



Epidemiologisch bulletin

tijdschrift voor volksgezondheid en onderzoek in Den Haag

jaargang 46, 2011, nummer 2/3

Themanummer Openbare Geestelijke Volksgezondheid (OGGZ)

inhoud

Redactioneel

Column Paul Schnabel

volksgezondheid

De herrijzenis van de Openbare Geestelijke Gezondheidszorg

Wat is OGGZ?

epidemiologie

Omvang van een aantal OGGZ-(risico)groepen in de regio Haaglanden

Winterkoudeonderzoek 2010-2011

volksgezondheid

Het gemeentelijk beleid in de Openbare Geestelijke Gezondheidszorg

Dagboek Straatwerk

Plus negen interviews met instellingen voor hulp en opvang in Den Haag

Korte berichten

Colofon

Juni/september 2011, 46ste jaargang nr. 2/3

Redactie

mw. dr. G.A.M. Ariëns, GGD Den Haag
(kernredacteur)
dr. P.K. Chandie Shaw, internist, Medisch Centrum
Haaglanden, Den Haag
mw. dr. I.M. van der Meer, GGD Den Haag
(kernredacteur)
prof. dr. B.J.C. Middelkoop, arts, GGD Den Haag
(hoofdredacteur)
E. Pieters, Parnassia Bavo Groep
B. Potemans, huisarts in Den Haag
mw. W. van Rijssel (redactiesecretaris/eindredacteur)
L.M.J. Staal, GGD Den Haag (kernredacteur)
mw. K. van der Voorn, STIOM Den Haag
Met medewerking van: prof. dr. W.J. Schudel,
prof. dr. A.M. van Hemert, mw. P.P. Bezemer,
mw. E.M. Kors, W. Beaumont

Redactieadres

Dienst Onderwijs Cultuur en Welzijn
GGD, Postbus 12652, 2500 DP Den Haag
Bezoekadres: Thorbeckelaan 360
Secretariaat EMG
tel.: 070 - 3537266, fax : 070 - 353 72 92
e-mail: jessica.roos@denhaag.nl
Meerdere exemplaren kunnen worden besteld bij mw. Roos.

Epidemiologisch Bulletin op internet

[www.denhaag.nl/home/bewoners/top/
Gezondheidsonderzoek.htm](http://www.denhaag.nl/home/bewoners/top/Gezondheidsonderzoek.htm)

Ontwerp en productie

Gemeente Den Haag - Intern Dienstencentrum

Fotografie

De foto's op pag. 2, 11, 12, 17, 26, 38, 46, 54 en 58
zijn van Peter van Oosterhout. De overige foto's
komen uit publiciteitsmateriaal van de betreffende
instellingen en uit privébezit.

Uitgave

Dienst Onderwijs Cultuur en Welzijn, GGD Den Haag
Directeur Volksgezondheid

Via het bulletin wil de redactie de communicatie aanmoedigen
tussen hulpverleners, leidinggevendenden, beleidsmedewerkers en
onderzoekers in de gezondheid in de regio Den Haag.
De redactie is verantwoordelijk voor de inhoud en vormgeving
van het bulletin. Overname van artikelen is in vele gevallen
mogelijk in overleg met de redactie. De richtlijnen voor auteurs
kunnen op het redactiesecretariaat worden opgevraagd.
Bij wijziging van tenaamstelling en/of adres verzoeken we u
het redactiesecretariaat daarvan in kennis te stellen. Voor het
bulletin is gebruik gemaakt van milieuvriendelijk papier.
Het bulletin verschijnt vier maal per jaar.

