

Onderzoeksrapport Brand aan Logger

Amstelveen, februari 2015

Samenvatting Onderzoeksrapport

Begin januari 2015 werd Amstelveen opgeschrikt door een brand in een appartement aan de Logger, waarbij de 85 jarige bewoonster mevrouw K. om het leven kwam. Deze gebeurtenis is tragisch en heeft impact in Amstelveen. Om gebeurtenissen zoals deze brand in de toekomst zoveel mogelijk te voorkomen en lessen te trekken uit het gebeurde stelt het college van Amstelveen een onafhankelijk en objectief onderzoek in. Tegelijkertijd realiseert het college zich dat gebeurtenissen als deze nooit helemaal te voorkomen zijn. Het is echter wel noodzakelijk dat zaken die voorkomen hadden kunnen worden en/of beter op elkaar afgestemd hadden moeten worden, met de partners worden besproken ter voorkoming in de toekomst.

De vragen die beantwoord worden in dit rapport zijn:

- A. Wat was op de dag van de brand de status van de zorg aan de inwonster, wie was/waren verantwoordelijk voor welke type zorg/ondersteuning?
- B. In hoeverre hebben de verantwoordelijke partijen hun taken naar behoren opgepakt (verplichtingen/termijnen, etc.)?
- C. Kon mevrouw K. zelfstandig wonen?
- D. Was deze inwonster een gevaar voor zichzelf en/of anderen?
- E. Had de gemeente op de hoogte kunnen zijn van de uitkomst onder C. en D.?

Algemeen: wat kan de gemeente Amstelveen van deze situatie leren voor nu en in de toekomst.

Samenvattend is de conclusie van dit onderzoeksrapport dat mevrouw K. een zorgmijder was die in 2014 een gevaar was voor zichzelf en voor haar omgeving vanwege haar rookgedrag in combinatie met dementie. Mevrouw K. accepteerde moeilijk de aangeboden hulp vanuit de verschillende partners en kon in 2014 ook niet meer zelfstandig blijven wonen in haar appartement en participeren in de maatschappij. Daarom zijn de acties van de casemanager dementie ZHGA er op gericht geweest om mevrouw op een wachtlijst te zetten van een zorginstelling en om rechtelijke macht in te zetten. Dit werd steeds gedaan in afstemming met huisarts, GGZ inGeest en de mantelzorgers. Het onderzoeksrapport van de brandweer wijst uit dat de brand is ontstaan door kortsluiting van een elektrisch apparaat in haar slaapkamer.

De toegewezen ondersteuning hulp bij het huishouden (indicatie Wmo) voor mevrouw K. is in 2014 maximaal ingezet. De toegewezen specialistische thuiszorg voor persoonlijke verzorging en eetbegeleiding is niet maximaal ingezet vanwege het zorgmijdende gedrag van mevrouw K.. Er was een klein actief sociaal netwerk rondom mevrouw K. dat zich om haar bekommerde en bijna dagelijks contact met haar had, ook in de kerstweek en in de eerste week van januari 2015. Een casemanager dementie ZHGA was aangesteld en de huisarts was op de hoogte van mevrouw K. haar actuele fysieke en mentale situatie.

Na inventarisatie kan geconstateerd worden dat de betrokken zorg- en hulpverleners en de Wmo-indicatie adviseur hun taken naar behoren hebben opgepakt. Zij hebben conform de richtlijnen van de 'eigen ketenafspraken' gehandeld en waren begaan met de situatie rondom mevrouw K.. De fysieke en mentale gesteldheid van mevrouw K. werd in 2014 zichtbaar zorgelijk. Het onderzoek kan geen uitspraken doen over het handelen van de casemanager GGZ (in 2013)/de betrokken SPV-er van GGZ inGeest, omdat deze informatie vanwege medisch beroepsgeheim niet gedeeld kon worden met de onderzoeker. Een intern onderzoek bij de GGZ inGeest heeft inmiddels plaatsgevonden.

Enkele kanttekeningen worden wel geplaatst:

In het dossier van Meldpunt Zorg en Overlast is mevrouw K. in de periode 2010-2014 vijf keer aangemeld door verontruste professionals en medebewoners. Hierdoor waren al in een vroegtijdig stadium verschillende partners betrokken rondom mevrouw K.. Via het Meldpunt Zorg en Overlast werd er samengewerkt tussen Vita, GGD, GGZ en de Wmo consulent. De hulpverlening aan mevrouw K. is over de gehele periode tot het overlijden van mevrouw K. niet geïntegreerd verleend. Mevrouw K. had problemen op meerdere leefgebieden waarbij meerdere hulpverleners en instanties betrokken zijn die ieder vanuit hun eigen doelstellingen en kaders handelden. De mantelzorgers rondom mevrouw K. kwamen relatief laat in beeld en ook andere direct betrokken professionals zoals de huismeester werden onvoldoende betrokken. De professionals en de mantelzorgers geven allen aan zich onmachtig te voelen over de situatie omdat ze niet wisten 'hoe verder op te schalen' in de periode voordat dementie werd vastgesteld. Zowel de mantelzorgers als de ouderenadviseur van Vita Welzijn en Advies geven aan dat ze onvoldoende gehoor kregen bij de huisarts als belangrijke partner om

zaken te bepreken. De politie was op de hoogte van het rijverbod van mevrouw K., in het dossier van mevrouw K. is hierover geen melding gemaakt. De politie heeft geen actieve stappen hierop ondernomen voor zover bekend. Door de brandweer werd geconstateerd dat er geen (gekoppelde) rookmelder of brandalarm in de woning van mevrouw K. aanwezig was. Er is geen integrale dossiervorming tussen de verschillende hulpverleners en er is in geen enkel dossier melding gedaan van een integrale veiligheidscheck rondom brandveiligheid in combinatie met het rookgedrag van mevrouw en haar beginnende dementie. De gemeente is de laatste paar maanden van 2014 niet op de hoogte gebracht door Activite en de casemanager dementie over de laatste recente relevante ontwikkelingen rondom mevrouw K.. Hierdoor miste de gemeente de actuele informatie. Achteraf kan men aangegeven dat als er integrale informatie-uitwisseling had plaatsgevonden de gemeente misschien actiever had kunnen inspelen op het potentiële brandgevaar door het rookgedrag van mevrouw K. en maatregelen had kunnen treffen in samenwerking met de brandweer en andere betrokken partners. Daarnaast had de gemeente eventueel een bemiddelende rol kunnen spelen naar de huisarts om de noodzaak voor zorg extra onder de aandacht te brengen.

Dit onderzoeksrapport levert een aantal aanbevelingen op voor de gemeente Amstelveen, samengevat:

- **Samenwerking met huisartsen in fase vroegsignalering.** De routes om eerder te escaleren voor professionals lijken laat op gang te komen. Aan de gemeente het advies om kwetsbare bewoners vroegtijdig in beeld te krijgen en te houden. De gemeente neemt hierin de regie om samen met de GGZ, huisartsen, GGD, Sociaal team, ouderenadvies en andere partners in de welzijnssector goede afspraken te maken om een lijst (bijvoorbeeld een TOP 100) samen te stellen van de meest kwetsbare en zorgwekkende inwoners in Amstelveen. De noodzakelijk hulp en deskundigheid wordt naar voren gehaald in de vroegsignalering, zodat professionals preventiever kunnen handelen en beter kunnen opschalen naar zwaardere zorg.
- **Samenwerking met huisartsen in fase vroegsignalering.** Aan de gemeente het advies samen met de lokale huisartsen en de betrokken partners in de vroegsignalering af te stemmen over informatie-uitwisseling bij afwezigheid van een partner of familie.
- **Casemanagement aanwezig, maar verdere ontwikkeling nodig.** Dementiezorg zal in de toekomst een essentiële schakel zijn om thuiswonende ouderen met (beginnende) dementie zo lang en gezond mogelijk zelfstandig in hun eigen omgeving te laten verblijven. Anticiperend op deze relevante functie is er op een aantal punten een doorontwikkeling nodig.
- **Aandacht voor draaglast en -kracht van mantelzorgers.** Het advies is dat de professional meer aandacht besteedt aan de draagkracht en draaglast van de mantelzorger. De gemeente kan dit ondersteunen door het bieden van voldoende respijtzorg, mogelijkheden voor professionals om instrumenten in te zetten voor mantelzorgers om de 'draaglast' te verlagen en de 'draagkracht' te verhogen.
- **Standaard integrale veiligheid-check op brandgevaar bij zorgmijders.** De aanbeveling is dat de gemeente de partners opdracht geeft om te komen tot een helder protocol en werkafspraken waarin de veiligheid-check geborgd is. De gemeente kan voorzien in de uitvoering van de veiligheid-check, bijvoorbeeld via de brandweer. Aan de gemeente wordt in overweging meegegeven om ook na te denken over de inzet van verdere maatregelen om potentieel brandgevaar bij zorgmijders en inwoners met dementie terug te dringen.
- **Informatiedelen met de GGZ.** Het is wenselijk om afspraken te maken met de GGZ inGeest hoe informatie wordt uitgewisseld in de aanpak rondom kwetsbare inwoners. De onderzoeker heeft niet kunnen achterhalen waarom in de periode 2013 geen aanvraag BOPZ bij het CIZ is ingediend door de toenmalige casemanager GGZ en of het überhaupt haalbaar was een BOPZ aanvraag te doen. Het advies aan de gemeente is om hierover in gesprek te gaan bij GGZ inGeest.
- **Onderzoek naar zorgplaatsen ZZP 4 in Amstelveen.** De komende jaren zullen steeds meer cliënten met (beginnende en ernstige psychiatrische) aandoeningen worden begeleid in de eigen omgeving. Het aantal ZZP 4 indicaties zal dan gaan toenemen. Aan de gemeente wordt geadviseerd om uit te zoeken in hoeverre het aantal ZZP 4 plekken in Amstelveen afdoende is zodat de inwoners, voordat crisis zich voordoet (spoedopname), opgenomen kunnen worden op een zware zorgplek in Amstelveen. De gemeente en het Zorgkantoor zullen met elkaar in gesprek moeten gaan om deze gesignaleerde problematiek bespreekbaar te maken.
- **Betrekken sociale netwerk.** Huismeesters kunnen efficiënter worden betrokken in het proces van vroegsignalering. Het betrekken van deze sleutelfiguren is te organiseren door het integraal op te nemen in het zorgplan en een goede inventarisatie te doen van het sociale netwerk rondom de inwoner/ het huishouden. Daarnaast kan de gemeente in algemene zin duidelijker communiceren waar zorgen over medebewoners gemeld kunnen worden. ***

Voorwoord

Hierbij wil ik mijn dank uitspreken voor alle hulp die ik heb gekregen van de betrokken instellingen, organisaties en de geïnterviewde personen voor de tijd die is vrijgemaakt om mij van input te voorzien. Bij de meeste gesprekken kreeg ik een warm gevoel van betrokkenheid rondom mevrouw K..

