychose (n = 24)	1:16	1:22	2:40
Persoonlijkheid (n = 9)	1:00	1:20	2:15
Verslaving/middelen (n = 9)	3:03	1:19	4:23
Overig (n = 10)	1:30	1:12	2:44
	F = 4,5 (df 4; 59)	F = 1,8 (df 4; 60)	F = 4,3 (df 4; 60)
	p = 0,003	p = 0,140	p = 0,004
Juridische status*			
Vrijwillig (n = 51)	1:40	1:14	2:52
Ibs (n = 16)	1:30	2:01	3:31
	t = 0,5 (df 60)	t = -4,9 (df 61)	t = -1,6 (df 61)
	p = 0,651	p < 0,001	p = 0,104
Vervolgbeleid			
Geen vervolg (n = 22)	1:34	1:18	2:52
Blijft in cel (n = 7)	2:12	0:50	2:51
Vrijwillig vervolg**(n = 18)	1:42	1:18	2:55
Onvrijwillig (n = 18)	1:21	1:54	3:16
	F = 0,6 (df 2; 59)	F = 7,0 (df 2; 60)	F = 0,3 (df 2; 60)
	p = 0,644	p < 0,001	p = 0,799

*Twee rechterlijke machtigingen werden niet meegenomen in de analyse.

**Hetzij ambuland, hetzij vrijwillige opname.

In vergelijking met andere stoornissen vergden manische ontregelingen een half uur meer aan beoordelingstijd en binnen de groep die onvrijwillig werd opgenomen zelfs nog iets meer. Deze bevinding correspondeert met praktijkervaringen waarbij patiënten met een manie dikwijls langdurig argumenteren, en waarbij het niet altijd lukt om tot een compromis te komen. Voordat er in dergelijke gevallen de reikwijdte van de oordeels- en kritiekstoornis afdoende is ingeschat om een beleid te bepalen blijkt er heel wat tijd verstreken.

Zoals aangegeven, bedroeg het aantal politie-verwijzingen binnen het totaal aantal beoordelingen door de crisisdienst in de onderzochte periode 19%. Dit is iets minder dan de cijfers die eerder in Nederland zijn gevonden (Rijnders & Kuijper 1995). Het is overigens niet duidelijk hoe groot het aandeel psychiatrische patiënten was die niet bij de crisisdienst ter beoordeling werden aangemeld.

Ook rijst daarbij de vraag in hoeverre politie-agenten voldoende zijn toegerust om psychiatri-

sche problematiek toereikend te herkennen. Uit twee buitenlandse studies blijkt overigens dat agenten in het contact met psychiatrische patiënten vooral afgaan op het actuele gedrag, zonder zich teveel, of te weinig, rekenschap te geven van beeldvorming vooraf (Green 1997; Watson e.a. 2004).

Een beperking van de huidige studie is dat het uiteindelijke aantal beoordelingen relatief bescheiden is, ondanks dat er daarbij een grote hoeveelheid gegevens is geverifieerd door middel van de bundeling van gegevens van Altrecht met die van de politie regio Utrecht. Bovendien is er, omwille van het overzicht, geen rekening gehouden met comorbiditeit op het gebied van verslaving of persoonlijkheidsproblematiek. Niettemin lijken de gegevens een herkenbare weergave te zijn van de stand van zaken rond de samenwerking tussen politie en ggz in de stad Utrecht.

De politie heeft baat bij een snelle overdracht. In de grote steden beschikt de politie vaak over

aparte cellenafdelingen met bewakers, maar dikwijls dient de politieagent die de patiënt heeft aangehouden toch beschikbaar te blijven tot de beoordeling van de crisisdienst is afgerond. Andere taken komen zo in het gedrang.

Onze studie toont aan dat de aanrijtijd van de crisisdienst in Utrecht nog verdere bekorting zou behoeven om de politie tegemoet te komen. Een oorzaak van de relatief lange aanrijtijd is onder andere gelegen in logistieke processen. Extra rekrutering van crisisinterventoren is vooral 's nachts niet goed mogelijk. Een andere oorzaak heeft te maken met de triage. De politiecel biedt in de regel een veilige setting, zodat beoordelingen van patiënten elders bij wie de toestand nog snel kan escaleren een hogere urgentie krijgen.

CONCLUSIE

Wij concluderen dat een optimale aanrijtijd een punt van aandacht dient te blijven, waarbij mogelijk een herbezinning is aan te bevelen op strategieën voor veilige ontzuivering.

 H. Slijpen, accountmanager ggz bij de politie regio Utrecht verzamelde gegevens, alsook T. Pilkes, secretariaal medewerker van de crisisdienst; P.F.E. van Boldrik, inspecteur van politie in het regiokorps Gelderland-Zuid, gaf ondersteuning.

LITERATUUR

- Andel, W.M. van, Baijens, P.A.A., Ambler-Huiskes, A., e.a. (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.
- Borum, R., Williams Deane, M., Steadman, H.J., e.a. (1998). Police perspectives on responding to mentally ill people in crises: perceptions of program effectiveness. *Behavioral Sciences and the Law*, 16, 393-405.
- Fry, A.J., Riorda, D.P., & Geanellos, R. (2002). Social control agents or front-line carers for people with mental health problems: police and mental health services in Sydney. *Health and Social Care in the Community*, 10, 277-286.

Green, T.M. (1997). Police as frontline mental health workers; the decision to arrest or refer to mental health agencies. *International Journal of Law and Psychiatry*, 20, 469-486.

Rijnders, C.A.Th., & Kuijper, E.M. (1995). Politiecontacten in de 7x24-uursdienst. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 37, 369-381.

Watson, A.C., Corrigan, P.W., & Otatti, V. (2004). Police responses to persons with mental illness: does the label matter? *The Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 32, 378-385.

AUTEURS

E.M. BISSELING werkt thans als psychiater bij de Pompestichting te Nijmegen en was ten tijde van dit onderzoek arts in opleiding tot psychiater bij Altrecht GGZ in Utrecht.

A.W. BRAAM is werkzaam als psychiater bij de Crisisdienst te Utrecht, Altrecht GGZ en is als onderzoeker verbonden aan Altrecht en aan het VU Medisch Centrum Amsterdam.

Correspondentieadres: dr. A.W. Braam, Crisisdienst stad Utrecht, Altrecht GGZ, Lange Nieuwstraat 119, 3512 PG Utrecht.

E-mail: a.braam@altrecht.nl.

Geen strijdige belangen meegegeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 5-1-2009.

SUMMARY

Time-limits on collaboration between the emergency mental health services and the police: a practice-based evaluation in the City of Utrecht, the Netherlands – E.M. Bisseling, A.W. Braam –

National and regional agreements have been reached with regard to time-limits on collaboration between the emergency mental health services and the police. On the basis of 69 emergency cases attended by both the crisis-team and the police in Utrecht, we investigated whether the time-limits had been observed in that city. Of the cases 85% were dealt with adequately within 6 hours (in accordance with the national guideline and 20% within 2 hours (regional norm). The average time needed to reach an emergency case was 1 hour 35 minutes, but was longer when the emergency resulted from substance abuse. The average time required for case-assessment was 1 hour 25 minutes and was longer in cases requiring compulsory detention and in cases involving manic behaviour.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 51(2009)9, 687-692]

KEY WORDS emergency psychiatry, police, time-frame