ISSN 0921-6219

Inhoud

Redactioneel	1
Column Paul Schnabel	
'Onze moeite met moeilijke mensen'. OGGZ en sociale psychiatrie	3
Volksgezondheid	
De herrijzenis van de Openbare Geestelijke Gezondheidszorg <i>W.J. Schudel, B.P.R. Gersons</i>	5
'De wereld van de straat is dichterbij dan je denkt', TOPteam Parnassia	10
'Komen de patiënten niet naar de dokter, dan zorgt de dokter dat hij in de buurt van de patiënten is', Daklozensprekuren Den Haag	12
Wat is OGGZ? <i>A.M. van Hemert, J.R.L.M. Wolf</i>	14
'Als je geen vangnet hebt kan het snel gaan', Project Vermindering Huisuitzettingen	23
'Soms schamen ze zich en hebben mensen een zetje nodig om naar de Voedselbank te gaan of naar de bijstand'. Kessler Stichting	25
Epidemiologie	
Omvang van een aantal OGGZ-(risico)groepen in de regio Haaglanden <i>R. Gilissen</i>	27
Winterkoudeonderzoek 2010-2011 <i>R. Gilissen</i>	37
Volksgezondheid	
'Maar al te vaak horen we: ik ga heus niet tussen al die gekken zitten!', Limor Stichting	39
'Ons streven is heel eenvoudig: ervoor zorgen dat mensen geweldloos met elkaar verder kunnen', Steunpunt Huiselijk Geweld	41
Het gemeentelijk beleid in de Openbare Geestelijke Gezondheidszorg <i>P.P. Bezemer, E.M. Kors</i>	43
'Je moet niet onderschatten wat een verdriet er vaak loskomt', Stichting Wendé	51
Dagboek Straatwerk <i>J. van der Mheen</i>	53
'Wij willen een brug naar werk vormen', Schroeder van der Kolk Stichting	57
'Als dakloze word je voortdurend geconfronteerd met de onmogelijkheid van je situatie', Stichting Straatconsulaat	59
<i>(Alle interviews: W. van Rijssel)</i>	
Verklaring gebruikte afkortingen	61
Korte berichten	62

Redactioneel

OGGZ, terug van weg geweest?

De OGGZ (Openbare Geestelijke Gezondheidszorg) is terug van weg geweest. In een grijs verleden vormde de Sociaal Psychiatrische Dienst een belangrijk onderdeel van de (toen nog) GG&GD van Den Haag. Zoals beschreven in het artikel van Schudel en Gersons in dit nummer, verdween deze taak bij de GGD bij de herverkaveling van de geestelijke gezondheidszorg in de jaren tachtig van de vorige eeuw. Afgezien van de blijvende aandacht voor de zogeheten 'hygiënische probleemsituaties' verdween daarmee ook voor een groot deel de aandacht die de GGD - en daarmee de lokale overheid - had voor wat men wel noemt 'de verkommerden en verloederden'. De sociale psychiatrie was de verantwoordelijkheid geworden van de instellingen voor Geestelijke Gezondheidszorg. De OGGZ was zo goed als weg bij de OGZ (Openbare Gezondheidszorg).

Dit betekende natuurlijk niet dat de mensen om wie het hier gaat, niet langer om aandacht vroegen. En we kunnen dit - bij wijze van voorbeeld - ook aflezen aan de artikelen die in de afgelopen jaren zijn gepubliceerd in dit bulletin. Als we de inhoudsopgaven doorbladeren komen onderwerpen voorbij als heroïneverslaving, alcoholmisbruik, suïcide en pogingen tot zelfdoding, tandartsenzorg voor dak- en thuislozen, de Wet Maatschappelijke Ondersteuning, de geestelijke gezondheid van allochtone meisjes, illegale arbeid, het Advies- en Steunpunt Huiselijk Geweld, schizofrenie bij etnische minderheden, risicovol internetgebruik, forensische psychiatrie, allochtone vertrouwenspersonen bij psychosociale problematiek, psychogeriatric, het politieprogramma van Parnassia etc. Allemaal onderwerpen die zich bevinden in het hart of meer aan de periferie van het domein van de OGGZ. Het antwoord op de vraag of de OGGZ weg was uit de belangstelling van de overheid, hangt dus mede af van de definitie van OGGZ die je hanteert. Het artikel van Van Hemert en Wolf in dit nummer gaat precies hierop in en laat zien dat er eigenlijk nauwelijks een scherpe grens is te trekken tussen 'de gewone maatschappij' (trede nul van hun 'OGGZ-ladder') en de andere treden. Eigenlijk gaat het gewoon om mensen bij wie de balans tussen draaglast en draagkracht in toenemende mate verstoord raakt, met allerlei negatieve gevolgen voor henzelf en hun omgeving.