Inger Poorta

Uithoorn, februari 2015

Inhoudsopgave

1. Inleiding
 2. Onderzoeksvragen Brand aan Logger
 3. Methode en procedure
 4. Conclusies
 5. Leeraspecten en aanbevelingen
- Bijlagen

1. Inleiding

Met de decentralisaties van de AWBZ, Jeugdzorg, Participatiewet en de Wet passend onderwijs per 1 januari 2015 hebben de gemeenten de regie en de verantwoordelijkheid over een groot deel van het sociale domein.

De maatschappelijke ondersteuning wordt dichterbij de burger vorm gegeven, in samenhang met burgerinitiatieven en burgerkracht en ondersteund door nabije, herkenbare professionals.

Gemeenten hebben op grond van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) een aantal belangrijke taken als het gaat om het prestatieveld OGGz (Openbare Geestelijke Gezondheidszorg)¹. De GGD (Gemeentelijke Gezondheidsdienst) heeft hierin een aantal taken gekregen voor wat betreft een uitvoerende rol in de OGGz.

Begin januari 2015 werd Amstelveen opgeschrikt door een brand in een appartement aan de Logger, waarbij de 85 jarige bewoonster mevrouw K. om het leven kwam. Deze gebeurtenis is tragisch en heeft impact in Amstelveen.

Om gebeurtenissen zoals deze brand in de toekomst zoveel mogelijk te voorkomen en lessen te trekken uit het gebeurde stelt het college van Amstelveen een onafhankelijk en objectief onderzoek in. Tegelijkertijd realiseert het college zich dat gebeurtenissen als deze nooit helemaal te voorkomen zijn. Het is echter wel noodzakelijk dat zaken die voorkomen kunnen worden en/of beter op elkaar afgestemd moeten worden, met de partners worden besproken.

2. Onderzoeksvragen Brand aan Logger

Vanuit het college zijn de volgende onderzoeksvragen geformuleerd waarop het onderzoek een antwoord dient te geven:

1. Feiten- en bron onderzoek, waarbij de vragen zijn:

- a) Wat was op de dag van de brand de status van de zorg aan de bewoonster, wie was/waren verantwoordelijk voor welke type ondersteuning?
- b) In hoeverre hebben de verantwoordelijke partijen hun taken naar behoren opgepakt? (verplichtingen en termijnen, etc.)?
- c) Kon deze inwoner zelfstandig wonen en participeren in de maatschappij?
- d) Was deze inwoner een gevaar voor zichzelf en/of anderen?
- e) Had de gemeente op de hoogte kunnen zijn van de uitkomsten genoemd onder c. en d.

¹ Het signaleren en bestrijden van risicofactoren op het gebied van de OGGz, Het bereiken en begeleiden van kwetsbare personen en risicogroepen, Het functioneren als meldpunt voor signalen van crisis of dreiging van crisis bij kwetsbare personen en risicogroepen. Het tot stand brengen van afspraken tussen betrokken organisaties over de uitvoering van de OGGz.

2. Leeraspecten, waarbij de vragen zijn:

a) Algemeen: wat kan de gemeente Amstelveen van deze situatie leren voor nu en in de toekomst.

Rekeninghoudend met:

- b) Waar lopen we in dit onderzoek tegen aan ten aanzien van privacy (welke informatie krijgen we wel/niet van derden vanwege privacywetgeving).
- c) Wat kan er wel of niet worden opgenomen om redenen van privacy.
- d) Dit onderzoek sluit aan en houdt rekening met de door het college overgenomen motie “kwetsbare inwoners”.

De rapportage wordt beschikbaar gesteld aan de gemeenteraad.

3. Methode en procedure

Gelet op de relatief korte periode om het onderzoek te doen was het noodzakelijk om heldere prioriteiten te benoemen en te kiezen voor een kwalitatief onderzoek. Gekozen is voor interviews met de direct betrokkenen in het formele en informele netwerk rondom mevrouw K.. Dit type onderzoek biedt de ruimte voor de geïnterviewden om achterliggende motivaties, meningen, wensen en behoeften te uiten.

Ten behoeve van de overzichtelijkheid werd het onderzoek verdeeld in de volgende vier fasen:

Fase 1.	- Voorbereidingsfase: - Doorlezen relevant gemeentelijk vastgesteld beleid: oa. privacybeleid, calamiteitenprotocol, Wmo beleid, motie, etc. - Informatie algemeen: diverse ambtelijke gesprekken met bronnen: contactpersoon beleid, afdelingen communicatie, sociale dienst Amstelveen, afdeling openbare orde en veiligheid Amstelveen.
Fase 2.	- Interview met de volgende personen: - o Professionals rondom mevrouw K.: betrokken Wmo consulent, zorgbemiddelaar Brentano, casemanager dementie, huisarts, hulpverlener Vita Welzijn en Advies, huismeester Logger, brandweer officier van dienst op 5 januari, - o Interview informele netwerk rondom mevrouw: mantelzorger.
Fase 3.	- Verdiepingsinterview met de volgende personen: - professional GGZ, wijkagent Waardhuizen. Manager Activite, afdelingshoofd GGZ inGeest, beleid Zonnehuisgroep dementie.
Fase 4.	- Interne afstemming onderzoeksrapport: - Tussen opdrachtgever gemeente en de onderzoeker.

Toelichting fase 1:

- In de voorbereidingsfase heeft de onderzoeker zich ingelezen in het gemeentelijk beleid rondom hulp en ondersteuning Wmo, privacy aspecten, het delen van persoonsgegevens en Ketenzorg dementie Amstelland.
- Inventariserende gesprekken gevoerd om een goed beeld te vormen van de situatie die op 5 januari 2015 bestond.
- In deze voorbereidingsfase zijn de namen van belangrijke contactpersonen geïnterviewd om een interview mee te houden. Van deze gesprekken is geen gespreksverslag gemaakt.

Toelichting fase 2:

- De contactpersonen (geïnterviewden) waren geselecteerd op basis van hun directe betrokkenheid bij mevrouw K., genoemd in fase 1. Dit zijn professionals vanuit organisaties maar ook mantelzorgers.
- Alle contactpersonen zijn telefonisch benaderd door de onderzoeker om een afspraak te maken en er is kort uitgelegd wat de bedoeling van het gesprek is zodat de geïnterviewden zich hierop konden voorbereiden.
- Enkele contactpersonen zijn vooraf benaderd door de gemeente zodat via het bestaande contact een afspraak gemaakt kon worden voor een interview. Dit werd gedaan bij de mantelzorger, brandweer, politie en Zorgcentrum Brentano.
- De interviews zijn op locatie gevoerd in de (werk-)omgeving van de contactpersoon.

- Voorafgaand aan het interview is het doel van het onderzoek mondeling toegelicht, zijn de privacyaspecten doorgenomen en is expliciet aangegeven dat de informatie van het gesprek wordt gebruikt voor het onderzoek.
- Tijdens het interview heeft de onderzoeker een lijst met vragen gehanteerd (zie bijlage 1). De onderzoeker bepaalde aan de hand van het gesprek zelf of op bepaalde onderwerpen werd doorgevraagd: ter verificatie en/of toetsing aan eerder gevoerde gesprekken en/of om zaken verder scherp te krijgen.
- Om de objectiviteit te borgen zijn (observatie-) gespreksverslagen aan de geïnterviewde gestuurd en is er gevraagd of er nog op- of aanmerkingen zijn en om akkoord te gaan met de inhoud van dit verslag.

Toelichting fase 3:

- Na fase 2 is vervolgens door de opdrachtgever besloten om enkele verdiepingsinterviews te houden. Met deze interviews vormde de onderzoeker een breder beeld van de situatie op het gebied van de ketenzorg dementie, de OGGZ-ketenzorg in de Amstelland-Meerlanden en hoe de samenwerking tussen de partners verliep.
- In verband met de deadline van het onderzoek zijn enkele van deze interviews telefonisch afgenomen.
- Ook hier is het gespreksverslag naar de geïnterviewde gestuurd en is er gevraagd of er nog op- of aanmerkingen zijn en om akkoord te gaan met de inhoud van dit verslag.

Toelichting fase 4:

- Het concept onderzoeksrapport is eerst intern besproken met de opdrachtgever van de gemeente en de onderzoeker, om vervolgens na akkoord definitief voor te leggen aan het college van B&W in Amstelveen.

Aanvullende informatie

- Het inzien van het persoonlijk dossier van mevrouw K. was een voorwaarde om een goed en objectief beeld te vormen van de wijze waarop de indicatiestelling en de hulp/ondersteuning tot stand is gekomen. Een brief vanuit de gemeente was beschikbaar zodat inhoudelijk privacygevoelige informatie kon worden gedeeld tussen de hulpverlener en de onderzoeker (bijlage 2). Persoonsgegevens van mevrouw K. en andere privacygevoelige gegevens worden na het onderzoek vernietigd.
- De GGZ heeft in verband met wettelijke afspraken rondom het delen van (medische) persoonsgegevens geen mededelingen kunnen doen over de hulp, ondersteuning en de diagnose die mevrouw K. kreeg vanuit de GGZ. Een eigen intern onderzoek heeft plaatsvonden bij de GGZ inGeest² met onder andere de betrokken hulpverlener GGZ en de Casemanager Dementie. De onderzoeker heeft een brief ontvangen die als bijlage bij dit rapport is gevoegd (bijlage 5).
- De interviewers hebben geen (financiële) tegemoetkoming cq. beloning ontvangen voor hun inspanningen.
- De ondertekende gespreksverslagen zijn vanwege privacyredenen geanonimiseerd en niet bij dit onderzoeksrapport gevoegd.