Door onvoldoende aandacht vanuit de Openbare Gezondheidszorg dreigen sommige groepen te veel aan hun lot te worden overgelaten. Een voorbeeld vormen de mensen met een lichte verstandelijke beperking.

*'De OGGZ is natuurlijk nooit
weg geweest en zal, zo valt te vrezen,
ook nooit verdwijnen'*

Soms beperkt de waarneming van de omgeving zich ertoe dat men hen lastig vindt. Dat overlast veroorzaken samen kan gaan met individuele onmacht wordt niet altijd gezien. Hiermee zij het belang geïllustreerd van een systematische vinger aan de pols en krachtige regie. De organisatie die hier bij uitstek geschikt voor is en van wie het veld deze rol ook verwacht, is de GGD.

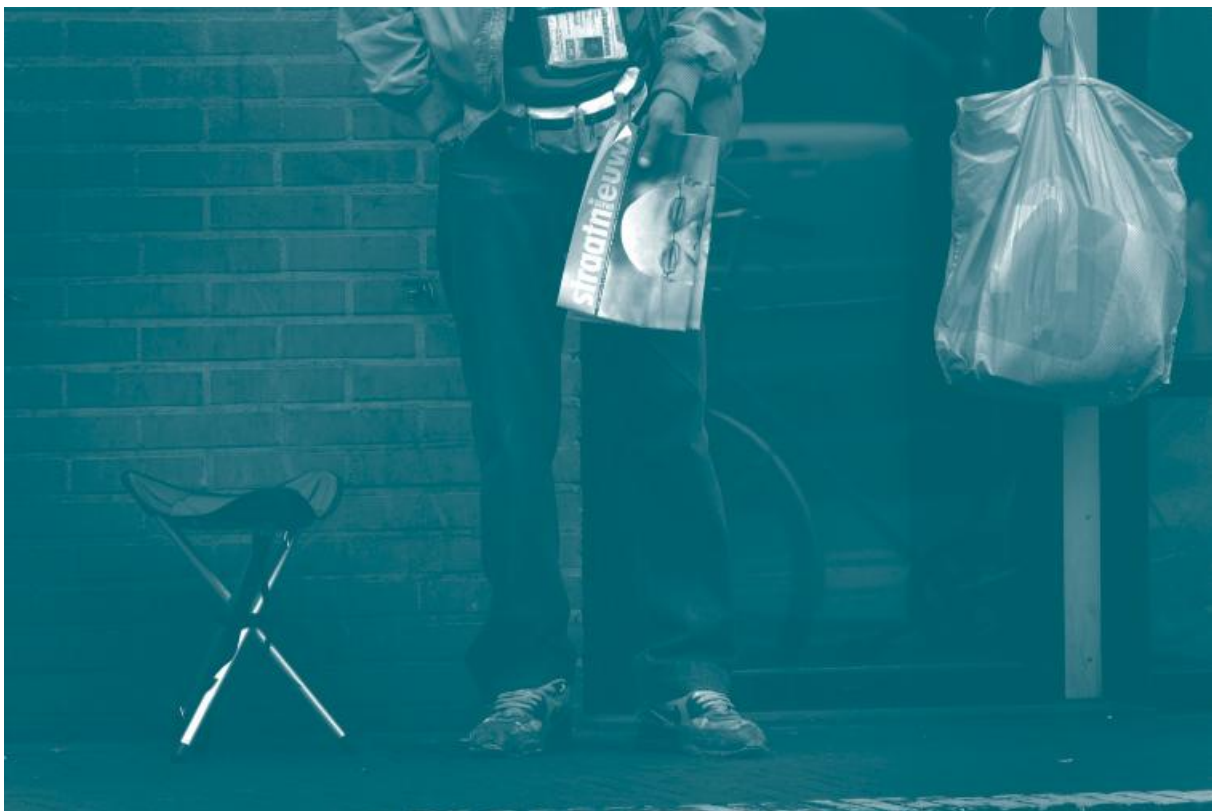
Overigens, het is bepaald niet zo dat de overheid zich niets heeft aangetrokken van het lot van, bijvoorbeeld, de dak- en thuislozen. Met steun van het rijk hebben de vier grote steden in de afgelopen jaren voor velen een stabiele woonsituatie weten te realiseren. Over dit (en ander OGGZ-) beleid gaat het artikel van Kors en Bezemer. Dit artikel illustreert de toenemende aandacht van gemeentewege voor de OGGZ en tegelijk hoe divers de OGGZ eigenlijk is.