4. Conclusies

In dit hoofdstuk wordt per onderzoeksvraag een korte conclusie geformuleerd. De conclusies zijn onderbouwd met een toelichting, welke terug te vinden zijn in de gespreksverslagen van de contactpersonen. Deze gespreksverslagen zijn omwille van de privacygevoeligheid niet toegevoegd bij dit rapport.

a) Wat was op de dag van de brand de status van de zorg aan de bewoonster, wie was/waren verantwoordelijk voor welke type ondersteuning?

De toegewezen ondersteuning hulp bij het huishouden (indicatie Wmo) voor mevrouw K. was conform wat zij nodig had en liep ook in 2015 nog door. Deze zorg is in 2014 maximaal ingezet, de hulp bij het huishouden is op 2 januari langs geweest bij mevrouw K.. Op 5 januari is de huismeester nog langs geweest bij mevrouw K. om te kijken hoe het met haar was en om enkele huishoudelijke klusjes te doen. Er waren geen bijzonderheden behalve dat mevrouw K. meer rookte dan normaal. De toegewezen specialistische thuiszorg voor persoonlijke verzorging en eetbegeleiding in oktober 2014 was afgestemd met de mantelzorgers. De hulp die was toegekend is niet maximaal ingezet vanwege het zorgmijdende gedrag van mevrouw K.. Alle inspanningen

-
² een eigen intern onderzoek is gebruikelijk indien sprake is van een calamiteit zoals bij mevrouw K..

waren hier echter wel op gericht om iemand te laten komen die werd geaccepteerd door mevrouw K. en de mantelzorger was aanwezig om dit proces in de praktijk te begeleiden.

Er was een klein actief sociaal netwerk rondom mevrouw K. dat zich om haar bekommerde en bijna dagelijks contact met haar had. Mevrouw K. had geen toegang tot dagbesteding. Een casemanager dementie ZHGA was aangesteld en de huisarts was op de hoogte van mevrouw K. haar actuele fysieke en mentale situatie.

Toelichting:

Vanwege de overzichtelijkheid is er een onderverdeling gemaakt in: medische status, zorgstatus (Wmo/AWBZ), status welzijnswerk en andere professionals, status informele sociale kring rondom mevrouw K.. Zie ook een schematisch overzicht in de bijlagen.

Medische status:

- Diagnose dementie door psychiater GGZ inGeest (03 juli 2014)
- een casemanager dementie Zonnehuisgroep Amstelland (ZHGA)³ aangewezen voor mevrouw K. (5 september 2014).
- de casemanager dementie informeert huisarts en vraagt Zorgzwaartepakket (ZZP)⁴ met een BOPZ⁵ toetsing aan (12 december 2014).
- de casemanager dementie heeft bij het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) een tweede BOPZ toetsing aangevraagd voor toetsing in januari 2015. Er is ook gesproken met de huisarts over een Rechterlijke Macht bij tweede weigering BOPZ (24 december 2014).

Zorgstatus (Wmo/AWBZ):

- Mevrouw K. stond als 'wenswachtend'⁶ op de wachtlijst van Huis aan de Poel van Stichting Brentano Amstelveen.
- Een Hulp bij het Huishouden (HbH) 2 indicatie was door de gemeente afgegeven met een omvang van 5 uur per week. De looptijd van de indicatie is van 24 juli 2014 tot 30 juni 2015.
- De huishoudelijke hulp werd in 2014 maximaal ingezet (2 dagdelen per week vanuit zorgaanbieder Activite). Het contract van de huishoudelijke hulp die mevrouw K. in 2014 ondersteunde is beëindigd per 31 december 2014. De reden van wisseling is niet aan de onderzoeker medegedeeld. Mevrouw K. heeft vervangende HbH ondersteuning gekregen vanuit Activite per januari 2015. Deze nieuwe ondersteuning is op 2 januari 2015 bij mevrouw K. langs geweest. De mantelzorgers waren bij dit proces betrokken.
- Mevrouw K. kreeg Persoonlijke Ondersteuning voor 5 uur per week (vanaf 14 oktober 2014), deze uren werden nog niet maximaal ingezet omdat mevrouw K. dit niet wenste. Alle inspanningen waren hier wel opgericht.
- De huisarts van mevrouw K. was op de hoogte dat er een BOPZ-toetsing was aangevraagd.
- Hulpmiddelen: een rollator

Status welzijnswerk en andere professionals

- Er was afstemming tussen de casemanager dementie met de sociaal psychiatrisch verpleegkundige van GGZ inGeest en de huisarts van mevrouw K. en de mantelzorgers.
- De huismeester van Logger ging regelmatig langs bij mevrouw K.. Mevrouw K. belde de huismeester met allerlei vragen en verzoekjes. Vanuit zijn dienstverlenende baan heeft de huismeester dit gedaan: lampje maken, even kijken hoe het gaat, vuilnis meenemen en opruimen. De huismeester werd door mevrouw heel vaak telefonisch benaderd, ook in de weekenden. Op 5 januari 2015 is de huismeester nog langs gegaan om te informeren bij mevrouw hoe het met haar ging en heeft een huishoudelijk klusje gedaan.

³ Deze case is overgedragen vanuit de GGZ vanuit de samenwerking Ketenzorg Dementie Amstelland en de Meerlanden. Het betreft coördinerende taken van inzetten van hulp en ondersteuning rondom mevrouw K. vanuit de ketenpartners.

⁴ Het zorgzwaartepakket hoort bij de indicatie die iemand van het CIZ ontvangt, als het CIZ vindt dat er behoefte is aan zorg en verblijf in een AWBZ-instelling, zoals een verzorgings- of verpleeghuis. In het zorgzwaartepakket staat waar iemand hulp bij nodig heeft en welke soort zorg en begeleiding men mag verwachten. ZZP 5: Dit pakket is bestemd voor cliënten die een ernstige vorm van dementie hebben. De cliënten hebben behoefte aan intensieve begeleiding en verzorging en zijn (bijna) geheel zorgafhankelijk. Zij hebben geen greep meer op hun dagelijks leven.

⁵ De Wet BOPZ is van toepassing op cliënten die niet vrijwillig zorg ontvangen of onvrijwillig in een instelling verblijven. De Wet BOPZ bepaalt wanneer iemand tegen zijn zin opgenomen mag worden en aan welke regels hulpverleners zich dan moeten houden. Voor de zorg in een verpleeg- of verzorgingshuis stelt door het CIZ een indicatie voor deze zorg vast.

⁶ Wenswachtend wil zeggen het thuis wonen met ondersteuning gaat nog (net) maar als er plek is, wil de cliënt verhuizen naar een zorglocatie van keuze. Cliënten kunnen voor één of meerdere zorglocaties staan ingeschreven, en ook bij meerdere aanbieders.

- De ouderenadviseur van Vita Welzijn en Advies was in het verleden zeer nauw betrokken bij mevrouw K.. De rol vanuit Vita was na augustus 2014 beperkt omdat mevrouw K. niet meer naar De Bolder kon komen voor de dagactiviteit. De ouderenadviseur van Vita heeft de casus afgesloten en overgedragen aan de nieuwe casemanager dementie. De ouderenadviseur bleef wel contact houden met de mantelzorgers omdat zij mevrouw K. vanuit de gespreksgroep goed kende.
- Mevrouw K. had verder geen dagbesteding activiteiten vanuit een welzijnsorganisatie.
- De politie, wijkagent en andere collega's, waren op de hoogte van mevrouw K. haar situatie.

Status informele sociale kring rondom mevrouw K.:

- De heer B. (86 jaar) was een zeer goede vriend (al bijna 80 jaar), zij kenden elkaar van de lagere school uit Heemstede. De heer B. kwam zeer regelmatig langs bij mevrouw K.: 4 a 5 x per week en belde dagelijks soms meerdere keren. De heer B. was de mantelzorger die dagelijks veel contacten had met mevrouw K., ook was hij de laatste ¾ jaar steeds aanwezig als er nieuwe mensen geïntroduceerd moesten worden bij mevrouw K..
- Mevrouw S. is de dochter van de heer B. en mantelzorger van mevrouw K. voornamelijk voor de contacten met de instellingen. Mevrouw S. kwam eens per maand bij mevrouw K. thuis en hield telefonisch contact. Mevrouw S. had contacten met de Wmo consulent van de gemeente (mevrouw P.) met de casemanager ZHGA (mevrouw B.) en heeft de ouderenzorg Vita Welzijn en Advies regelmatig gesproken (mevrouw V.)
- Er woonde een vriendin (85 jaar) vanuit de gespreksgroep De Bolder op loopafstand waar mevrouw K. regelmatig op visite ging.
- Er was in de flat een contactpersoon waar mevrouw S. telefonisch afstemming mee had om even te controleren of alles wel goed ging bij mevrouw K.. Indien nodig kon deze contactpersoon ook even polshoogte nemen ter plekke bij mevrouw K..
- Mevrouw S. had contact met de huishoudelijke hulp en liet deze hulp ook particulier komen voor extra ondersteuning bij het eten.

b) In hoeverre hebben de verantwoordelijke partijen hun taken naar behoren opgepakt? (verplichtingen en termijnen etc.)?

Na inventarisatie kan geconstateerd worden dat de betrokken zorg- en hulpverleners en de Wmo-indicatieadviseur hun taken naar behoren hebben opgepakt. Zij hebben conform de richtlijnen van de 'eigen ketenafspraken' gehandeld en waren begaan met de situatie rondom mevrouw K.. De fysieke en mentale gesteldheid van mevrouw K. werd in 2014 zichtbaar zorgelijk. De casemanager dementie heeft in het laatste half jaar van 2014 samen met de huisarts, de SPV-er van inGeest en de mantelzorgers stappen gezet om mevrouw K. naar een instelling te krijgen. Het onderzoek kan geen uitspraken doen over het handelen van de casemanager / SPV-er van GGZ inGeest, omdat deze informatie vanwege medisch beroepsgeheim niet gedeeld kon worden met de onderzoeker. Een intern onderzoek bij de GGZ inGeest heeft inmiddels plaatsvonden.

Enkele kanttekeningen worden wel geplaatst: de hulpverlening aan mevrouw K. is in deze periode niet geïntegreerd verleend. Mevrouw K. had problemen op meerdere leefgebieden waarbij meerdere hulpverleners en instanties betrokken zijn die ieder vanuit hun eigen doelstellingen en kaders handelden.

De mantelzorgers rondom mevrouw K. kwamen relatief laat in beeld en ook andere direct betrokken professionals zoals de huismeester werden onvoldoende betrokken. De professionals en de mantelzorgers geven allen aan zich onmachtig te voelen over de situatie omdat ze niet wisten 'hoe verder op te schalen'. Zowel de mantelzorgers als Vita Welzijn en Advies geven aan dat ze onvoldoende gehoor kregen bij de huisarts als belangrijke partner om zaken te bepreken. De huisarts geeft aan meerdere keren langs te zijn geweest bij in bij mevrouw K. in 2013 en 2014. De politie was op de hoogte van het rijverbod van mevrouw K., in het dossier van mevrouw K. is hierover geen melding gemaakt en de politie heeft ook geen actieve stappen hierop ondernomen voor zover bekend.

Toelichting

- In het voorjaar van 2013 was de GGD casushouder, in de zomer 2013 was de GGZ casushouder. Op 5 september 2014 werd er een casemanager dementie ZHGA⁷ aangesteld. Het was bekend bij alle professionals dat er in de periode 2009-2014 casemanagers waren aangesteld.
- In het dossier van Meldpunt Zorg en Overlast is mevrouw K. in de periode 2010-2014 vijf keer aangemeld door verontruste professionals en medebewoners. Hierdoor waren al in een vroegtijdig stadium verschillende partners betrokken rondom mevrouw K.. Via het Meldpunt Zorg en Overlast werd er samengewerkt tussen Vita, GGD, GGZ en de Wmo consulent. Mevrouw K. is meerdere malen als casus ingebracht in het Meldpunt overleg (casuïstiek overleg).
- De informele zorg rondom mevrouw K. kwam pas goed in beeld vanaf juli 2014 toen contacten werden gelegd tussen Vita met de betrokken mantelzorgers. Mevrouw K. wilde eerder niet vertellen wie de mantelzorgers waren. De Wmo consulent, de mantelzorger en Vita hebben veel samen afgestemd wat er moest gebeuren. Als Vita in het verleden op huisbezoek ging dan was dit vaak met een andere collega van bijvoorbeeld GGD of de GGZ. De casus werd naderhand besproken en er werd bekeken welke hulp/ zorg kon worden ingezet.
- Vita geeft aan dat het moeilijk was om met de huisarts in gesprek te gaan. Vita heeft echter zonder toestemming van mevrouw K. wel de huisarts benaderd en haar zorgen over mevrouw K. uitgesproken. Er is meerdere malen met de huisarts gesproken, die zou langs gaan. Er is echter geen terugkoppeling geweest. Met de huisarts is geprobeerd contact te krijgen door de mantelzorger. Dit verliep zeer moeizaam. De huisarts wilde geen gegevens delen met de mantelzorger omdat de huisarts geen expliciete toestemming had van mevrouw K. om haar zaken met iemand anders/ een derde te bespreken
- De huisarts van mevrouw K. kon zelf geen inhoudelijke mededelingen doen over het dossier van mevrouw K., maar geeft aan dat hij in 2013 een paar keer een huisbezoek heeft afgelegd bij mevrouw K. (gemiddeld eens per drie maanden). De huisartspraktijkondersteuner (POH-er) is in 2014 drie keer langs geweest bij mevrouw K..
- Vanaf 15 september 2014 is er een casemanager dementie ZHGA aangesteld voor mevrouw K..
- De casemanager dementie heeft in de periode augustus tot december 2014 samen met huisarts en mantelzorgers BOPZ toetsing aangevraagd (eind 2014).
- Bij alle acties rondom zorg van mevrouw K. vanaf de periode augustus 2014 heeft de casemanager dementie de SPV⁸ (contactpersoon vanuit GGZ), de huisarts en de mantelzorgers (vooral mevrouw S), actief betrokken.
- De casemanager dementie geeft aan dat de ondersteuning vanuit Vita stopte zodra de casus werd overgenomen. Er is geen dossieroverdracht geweest en verder ook geen inhoudelijke afstemming over mevrouw K. met Vita. Er is geen contact geweest met de huismeester van de flat Logger of met de betrokken Wmo-consulent.
- Er is niet naar het FACT-⁹ team GGZ verwezen maar er is direct contact geweest met de betrokken SPV-er van GGZ inGeest. De casemanager dementie geeft aan dat als het nodig was geweest de SPV-er andere routes had kunnen inzetten.
- De GGZ inGeest geeft aan dat zij via een persbericht hoorden van het overlijden van mevrouw K.. Verwacht wordt dat de casemanager ook hierbij een centrale rol heeft. Bij navraag geeft de Zonnehuisgroep Amstelland aan dat er nog geen concrete werkafspraken zijn gemaakt hoe te handelen bij dergelijke calamiteiten.
- Tijdens het interview bleek bij doorvragen dat de professionals en ook de mantelzorgers problemen ondervonden met het opschalen van de bemoeizorg, voornamelijk richting de huisarts en het medische circuit. De partners geven aan dat zij geen mogelijkheden hadden om op te schalen naar 'drang en dwang' bemoeizorg.
- Omdat de GGZ inGeest geen mededeling kan doen rondom het dossier van mevrouw K. is het onduidelijk of het FACT- team is ingeschakeld na de meldingen bij het meldpunt Zorg en Overlast.
- Door de samenwerkende ketenpartners bij het meldpunt Zorg en Overlast is geen BOPZ aangevraagd in de periode 2010-2014.
- De casemanager dementie had geen specifieke aanvullende opleiding voor casemanagement gevolgd.
- De politie was door verschillende partijen op de hoogte gesteld van het onbevoegde rijgedrag van mevrouw K. Het was bij de politie bekend dat mevrouw Kolkman een rijontzegging had en dat haar rijbewijs was

⁷ Ketenzorg Dementie Amstelland en de Meerlanden.

⁸ sociaal psychiatrisch verpleegkundige.

ingenomen. Het was ook bekend dat mevrouw K. nog in haar eigen auto reed in de periode 2013-2014. Hierover is geen vermelding in het dossier. Uit gegevens afkomstig van het Rijksdienst Wegverkeer (RDW) blijkt dat mevrouw K. met ingang van 27 september 2014 geen voertuig meer in haar bezit zou hebben. Mevrouw K. haar rijbewijs heeft met ingang van 2013 de geldigheid verloren.

- Er zijn geen registraties en/of incidenten bekend in het politieregistratiesysteem, waaruit blijkt dat mevrouw K. als bestuurster heeft opgetreden, terwijl mevrouw K. daar niet de bevoegdheid toe had, met andere woorden is zij nooit rijdend aangetroffen, door een politie-eenheid. Mocht zij toch gereden hebben dan is dit niet door de politie zelf geconstateerd.

c) Kon deze inwoner zelfstandig wonen en participeren in de maatschappij?

Het algemene beeld is: nee, mevrouw K. kon in 2014 niet meer zelfstandig blijven wonen in haar appartement en participeren in de maatschappij. Mevrouw K. is in 2014 fysiek en mentaal zeer snel verslechterd en was niet langer in staat om zelfstandig te blijven wonen. Mede omdat ze ook geen hulp wenste. Daarom zijn de acties van de casemanager dementie er ook op gericht geweest om mevrouw op een wachtlijst te zetten en om verder op te schalen. Dit werd steeds gedaan in afstemming met huisarts, GGZ inGeest en de mantelzorgers.

Toelichting:

- Alle betrokken personen in de omgeving van mevrouw K. geven aan dat mevrouw K. in 2014 zeer snel verslechterde en niet langer zelfstandig kon blijven wonen omdat ze ook geen hulp wenste. Daarom zijn de acties van de casemanager dementie er ook op gericht geweest om mevrouw op een wachtlijst te zetten en om verder op te schalen. Dit werd steeds gedaan in afstemming met de huisarts, de SPV van GGZ inGeest en de mantelzorgers.
- Alle betrokkenen ervaarden mevrouw K. als een zorgmijder¹⁰. Ze was zeer ontoegankelijk en zeer kritisch en grof naar anderen die haar hulp aanboden. Mevrouw K. wilde zelfstandig blijven wonen en accepteerde eigenlijk geen hulp.
- Het algemene beeld van de professionals en de mantelzorgers over mevrouw K. was dat ze een intelligente dame was, welbespraakt, snel door had wat de boodschap was van het bezoek, een slecht korte termijn geheugen had en geen zelfinzicht had. Ze verzorgde zich niet en vervuilde zichzelf en haar directe omgeving. Er was sprake van zelfverwaarlozing: mevrouw K. zag dit niet in.
- Er is door de betrokken professionals in 2013 en 2014 gekeken hoe de hulp en zorg aangepast kon worden aan de persoonlijke situatie van mevrouw K..
- Mevrouw K. miste de dagbesteding in De Bolder wel erg, daar was geen passende oplossing voor.

d) Was deze inwoner een gevaar voor zichzelf en anderen?

Mevrouw K. was in 2014 een potentieel gevaar voor zichzelf en voor anderen in haar woonomgeving. Door de brandweer werd geconstateerd dat er geen (gekoppelde) rookmelder of brandalarm in de woning van mevrouw K. aanwezig was. Het onderzoeksrapport van de brandweer wijst uit dat de brand is ontstaan door kortsluiting van een elektrisch apparaat in haar slaapkamer. Er is geen integrale dossiervorming tussen de verschillende hulpverleners en er is in geen enkel dossier melding gedaan van een integrale veiligheidscheck rondom brandveiligheid in combinatie met het rookgedrag van mevrouw en haar beginnende dementie. In de dossiers zijn geen gegevens opgenomen van een integrale veiligheidsafweging.