Juist die diversiteit maakt de OGGZ zo'n complex domein, dat zich moeilijk laat definiëren. De oplettende lezer zal dan ook in dit themanummer nog onderwerpen missen. Bijvoorbeeld het onderwerp depressiepreventie, wat volgens enkele opeenvolgende preventienota's van de rijksoverheid een speerpunt van de lokale O(G)GZ hoort te zijn.

Mede door genoemde diversiteit laat de OGGZ zich lastig onderzoeken. Elders heeft Van Hemert, die bijzonder hoogleraar 'Epidemiologie van de OGGZ' is in Leiden, dit probleem wel aangeduid als 'het willen meten van het onzichtbare', wat - buiten de fundamentele fysica - principieel onmogelijk is. Toch laat Gilissen in haar artikel over de OGGZ-monitor zien hoe de epidemiologen hier tot op zekere hoogte in slagen. In een ander artikel presenteert Gilissen het onderzoek onder dak- en thuislozen dat afgelopen winter is uitgevoerd als een gezamenlijke onderneming van de GGD'en van de vier grote steden.

Het werkdagboek van een cliëntmanager van het Centraal Coördinatiepunt, die dagelijks de straat op gaat om te kijken wat hij voor en met daklozen kan doen, en een serie interviews met andere betrokkenen bij de OGGZ geven een indruk van de OGGZ in de praktijk. Nadrukkelijk een indruk, geen volledige weergave. De rubriek Korte Berichten ten slotte besteedt onder meer aandacht aan twee symposia. Het eerste vond in juni plaats en vormde de officiële start van USER, de gezamenlijke Academische werkplaats OGGZ van de vier grote steden. Het tweede symposium wordt georganiseerd door de GGD Den Haag en gaat plaatsvinden in oktober, onder de titel '(N)iets nieuws onder de zon'. Het is duidelijk: de GGD heeft de OGGZ weer op de kaart.

Is de OGGZ dus 'terug van weg geweest'? Misschien was gedurende een aantal jaren de aandacht wat minder vanuit de lokale overheid. De groepen binnen de samenleving die tot de doelgroep van de OGGZ behoren, veranderen misschien, evenals de aard van hun problemen. Juist daarom is samenwerking, regie en monitoring zo van belang. Want de OGGZ is natuurlijk nooit weg geweest. En ze zal, vrees ik, ook nooit verdwijnen.



Verkoper van de daklozenkrant Haags Straatnieuws

Column

'Onze moeite met moeilijke mensen'

OGGZ en sociale psychiatrie

Paul Schnabel

De openbare geestelijke gezondheidszorg is een vorm van sociale psychiatrie, maar niet alle sociale psychiatrie is ook OGGZ. Bij de OGGZ is er altijd sprake van een inzet van de overheid op basis van een verantwoordelijkheid die in onze samenleving als typisch voor de overheid gezien wordt. Een gedwongen opname in een psychiatrisch ziekenhuis is, al wordt dat niet altijd zo beleefd, naar zijn aard een OGGZ-interventie. Een burgerlijke en later een juridische autoriteit is nodig om iemand zijn vrijheid te ontnemen. De oorzaak mag een psychische zijn, de reden is dat niet. Het gaat om het wegnemen van het gevaar dat iemand voor zichzelf en voor anderen kan vormen.

De OGGZ strekt zich ook uit over de rafelranden van de samenleving. De zwervers, de daklozen, de verslaafden, de behandeling weigerende schizofrenen, de zwakbegaafden met een psychische stoornis, de psychisch in de war geraakte reizigers, de prostituees, de in fysiek conflict met elkaar komende leden van een gezin, zij kunnen allemaal tot de cliëntèle van de OGGZ gerekend worden, zodra in de publieke ruimte hun problemen zichtbaar worden of wanneer blijkt dat er van geen andere zijde dan de overheid hulp te verwachten is.