Toelichting:

- Vanuit de ervaringen van de personen die veel in haar huis kwamen (huismeester, mantelzorgers): mevrouw rookte zeer veel, de as viel op de grond, ze had gaten in haar kleding van het roken, op de bank kleine brandvlekken, ze was onzorgvuldig, mevrouw K. rookte misschien in bed (dit is niet duidelijk). Vanuit dit perspectief van onzorgvuldigheid, veel roken en haar vergeetachtigheid geven enkele contactpersonen, de professionals maar ook de mantelzorgers aan dat zij indirect een gevaar vormde voor haar omgeving.

¹⁰ De Inspectie voor de Gezondheidszorg definieert zorgmijders als volgt: "Sociaal kwetsbare mensen die vanuit de optiek van professionele hulpverleners niet de zorg krijgen die zij nodig hebben om zich in de samenleving te handhaven en geen op de reguliere hulpverlening passende vraag hebben en lijden aan ernstige en langdurige psychische problematiek" (Kenniscentrum Ouderen (Vilans))

- Er zijn tegenstrijdige berichten of mevrouw K. wel of niet het fornuis gebruikte. Activite gaf aan dat na een signaal vanuit de HbH een elektrische waterkoker werd aangeschaft (rond de zomer van 2014), zodat mevrouw het fornuis niet meer hoefde te gebruiken.
- Mevrouw droeg geen persoonsalarm. Er was geen alarmknop in het huis aanwezig. In de woning waren geen rookmelders aanwezig behalve in de gang van het appartementencomplex.
- De brand werd door de brandweer als zeer fel ervaren. De brandweer gaf aan dat er vanuit de centrale hal in Logger erg veel hitte kwam. Dit betekent een hoge brandlast in het appartement van mevrouw K.: veel spullen die aan het branden zijn, meer dan normaal.
- Mevrouw was geen gevaar voor anderen, gebruikte alleen verbaal geweld. Zij klaagde nooit over haar leven.
- De huismeester heeft geen klachten en/of bedreigingen ontvangen vanuit andere flatbewoners over mevrouw K..

e) Had de gemeente op de hoogte kunnen zijn van de uitkomsten, genoemd onder c. en d.

De gemeente was de laatste paar maanden van 2014 niet op de hoogte gebracht door Activite en de casemanager dementie over de laatste recente relevante ontwikkelingen rondom mevrouw K.. Hierdoor miste de gemeente de actuele informatie. Achteraf kan men aangegeven dat als er integrale informatie-uitwisseling had plaatsgevonden, de gemeente actiever had kunnen inspelen op het potentiële brandgevaar door het rookgedrag van mevrouw K.. Daarnaast had de gemeente eventueel een bemiddelende rol kunnen spelen naar de huisarts om de noodzaak voor zorg extra onder de aandacht te brengen.

Toelichting:

- De betrokkenen geven aan dat zij vanuit hun verantwoordelijkheid contacten hebben gehad met de gemeente en dan voornamelijk met de Wmo-consulent. De Wmo consulent heeft actief gehandeld in de situatie rondom mevrouw K. en regelmatig in de beginfase afstemming gehad met de zorgaanbieder conform de werkafspraken.
- De afspraak conform het contract is dat Activite relevante informatie deelt met de Wmo consulent. Deze informatie-uitwisseling heeft niet plaatsgevonden in de laatste paar maanden van 2014. De gemeente was niet op de hoogte van de nieuwe hulp die per 2015 zou starten. Hiervan is geen melding terug gevonden in het Wmo dossier.
- De casemanager dementie had geen contacten met de gemeente. Hierdoor was de Wmo consulent niet op de hoogte dat er een casemanager dementie was aangesteld en niet op de hoogte van de laatste ontwikkelingen rondom ZZP5 aanvraag.
- De wijkagent was op de hoogte van de situatie van mevrouw K. via de huismeester en via het Meldpunt zorg en advies.
- De meeste hulpverleners en betrokkenen uit de sociale netwerken konden niet aangeven welke professionele zorg of dienst ze gemist hebben rondom mevrouw K.. De rol van de huisarts werd wel vaak genoemd. De betrokken professionals en mantelzorgers hadden het gevoel geen 'gehoor' te krijgen bij de huisarts.
- In de dossiers is niets terug te vinden over een veiligheidsafweging die is gemaakt ten aanzien van het rookgedrag van mevrouw in combinatie met haar (zelf)vervuiling en dementie, terwijl iedereen dit noemde als potentieel gevaar voor zichzelf en haar omgeving.

5. Leeraspecten en aanbevelingen

Dit onderzoeksrapport levert een aantal aanbevelingen op. Wat kan de gemeente Amstelveen van deze situatie leren voor nu en in de toekomst (A.). Dit wordt verder uitgewerkt aan de hand van de volgende onderwerpen:

- B. Waar lopen we in dit onderzoek tegen aan t.a.v. privacy (welke informatie krijgen we wel/niet van derden vanwege privacywetgeving).
- C. Wat kan er wel of niet worden opgenomen om redenen van privacy.
- D. Dit onderzoek sluit aan en houdt rekening met de door het college overgenomen motie “kwetsbare inwoners”.

Zicht krijgen en houden op een ambulante en zorgmijdende doelgroep is complex. Het risico is groot dat deze groep onvoldoende in beeld komt bij de relevante instellingen waardoor problemen niet of te laat worden gesignaleerd. Hieronder volgen zes aanbevelingen naar aanleiding van het onderzoek:

A. Wat kan de gemeente Amstelveen van deze situatie leren voor nu en in de toekomst?

1. Escalatie mogelijkheid in fase vroegsignalering

Mevrouw K. was al vanaf 2009 in beeld bij diverse professionals en allen constateerden beginnende symptomen van geheugenverlies, vervuiling en fysieke achteruitgang. De professionals in voornamelijk de welzijnssector en hulp bij het huishouden herkennen de eerste tekenen van achteruitgang bij bijvoorbeeld zorgmijders (vroegsignalering), maar geven aan weinig mogelijkheden te hebben om in deze fase van vroegsignalering door te pakken. De routes om eerder te escaleren voor professionals lijken laat op gang te komen. De gemeente wordt geadviseerd om kwetsbare bewoners vroegtijdig in beeld te krijgen en te houden. De gemeente neemt hierin de regie om samen met de GGZ, huisartsen, GGD, Sociaal team, ouderenadvies en andere partners in de welzijnssector goede afspraken te maken om een lijst (bijvoorbeeld een TOP 100) samen te stellen van de meest kwetsbare en zorgwekkende inwoners in Amstelveen. De noodzakelijk hulp en deskundigheid wordt naar voren gehaald in de vroegsignalering, zodat professionals preventiever kunnen handelen en beter kunnen opschalen naar zwaardere zorg. Geadviseerd wordt te onderzoeken welke vorm van samenwerking tussen casemanager dementie en het Sociaal team mogelijk is (nauw samenwerkend met of juist participierend in het Sociaal team).

2. Samenwerking met huisartsen in fase vroegsignalering

De doorlooptijd in de situatie van mevrouw K. was langdurig omdat er geen familie was en mevrouw K. niet expliciet toestemming had gegeven aan de mantelzorger of andere professionals om contact op te nemen met de huisarts/ medische professionals¹¹. De ideale werkwijze is dat dit gebeurt met toestemming van de betrokkene. In deze situatie was het wenselijk geweest als er eerder zonder toestemming bepaalde informatie kon worden uitgewisseld met de huisarts en andere partners in de medische ketenzorg. Huisartsen laten een ‘huisartsenpraktijkondersteuner’ vaak de thuisbezoeken doen. Het is van essentieel belang dat de huisartsenpraktijkondersteuner voldoende kennis en ervaring heeft om de problematieken tijdig te herkennen en op te schalen naar de huisarts. Zij vormen ‘de toegangspoort’ voor de huisartsen. Aan de gemeente het advies om samen met de lokale huisartsen en de betrokken partners in de vroegsignalering af te stemmen over informatie-uitwisseling bij afwezigheid van een partner of familie. Wat zijn hierin de (on)mogelijkheden zodat er heldere afspraken gemaakt kunnen worden. Interessant is wellicht de medische informatiedeling tussen de huisarts en de wijkverpleegkundige die aangesloten is bij het Sociaal team.

3. Casemanagement aanwezig, maar verdere ontwikkeling nodig

Dementiezorg zal in de toekomst een essentiële schakel zijn om thuiswonende ouderen met (beginnende) dementie zo lang en gezond mogelijk zelfstandig in hun eigen omgeving te laten verblijven. In de regio Amstelland is vanuit de ketenzorg dementie voor de jaren tot 1 januari 2015 afgesproken dat er een casemanager dementie wordt aangewezen als de medische diagnose dementie is vastgesteld¹². Anticiperend op deze relevante functie is er op een aantal punten een doorontwikkeling nodig:

¹¹ Gegevensuitwisseling tussen zorginstellingen en andere instanties in de context van bemoeizorg vergt een zorgvuldige afweging. Het beroepsgeheim van hulpverleners verhindert hen echter niet om, mede in het belang van de cliënt, bepaalde relevante informatie over hulpverleningscontacten of mogelijkheden daartoe met andere partijen uit te wisselen. De concrete afweging ligt in die gevallen bij de hulpverlener zelf.

¹² Het doel van geïntegreerde dementiezorg is dat thuiswonende ouderen met dementie zo lang en gezond mogelijk zelfstandig in hun eigen omgeving kunnen verblijven met een aanvaardbare kwaliteit van leven.

- Op basis van dit onderzoek is gebleken dat de focus van de casemanager dementie ligt bij de ‘driehoek-samenwerking’ huisarts, mantelzorgers en GGZ. Juist voor zorgmijders is het essentieel dat de (psychiatrische) hulpverlening is geïntegreerd in de keten van *maatschappelijke zorg*. Hiervoor is intensieve samenwerking nodig tussen alle betrokken zorgverleners, maatschappelijke organisaties, zorgverzekeraars en gemeenten. Het is wenselijk dat de gemeente met haar partners hierover samenwerkingsafspraken maakt.
- Dat de casemanager dementie vroegtijdig ingezet kan worden voordat de medische diagnose dementie is vastgesteld, dus bijvoorbeeld op basis van de professionele inschatting van het Sociaal team, ouderenadvies en wijkverpleging.
- De casemanagers moeten goed gekwalificeerd zijn zodat de juiste aanpak wordt gerealiseerd en de zorgplannen integraal worden vormgegeven samen met het sociale netwerk en iedere zorg- en hulpverlener. De gemeente wordt geadviseerd hierop sturen in de samenwerkingsovereenkomst ZHGA en de inkoopcontracten.
- Bepaalde werkafspraken moeten nog verder worden uitgewerkt door de samenwerkende partners zoals: hoe om te gaan bij calamiteiten zoals onnatuurlijk overlijden; wie heeft welke rol en informeert andere hulpverleners? De gemeente wordt geadviseerd om via haar subsidie- en productafspraken hierop strakker te sturen.
- De samenwerking en rolverdeling tussen de casemanager dementie, sociaal wijkteam en de wijkverpleegkundigen: hoe verhouden de partners zich tot elkaar qua taken, rollen, bevoegdheden en financiering?
- Gelet op de cruciale rol van casemanagement dementie en casemanagement in het algemeen, is het advies om regelmatig een onafhankelijk onderzoek uit te voeren over het uitvoeren van casemanagementtaken, rolopvatting, integrale gegevensdeling en andere samenwerkingsafspraken.

4. Aandacht voor draaglast en -kracht van mantelzorgers

Bij zorgmijders en (beginnende) dementie hebben we niet alleen met een ziekte te maken maar ook met een heel systeem eromheen: denk daarbij aan familie en mantelzorgers. De zorg voor patiënten met dementie die thuis verblijven moet nauwkeurig zijn afgestemd op de draaglast en –kracht van de mantelzorger(s). Niet alle netwerken bepalen met enige regelmaat deze draaglast en –kracht. In de situatie van mevrouw K. bestond haar sociale netwerk uit een mantelzorger van 86 jaar en de dochter van de mantelzorger. Beiden woonden op afstand van mevrouw K.. Het advies is dat de professional meer aandacht besteedt aan de draagkracht en draaglast van de mantelzorger. De gemeente kan dit ondersteunen door het bieden van voldoende respijtzorg, mogelijkheden voor professionals om instrumenten in te zetten voor mantelzorgers om de ‘draaglast’ te verlagen en de ‘draagkracht’ te verhogen. Aandacht voor de mantelzorger dient een integraal onderdeel te zijn van het ondersteuningsplan dat wordt opgesteld rondom een inwoner en/of huishouden.

5. Standaard integrale veiligheid-check op brandgevaar bij zorgmijders

In de situatie van mevrouw K. was zij, zeker in 2014, een potentieel gevaar voor zichzelf en haar woonomgeving in verband met haar rookgedrag in combinatie met dementie. Dit dient adequater te worden opgepakt door de samenwerkende professionals. Indien nodig met betrokkenheid van de brandweer, politie, huismeester en het sociale netwerk. Een integrale veiligheid-check moet optioneel, op advies van de professionals, beschikbaar zijn voor de zorgdiagnostiek en hulpverlening. De aanbeveling is dat de gemeente de partners opdracht geeft om te komen tot een helder protocol en werkafspraken waarin de veiligheid-check geborgd is. De gemeente kan voorzien in de uitvoering van de veiligheid-check, bijvoorbeeld via de brandweer. Aan de gemeente wordt in overweging meegegeven om ook na te denken over de inzet van verdere maatregelen om potentieel brandgevaar bij zorgmijders en inwoners met dementie terug te dringen.

6. Informatiedelen met de GGZ

De GGZ inGeest heeft zelf een intern onderzoek uitgevoerd. Dit is een verplichte procedure indien er sprake is van een calamiteit zoals overlijden door brand/ niet natuurlijke dood. Het verslag van het intern onderzoek kan niet worden gedeeld met de gemeente. De GGZ inGeest geeft aan dat gemeenschappen, zoals verbeterpunten kunnen worden gecommuniceerd, met name wanneer deze de ketenzorg betreffen. De GGZ inGeest geeft tevens aan dat het delen van het verslag niet gebruikelijk is omdat de gemeente niet betrokken is bij het zorgproces en geen belanghebbende in deze.

De gemeenten zijn al heel lang verantwoordelijk op het gebied van de OGGZ, zorgwekkende zorgmijders¹³. Iedere gemeente heeft een verantwoordelijkheid ten opzichte van haar kwetsbare inwoners. En zeker voor inwoners die om de een of andere reden de noodzakelijke zorg missen of zelfs mijden¹⁴. Om gericht beleid te kunnen ontwikkelen hebben gemeenten actuele en volledige gegevens nodig over de vraag, het aanbod en het gerealiseerde aanbod. Daarnaast heeft de gemeente de verplichting om ook in de uitvoering deze activiteiten te coördineren¹⁵. Gelet op de nieuwe taken en verantwoordelijkheden is de gemeente een belanghebbende in deze situatie omdat het haar eigen inwoners betreft én de (centrum-)gemeente een expliciete wettelijke rol heeft gekregen rondom OGGZ problematiek. Het is wenselijk om hierover in gesprek te gaan met de GGZ inGeest.

De onderzoeker heeft niet kunnen achterhalen waarom in de periode 2013, toen de situatie rondom mevrouw K. zichtbaar verslechterde, geen aanvraag BOPZ is ingediend door de toenmalige casemanager GGZ bij het CIZ om concreet de zorg te organiseren voor mevrouw K. en of het überhaupt haalbaar was een BOPZ aanvraag te doen. Het advies aan de gemeente is om ook hierover in gesprek te gaan bij GGZ inGeest. Wellicht kunnen de uitkomsten in de toekomst een oplossing bieden voor de professionals in de vroegsignalering om sneller door te kunnen pakken.

De huisarts is betrokken bij het onderzoek van GGZ inGeest in het kader van het overlijden van mevrouw K.. De huisarts geeft mondeling aan meerdere keren langs te zijn geweest bij mevrouw K.: in 2013 twee/drie keer op huisbezoek en de huisartsenpraktijkondersteuner is in 2014 1 keer per drie maanden langs geweest bij mevrouw K.. Vanuit het onderzoek kon dit contact niet worden bevestigd omdat het medisch dossier niet is ingezien.

Aanbevelingen vanuit de geïnterviewden

1. Onderzoek zorgplaatsen ZZP 4 in Amstelveen

Beddenreductie en zorg voor patiënten thuis staan hoog op de agenda van instellingen voor GGZ en verslavingszorg, zorgverzekeraars en gemeenten. De casemanager dementie merkt op dat er weinig zorgplaatsen ZZP 4 in Amstelveen zijn. Deze plekken zijn niet voorradig en noodzakelijk voor mensen met een vrijwillige (spoed) opname. Er is een spanningsveld geconstateerd tussen wenswachtlijst en urgentie: in dergelijke situaties gaat bijvoorbeeld de zorginstelling kijken waar er plaats is en staat niet de wens van de inwoner centraal maar de locatie waar plek is (dit kan ook in een andere provincie zijn). Mevrouw K. moest worden opgenomen in een zorginstelling, maar indien er sprake zou zijn van urgentie dan kon dat ook in een andere woonplaats zijn. Voor kwetsbare inwoners zoals mevrouw K. is dit zeker niet wenselijk. De komende jaren zullen steeds meer cliënten met (beginnende en ernstige psychiatrische) aandoeningen worden begeleid in de eigen omgeving. Het aantal ZZP 4 indicaties zal dan gaan toenemen. Aan de gemeente wordt geadviseerd om uit te zoeken in hoeverre het aantal ZZP 4 plekken in Amstelveen afdoende is zodat de inwoners, voordat crisis zich voordoet (spoedopname), opgenomen kunnen worden op een zware zorgplek in Amstelveen. De gemeente en het Zorgkantoor zullen met elkaar in gesprek moeten gaan om deze gesignaleerde problematiek bespreekbaar te maken.

2. Betrekken sociale netwerk

De huismeester Logger gaf expliciet aan dat zij als professionals zeer veel 'zien en horen' over inwoners in én rond de appartementen. De huismeesters kunnen efficiënter worden betrokken in het proces van vroegsignalering. Het betrekken van deze sleutelfiguren is te ondervangen door het integraal op te nemen in het zorgplan en een goede inventarisatie te doen van het sociale netwerk rondom de inwoner/ het huishouden. Daarnaast kan de gemeente in algemene zin duidelijker communiceren waar zorgen over medebewoners gemeld kunnen worden.

¹³ De openbare geestelijke gezondheidszorg (OGGZ) is onderdeel van de Wmo, prestatieveld 8. De bedoeling van opname van OGGZ als prestatieveld in de Wmo is dat gemeenten deze taken invullen in relatie tot en in samenhang met andere taken op het gebied van de maatschappelijke ondersteuning, met name de prestatievelden 7 (Maatschappelijke opvang, vrouwenopvang en huiselijk geweld) en 9 (Verslavingsbeleid).

¹⁴ Het is de taak voor alle gemeenten om te werken aan preventie, aan toeleiding van mensen in een multi-probleemsituatie naar hulp en zorg en aan maatschappelijke re-integratie. De centrumgemeente heeft hierin zelf een specifieke opdracht.

¹⁵ bijvoorbeeld via het Sociaal loket, Sociaal team en/of inzet op individuele begeleiding GGZ.

B. Waar lopen we in dit onderzoek tegen aan t.a.v. privacy (welke informatie krijgen we wel/niet van derden vanwege privacywetgeving).