Ik ga niet zover dat ik ook iedere publieke activiteit ter bevordering van de geestelijke volksgezondheid tot de OGGZ reken. Het is gebruikelijk dat wel te doen, maar ik heb dan toch het gevoel dat tekort wordt gedaan aan de urgentie van de typische OGGZ-interventie. Er moet iets gebeuren en in een aantal gevallen mag en kan zelfs alleen de overheid doen wat nodig is. Dat betekent dat er ook ingegrepen kan worden zonder de toestemming en zelfs tegen de wil van de patiënt.

Sociale psychiatrie verwijst als begrip naar een visie op de situatie van de psychiatrische patiënt en naar een behandelingsfilosofie. De toevoeging 'sociaal' staat in eerste instantie voor het besef dat de psychiatrische patiënt - vaak zelfs letterlijk! - 'gezien' moet worden in de context van zijn sociale en ook fysieke omgeving.

Hoe ziet zijn netwerk er uit, hoe zijn de onderlinge relaties, in welke omstandigheden leeft de patiënt, hoe komt hij of zij de dag door? Sociaal staat ook tegenover 'klinisch'. De patiënt wordt niet als een individueel geval met een specifieke aandoening opgenomen, maar zoveel mogelijk in zijn eigen omgeving behandeld, met gebruikmaking van de mogelijkheden van de omgeving en met als doel de patiënt zo goed mogelijk in zijn normale habitat te laten functioneren. Dat lukt lang niet altijd. Ook als er geen opname nodig is, kan de omgeving van de

'Nog altijd - minister Schippers legde er onlangs zelfs getuigenis van af - worden psychische problemen gezien als moeilijkheden in het gevoelsleven, die bij voorkeur in huiselijke kring worden opgelost'

patiënt toch snel heel anders worden. Geen werk en geen gezin of relatie meer, geen maatschappelijke verantwoordelijkheden en geen aanzien meer. Wat overblijft is vaak het beperkte bestaan van een met moeite een beetje voor zichzelf zorgende patiënt met een permanente behoefte aan steun en begeleiding.

Nog altijd – minister Schippers legde er onlangs zelf getuigenis van af – worden psychische problemen gezien als moeilijkheden in het gevoelsleven, die bij

Over de auteur:

Prof. dr. P. Schnabel is directeur van het Sociaal Cultureel Planbureau en hoogleraar Universiteit Utrecht.

column

voorkeur in huiselijke kring worden opgelost. Het punt is niet alleen dat veel moeilijkheden echt niet op die manier opgelost kunnen worden, maar dat het in veel gevallen niet om gevoel, maar om gedrag gaat. Teveel gedrag of te weinig gedrag, maar altijd gedrag dat de betrokkene zelf verhindert goed te functioneren en anderen bij voortduring onaanvaardbaar en oncorrigeerbaar hindert of overlast bezorgt. Soms zal het mogelijk zijn het gedrag zelf met medicatie in de greep te krijgen, maar vaak zal ook dan nog de problematiek van de patiënt niet opgelost zijn. Kan hij of zij zelfstandig leven en goed voor zichzelf zorgen? Is er huisvesting, inkomen, werk? Zijn er familieleden of vrienden die een ondersteunend netwerk vormen? Hoe groot is de kans dat het weer misgaat?

Sociale psychiatrie wordt, als het goed is, bepaald door deze vragen en is tegelijkertijd getekend door de wetenschap dat op veel van de vragen niet definitief een positief antwoord mogelijk is. Psychische problemen zijn weerbarstig, mede omdat ze voor de patiënt zelf vaak ook een oplossing zijn voor wat hij ziet als de echte problemen. Er zijn ook gewoontes en routines ingeslepen, die niet gemakkelijk te doorbreken zijn. Als de positieve symptomen - de psychose, de angst - verdwenen zijn, blijkt vaak pas hoe sterk de werking is van de negatieve symptomen: gebrek aan vitaliteit, vermoeidheid, gebrek aan zelfvertrouwen. De sociale psychiatrie begint vaak met de poging een crisis op te lossen, maar niet zelden is het acute probleem niet meer dan de voorbode van een chronische carrière. Niemand wil dat, maar het gebeurt steeds weer. 'Onze moeite met moeilijke

mensen', zo omschreef de sociaal-psychiater Rob Giel meer dan dertig jaar geleden de opdracht die de sociale psychiatrie voor de samenleving moest waarnemen.