Alle betrokken welzijnspartijen hebben op basis van de toestemmingsbrief van de gemeente dossiergegevens overlegd aan de onderzoeker, met hierbij als expliciete mededeling dat de gegevens anoniem worden gebruikt en de overlegde dossiergegevens na het onderzoek worden vernietigd.

Mevrouw K. was in behandeling bij de GGZ inGeest. GGZ inGeest geeft aan dat geen enkele informatie over het dossier van mevrouw K. kon worden gedeeld met de onderzoeker in verband met het medisch beroepsgeheim, dit kan ook niet worden gebroken na het overlijden van mevrouw. De GGZ inGeest heeft aangegeven dat gemeenschappen, zoals verbeterpunten kunnen worden gecommuniceerd, met name wanneer deze de ketenzorg betreffen.

De huisarts heeft ook geen inhoudelijke informatie over het dossier van mevrouw K. vrijgegeven. De huisarts participeert in het onderzoek van GGZ inGeest.

C. Wat kan er wel of niet worden opgenomen om redenen van privacy.

De onderzoeksverslagen zijn niet als bijlage bij dit onderzoeksrapport gevoegd, omreden van privacy.

D. Dit onderzoek sluit aan en houdt rekening met de door het college overgenomen motie “kwetsbare inwoners”.

In zijn algemeenheid zijn de aanbevelingen vanuit dit rapport van toepassing op de motie ‘kwetsbare inwoners’, zoals verwoord in de motietekst. Het specifieke advies wat vanuit dit onderzoek nog wordt meegegeven is dat er ook aandacht is voor een specifieke groep signaleerders die een actievere rol kunnen spelen als ze goed weten hoe te handelen en waar te melden: bijvoorbeeld huismeesters van appartementencomplexen en de winkeliersverenigingen.

Daarnaast is het aan te bevelen om goede afspraken te maken met de huisartsen, praktijkondersteuner en wijkverpleegkundigen (aanbeveling 2), deze professionals zijn vaak ‘de toegangspoort’ om binnen te komen bij zorgmijders.

Bijlagen

BIJLAGE 1: Gespreksleidraad Brand aan Logger

BIJLAGE 2: Brief voor professionals

BIJLAGE 3: Overzicht tijdlijn mevrouw K. (samenvatting)

BIJLAGE 4: Overzicht gebruikte afkortingen

BIJLAGE 5: Brief GGZ inGeest nav intern onderzoek

Gespreksverslag Brand aan Logger	
Datum	
Naam	
Relatie/ functie ten aanzien van mevrouw K.	
Handtekening voor akkoord gespreksverslag	

Aanleiding

Begin januari werd Amstelveen opgeschrikt door een brand in een appartement aan de Logger, waarbij de bewoonster om het leven kwam. Deze gebeurtenis is tragisch en heeft impact in Amstelveen. Om gebeurtenissen zoals deze brand in de toekomst zoveel mogelijk te voorkomen en lessen te trekken uit het gebeurde stelt het college een onafhankelijk en objectief onderzoek in. Tegelijkertijd realiseren wij ons dat gebeurtenissen als deze nooit helemaal te voorkomen zijn.

Proces

Om de objectiviteit van het onderzoek te borgen zal een gespreksverslag aan de geïnterviewde worden toegestuurd en worden gevraagd akkoord te gaan met de inhoud van dit verslag.

De gegevens worden in het rapport geanonimiseerd.

Voorafgaand aan het begin van het interview, geven de geïnterviewden mondeling toestemming voor het gebruik van de informatie die zij tijdens het interview vertellen.

Beschikbare informatie wordt gedeeld met de onderzoeker Inger Poorta.

Gespreksverslag

a. Wat was op de dag van de brand de status van de zorg aan de inwonster, wie was/waren verantwoordelijk voor welke type zorg/ondersteuning?

a.1. Wat was uw relatie t.o.v. mevrouw K.?

a.2 In hoeverre was u betrokken bij de dagelijkse gang van zaken rondom mevrouw K.. Kunt u voorbeelden noemen?

a.3 Hoe ervaarde u mevrouw K., wat was uw indruk? Kunt u voorbeelden noemen?

a.4 Zijn er zaken waar u zich zorgen over maakte rondom mevrouw K.?

a.5 Waren er zaken/ situaties waar mevrouw K. zich zorgen over maakte?

b. Kon mevrouw K. zelfstandig wonen?

b.1 vanuit uw rol van.../ uw expertise en ervaringen, was er sprake van zorgmijding of vraagverlegenheid door mevrouw K.?

b.2 Hoe handelde u als mantelzorger/professional bij zorgmijding of vraagverlegenheid (herkende u de signalen?).

b.3 Had mevrouw K. volgens uw idee een reëel beeld/verwachtingen van een zorgcentrum (van invloed zijn op het besluit om te verhuizen, afhankelijke positie, vergelijkingen met eigenschappen als autoriteit, macht en afhankelijkheid verweven).

b.4. Welke acties heeft u of hebben anderen ondernomen naar aanleiding van deze signalen?

b.5 Vanuit uw expertise en ervaringen kon mevrouw K. zelfstandig blijven wonen? Graag de redenen opgeven.

c. Was deze inwonster een gevaar voor zichzelf en anderen?

c.1 vanuit uw eigen expertise ervaringen was mevrouw een gevaar voor zichzelf? Graag redenen, welke signalen hanteert u hiervoor?

c.2 was mevrouw een gevaar voor anderen? Graag redenen, welke signalen hanteert u hiervoor?

d. In hoeverre hebben de verantwoordelijke partijen hun taken naar behoren opgepakt (verplichtingen/termijnen, etc.)?

d.1 Heeft u zicht op de partijen die bij mevrouw K. thuis kwamen?

d.2. Hoe is er bij de intake gekeken naar de behoefte aan hulp en ondersteuning? Is er breed integraal gekeken naar de cliënt en naar diens leefomgeving/ zo lang als mogelijk in de vertrouwde omgeving laten blijven wonen en participeren in de maatschappij?

d.3 Is er bij signalen vanuit de omgeving van mevrouw K. voldoende gekeken of de zorg flexibeler kan worden aangeboden en deze aan te passen aan de persoonlijke situatie van ouderen?

d.4 Is er afstemming geweest tussen de partijen die bij mevrouw K. thuis kwamen? Voorbeelden, had iemand de casusregie?

d.5 Wat houdt casusregie in? Binnen de organisatie en tussen de organisaties?

d.6 Waren er *informele* signalen over onrust. Hoe is dit opgepakt? En welke acties zijn ondernomen?

d.7 Waren er *formele* signalen over onrust. Hoe is dit opgepakt? En welke acties zijn ondernomen?

e. Had de gemeente op de hoogte kunnen zijn van de uitkomst onder C. en D.?

e.1 hoe had de gemeente hiervan op de hoogte kunnen zijn?

e.2 welke acties had de gemeente eerder kunnen ondernemen?

2. Wat kan de gemeente Amstelveen van deze casus leren (voor nu en in de toekomst)?

Aanvullende informatie

Gemeente Amstelveen

**Beleid****Uw contact** P. Boers**T** (020) 540 41 25**F** (020) 540 45 59

gemeente@amstelveen.nl

Aan de lezer van deze brief

Postbus 4, 1180 BA Amstelveen

*Vermeld bij reactie ons kenmerk en datum van deze brief***Datum** 19 januari 2015**Betreft** Onderzoek naar brand aan de Logger

Geachte lezer,

Begin januari werd Amstelveen opgeschrikt door een brand in een appartement aan de Logger, waarbij de bewoonster om het leven kwam. Deze gebeurtenis is tragisch en heeft impact in Amstelveen.

Om gebeurtenissen zoals deze brand in de toekomst zoveel mogelijk te voorkomen en lessen te trekken uit het gebeurde, stelt het college van burgemeesters en wethouders een onafhankelijk en objectief onderzoek in. Dit onderzoek laat de gemeente uitvoeren door Inger Poorta van Poorta Projecten.

De volgende vragen wil de gemeente door dit onderzoek beantwoord krijgen:

- A. Wat was op de dag van de brand de status van de zorg aan de inwoonster, wie was/waren verantwoordelijk voor welke type zorg/ondersteuning?
- B. In hoeverre hebben de verantwoordelijke partijen hun taken naar behoren opgepakt (verplichtingen/termijnen, etc.)?
- C. Kon deze inwoonster zelfstandig wonen?
- D. Was deze inwoonster een gevaar voor zichzelf en anderen?
- E. Had de gemeente op de hoogte kunnen zijn van de uitkomst onder C. en D.?
- F. Wat kan de gemeente Amstelveen van deze casus leren (voor nu en in de toekomst)?

Via deze brief verzoek ik u medewerking te verlenen aan dit onderzoek en mevrouw Poorta te voorzien van relevante door haar gevraagde informatie. De gegevens die u haar beschikbaar stelt worden alleen ten behoeve van dit onderzoek gebruikt.

Hartelijke dank voor uw medewerking.

Met vriendelijke groet,

B. Wintforst
Directeur

Raadhuis Laan Nieuwer Amstel 1
1182 JR Amstelveen
T (020) 540 49 11
www.amstelveen.nl
IBAN NL22 BNGH 0285 0003 14

Route per bus - Lijn 149, halte Raadhuis
Lijn 186/187, halte Dorpsstraat + 4 min.
Lijn 172, halte Huls aan de Poel + 8 min.