De psychiatrie zoals we die nu kennen, is al vele eeuwen geleden begonnen met wat we nu OGGZ zijn gaan noemen. De sociale psychiatrie is veel jonger, pas een eeuw oud. Beide hebben in de loop van hun ontwikkeling laten zien dat de manier waarop de problemen en de patiënten tegemoet getreden worden, wel met de tijd mee veranderen, maar dat de problemen en de patiënten toch grotendeels hetzelfde blijven. Wel zou je kunnen zeggen dat de kans op bemoeienis van de zijde van overheid en hulpverlening is toegenomen, omdat ook de risico's op een ongeluk op het gewone levenspad zijn toegenomen. Wij verwachten in onze samenleving dat in ieder geval iedere volwassene zelfstandig in zijn onderhoud en verzorging kan voorzien. Dat is een erg hoge verwachting en niet iedereen kan daar goed of even goed aan voldoen. Meer dan in het verleden zijn er door de toegenomen mogelijkheden van mobiliteit en door de gemakkelijke bereikbaarheid van alcohol en drugs ook riskante en verleidelijke situaties ontstaan. Wie dan alleen is komen te staan, loopt een grotere kans op een hellend vlak geen houvast meer te vinden. Vroeger, in de jaren twintig en dertig, raakten mensen vaak met hun gezin in de moeilijkheden omdat ze geen uitweg meer uit de misère meer zagen, nu zijn het vaak mensen alleen die op een weg zijn geraakt die hen alleen maar dieper de misère in leidt.

De herrijzenis van de Openbare Geestelijke Gezondheidszorg

W.J. Schudel en B.P.R. Gersons

Praktijk van de sociale psychiatrie

“De heer en mevrouw A, nu beiden aan het eind van de dertig, zijn ongeveer 6 jaar getrouwd en hebben samen geen kinderen. De heer A is al ruim 10 jaar bekend bij de sociaal-psychiatrische dienst. Afkomstig uit een zwak sociaal milieu en al als kind lijdende aan epilepsie, is zijn levensloop niet bepaald rooskleurig geweest. Over zijn jeugd jaren verkeren wij in het ongewisse, maar zeker is dat hij het lager onderwijs niet heeft voltooid. Al jong komt hij als matroos terecht op een vissersboot, maar als hij even in de twintig is overlijden zijn ouders kort na elkaar en begint hij een lange carrière van vallen, opstaan en weer vallen. Hij gaat zwerven, begint fors te drinken en verwaarloost zijn anti-epileptische medicatie. Al spoedig is werkbemiddeling geen haalbare zaak meer en is contact met hem alleen mogelijk als hij iets nodig heeft, zoals een uitkering of een andere kamer. Regelmatig wordt hij opgepakt wegens openbare dronkenschap en ook een paar keer wegens diefstal. Zijn rijbewijs wordt afgenomen, maar anders dan ter ontzuivering belandt hij niet in de cel. Diagnostisch wordt hij inmiddels omschreven als een zwakbegaafde, gepsychopatische man met epilepsie. Dan ontmoet hij op een goede dag mejuffrouw B, zijn huidige echtgenote, en besluit al spoedig met haar te trouwen.