100/F000/ICT
[BRF466928 (brief Inger).doc]

Bijlage 3

Overzicht tijdslijn mevrouw K. (samenvatting)

In het voorjaar van 2013 was de GGD casushouder

In de zomer 2013 was de GGZ casushouder

Op 5 september 2014 werd er een casemanager dementie ZHGA aangesteld.

datum	Actie
Voorjaar 2009.	Start van het dossier van mevrouw K. bij Vita Welzijn en Advies.
Periode 2010-2014 dossier van Meldpunt en Advies	- o <i>Data 2010</i> een professional doet melding bij het Meldpunt Zorg en Overlast. De GGD is op huisbezoek geweest. Met als vervolgactie: overdracht naar het ouderenadvies. - o <i>21 december 2012</i>: een melding van een buurvrouw bij Meldpunt Zorg en Overlast. Mevrouw K. rijdt nog steeds auto. - o <i>Eerste maanden 2013</i> is mevrouw K. een aantal keren besproken in het Klein overleg van Meldpunt Zorg en Overlast, mevrouw K. wees ondersteuning af. Vangnet en advies, GGZ, Vita en GGD waren betrokken. Vita Welzijn en Advies heeft mevrouw K. vaak als casus ingebracht om de problematiek bespreekbaar te maken. - o <i>In augustus 2013</i> is er een nieuwe melding bij Zorg en Overlast door een (andere) buurvrouw. - o <i>Begin 2014</i> is er door de huismeester Logger ook melding gedaan bij het Meldpunt Zorg en overlast. Vita gaat met huismeester op huisbezoek. Daarna samen met een vrijwilliger een start gemaakt om papieren te ordenen, o.a. aanmaningen. Vita probeert mevrouw K. bij huiskamergroep De Bolder te houden. - o <i>18-03-2014</i> Melding gedaan door politie bij Meldpunt Zorg en Overlast.
17-02-2013	Vita heeft de huisarts van mevrouw K. gebeld. De dokter geeft aan niet over mevrouw K. te willen spreken zonder haar toestemming.
06-01-2014	Vita heeft de huisarts gebeld om zorgen over gezondheidssituatie aan te geven, de huisarts zou mevrouw K. bezoeken.
Begin januari 2014	Vita heeft met de politie (met wijkregisseur) gebeld over de situatie van mevrouw K. en om haar zorgen uit te spreken.
03-07-2014	Diagnose dementie vastgesteld door psychiater GGZ inGeest: Dementie NAO (Niet Anders Omschreven).
Telefonisch overleg tussen gemeente en mevrouw K.: 14-07-2014, 15-07-2014, 24-07-2014 (tevens heeft mevrouw K. nog zelf op 18-07-2014 met het Wmo loket gesproken en wederom op 21-07-2014), 25-07-2014, 28-07-2014.	
15-07-2014	Huisbezoek Wmo indicatieadviseur: mevrouw K. heeft telefonisch afgezegd
17-07-2014	Huisbezoek Wmo indicatieadviseur: mevrouw K. was niet aanwezig.
22-07-2014	Huisbezoek Wmo indicatieadviseur: mevrouw K. was aanwezig samen met de heer B (mantelzorger).
22-07-2014	Huisbezoek indicatieadviseur in samenwerking met de mantelzorger nadat mevrouw K. 2x niet aanwezig was. Huishoudelijke hulp Hbh2, ZIN. Omvang 5 uren per week. Begindatum indicatie 24-07-2014, einddatum indicatie 30-06-2015.
24-07-2014	Wmo indicatieadviseur heeft contact met waarnemend arts en geeft aan wat de acties zijn vanuit de gemeente en uit haar zorgen over de situatie van mevrouw K..
Periode juli-september heeft de Wmo indicatieadviseur diverse contacten met de mantelzorgers en Vita welzijn en Advies.	
05-09-2014	Een casemanager Dementie Zonnehuisgroep Amstelland (ZHGA) ¹⁶ aangewezen voor mevrouw K.. Intake gesprek casemanager dementie met mevrouw K. en mantelzorger
09-09-2014	Casemanager informeert de huisarts.
16-09-2014	ZZP 4 indicatie: mevrouw K. staat als wenswachtend op de wachtlijst van Huis a/d Poel
18-09-2014	Voorstel om naar dagbesteding te gaan, mevrouw K. wilde niet.
07-10-2014	De casemanager en mantelzorgers gaan mevrouw K. motiveren om zich op te laten nemen in ene verzorgingshuis. De casemanager zet speciale thuiszorg in voor persoonlijke verzorging, met name hulp bij het eten.
14-10-2014	Hulp bij het huishouden van Activite geeft aan bij de casemanager dat mevrouw K. erg verward is. De casemanager heeft de huisarts ingelicht, de dokter gaf aan langs te gaan.
25-11-2014	2 keer/ week hulp bij het huishouden, 2 avonden ondersteuning bij het eten. Mantelzorger komt elke woensdag. De persoonlijke verzorging rondom mevrouw K. verloopt niet goed.
12-12-2014	Afstemming mantelzorgers en casemanager dementie over hoe verder.

¹⁶ Deze case is overgedragen vanuit de GGZ vanuit de samenwerking Ketenzorg Dementie Amstelland en de Meerlanden. Het betreft coördinerende taken van inzetten van hulp en ondersteuning rondom mevrouw K. vanuit de ketenpartners.

	Casemanager vraagt ZPZ 5 met BOPZ toetsing aan bij huisarts. Bij geen toestemming van mevrouw dan door naar rechtelijke macht (RM). Machtiging bij bank aanvragen, administratie regelen en bewindvoering aanvragen door mantelzorgers. Hulp bij het huishouden wordt ontslagen per 31-12-2014. Mantelzorger heeft contact gehad met de thuiszorgorganisatie voor goede vervanging. Casemanager heeft SPV-er GGZ op de hoogte gebracht.
19-12-2014	BOPZ toetsing is geweigerd door mevrouw K.. Casemanager dementie heeft bij het CIZ een tweede BOPZ toetsing aangevraagd.
24-12-2014	Casemanager heeft huisarts gesproken over situatie mevrouw K. en afgesproken is dat de huisarts de GGZ zal gaan vragen om een Rechtelijke Macht (RM).
25/26 -2014	Persoonlijke verzorger gaat tijdens de kerstdagen naar mevrouw K. om eten te brengen.
05-01-2015	Mevrouw K. is bij haar woningbrand overleden. Oorzaak kortsluiting.

BOPZ	De wet BOPZ is van toepassing op cliënten die niet vrijwillig zorg ontvangen of onvrijwillig in een instelling verblijven. Mensen met een psychogeriatrische aandoening of een verstandelijke handicap vallen mogelijk onder de Wet Bopz. Aan de hand van deze wet wordt bepaald of opname of verblijf in een verzorgingshuis of verpleeghuis noodzakelijk is. Ook bekijkt het CIZ of de cliënt het daar mee eens is.
Casemanager dementie ZHGA CIZ	Casemanager dementie Zonnehuisgroep Amstelland Centrum indicatiestelling zorg. Het CIZ beoordeelt of mensen recht hebben op AWBZ-zorg. Dit gebeurt op basis van objectieve criteria, zodat de beoordeling overal in het land hetzelfde is. Deze criteria zijn een vertaling van de richtlijnen van het ministerie van VWS.
GGZ-instelling (F)ACT team GGZ inGeest	Geestelijke gezondheidszorginstelling (F)ACT-methode: (Functie) Assertive Community Treatment. GGZ inGeest startte in maart 2007 het eerste bemoeizorgteam volgens de deze methode.
GGD	Gemeentelijke Gezondheidsdienst
OGGz	Openbare Geestelijke Gezondheidszorg
RDW	Rijksdienst Wegverkeer
SPV-er	Sociaal Psychiatisch Verpleegkundige
ZZP	Zorgzwaartepakket. In de gezondheidszorg in Nederland is het zorgzwaartepakket een door het CIZ afgegeven beoordeling waarmee een patiënt recht krijgt op opname in een verpleeghuis, verzorgingshuis, of GZ-instelling (Gehandicaptenzorg).

GGZ inGeest partner van VUmc 

Postbus 4279 2003 EG HAARLEM
Mevrouw drs. I.M. Poorta
verzonden via info@poortaprojecten.nl
Amstelplein 235
1421 SE UITHOORN

ouderenpsychiatrie
Locatie Zuiderpoort

contactpersoon
Cobie Schippers - Damen
c.schippers@ggzingeest.nl
T (023) 518 7309
M (06) 30 95 08 50

ons kenmerk
AS/jws

datum
19 februari 2015

onderwerp
Calamiteitenbespreking mw. Kolkman

Geachte mevrouw Poorta,

Op 12 februari jl. is er een calamiteitenbespreking geweest over de casus mevrouw Kolkman.

Aanwezig waren:

De heer M.J. van Pomeran, huisarts
Mevrouw R. Boergonje, casemanager ketenzorg dementie Zonnegroep Amstelland
Mevrouw C. Thissen, projectleider ketenzorg dementie Zonnegroep Amstelland
Mevrouw A.M. van Schaik, psychiater, directeur behandelzaken circuit ouderenpsychiatrie GGZ inGeest
Mevrouw M.J. Fortgens, afdelingsmanager poli ouderen Amstelveen GGZ inGeest
Mevrouw F. van Velzen, sociaal psychiatrisch verpleegkundige (SPV) GGZ inGeest
Mevrouw I. van der Velden, psychiater GGZ inGeest
Mevrouw H. Schaffels, psychiater, waarnemend Geneesheer Directeur GGZ inGeest

Telefonisch is nog contact geweest met de eerste contactpersoon van patiënte, mevrouw Severs.

Inhoudelijk kunnen we niet over het verslag communiceren, maar de uitkomst van de calamiteitenbespreking was dat er geen sprake was van tekortkomingen in de zorg. Wel zouden we graag de gemeente informatie geven hoe de dementiezorg, vrijwillig en zo nodig gedwongen geregeld is. Uit het interview maakte ik op dat er veel onduidelijkheden waren over de mogelijkheden voor (on) gedwongen zorg.

Is het mogelijk ons een naam door te geven van een contactpersoon bij de gemeente Amstelveen om informatie uit te wisselen over de dementie zorg? Eventueel samen met een medewerker van ketenzorg dementie.

Mocht u verdere informatie willen, wilt u dan contact opnemen met mijn secretaresse, Cobie Schippers, c.schippers@ggzingeest.nl, dan kan er een telefonische afspraak gepland worden.

Postbus 4279
2003 EG Haarlem

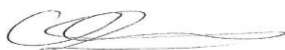
Amerikaweg 2
2035 RA Haarlem

T (023) 518 7222
www.ggzingeest.nl

ons kenmerk
AS/jws

datum
19 februari 2015

Met vriendelijke groet,



A.M. van Schaik
Directeur behandelzaken circuit ouderenpsychiatrie