Mejuffrouw B bezit op het moment dat zij in het leven van de heer A en in ons verhaal haar intrede doet, al een aanzienlijke sociaal-psychiatrische anamnese. Zij leidt dan al vele jaren een ongeregeld bestaan, zwerfend door Zuid-Holland, waarbij ze zo nu en dan in psychiatrische ziekenhuizen belandt. Over haar voorgeschiedenis is ook nu nog weinig zekerheid te geven, aangezien zij zelf nimmer een verifieerbare anamnese heeft kunnen verstrekken. Reeds op jonge leeftijd werd zij toevertrouwd aan een voogdijvereniging en zij bracht een groot deel van haar jeugd door in kindertehuizen. Nadat zij vervolgens weer bij moeder en de zoveelste stiefvader was ingetrokken, werd zij zwanger tijdens een vluchtige relatie met een buitenlander. Het kind werd snel en definitief door de kinderbescherming aan haar zorg onttrokken. Omstreeks die tijd werd zij voor het eerst opgenomen in een psychiatrisch ziekenhuis onder de diagnose manische opwindingsstoestand bij een zwakbegaafde vrouw. Er zouden nog vele opnamen volgen, meestal onder soortgelijke diagnoses, zowel voor als tijdens haar huwelijk met de heer A. Dit huwelijksleven nu heeft weinig voorspoed gekend. Van stond af aan was de echtgenoot vastbesloten te verhinderen dat zijn vrouw ooit nog weer zou worden opgenomen en indien dat onverhoopt toch gebeurde, spande hij zich ervoor in haar goedschiks of kwaadschiks uit het ziekenhuis weg te halen. Maar nauwelijks thuis aangekomen, ontstonden er heftige ruzies en vechtpartijen, meestal onder invloed van alcoholica, en sloeg hij haar meer dan eens letterlijk het huis uit. Een en ander resulteerde in een carrousel van burenruzies, politie-interventies, min of meer gedwongen verhuizingen en psychotische desintegraties van de echtgenote, die meestal weer een onvrijwillige opname tot gevolg hadden. En dit alles tot op de dag van vandaag. De sociaal-psychiatrische dienst, de politie in de wijk en de huisarts proberen hun handelingen zoveel mogelijk te coördineren om te trachten het wankel evenwicht te herstellen en zo lang mogelijk te behouden. Alleen al in de afgelopen 12 maanden is meer dan 30 keer actief opgetreden door functionarissen van de sociaal-psychiatrische dienst.”

Deze praktijk schets uit Den Haag vormde dertig jaar geleden de inleiding van de oratie in Leiden van de aldaar aantredende hoogleraar Schudel in de sociale psychiatrie (1).

Het begrip ‘sociale psychiatrie’ is waarschijnlijk in de

jaren na de eerste wereldoorlog in Duitsland ontstaan en omvatte toen al zowel theoretische (wetenschappelijke) als praktische aspecten.

De belangstelling van overheidswege voor haar geestelijk gestoorde burgers wordt pas in het begin

Over de auteurs:

Prof. dr. W.J. Schudel is emeritus hoogleraar psychiatrie Erasmus Universiteit Rotterdam, van 1976 tot en met 2009 verbonden aan de GGD Den Haag, onder meer als redacteur van het Epidemiologisch Bulletin; prof. dr. B.P.R. Gersons is emeritus hoogleraar psychiatrie AMC Universiteit van Amsterdam en senior wetenschappelijk adviseur Arq Psychotrauma Expert Groep. E-mail: wjshudel@hotmail.com.

van de negentiende eeuw merkbaar, toen de Franse psychiater Pinel in vervolg op de Franse revolutie ook de psychiatrische patiënten uit hun ketenen bevrijdde en Esquirol de eerste 'ziekenhuizen' voor psychiatrische patiënten oprichtte. In Engeland spoedig daarna gevolgd door Tuke en Conolly. Vóór die tijd lag immers de nadruk vooral op opsluiting en bescherming van de gemeenschap tegen de 'gevaarlijke gekken'. Direct na de Franse tijd leidde deze 'moral treatment' beweging in Nederland al in 1814 tot een voorloper van de (eerste) Krankzinnigenwet. In die wet (van 1841) werd naast de instelling van het staatstoezicht, de onvrijwillige opname en verpleging van geestelijk gestoorde burgers geregeld en de uitvoeringsverantwoordelijkheid inclusief de financiering opgedragen aan de provincies. Bij de herziening van de KZ-wet¹ in 1884 werd ook de betaling uit de algemene middelen gegarandeerd mede waardoor talrijke nieuwe inrichtingen, vooral ook door particuliere initiatieven op confessionele grondslag, konden worden gesticht. Een gevolg was wel dat het patiëntenbestand in de inrichtingen in een tamelijk snel tempo bleef groeien van zo'n 2000 rond 1860 tot ruim 20.000 in 1930 (2-3). Deze toename, waarbij de inrichtingen letterlijk uitpuilden, leidde uiteindelijk tot het idee, dat patiënten wellicht niet hun hele leven in een inrichting hoefden te verblijven en dat sommigen ook daarbuiten behandeld en begeleid zouden kunnen worden. Dit kan gezien worden als de start van de sociale psychiatrie. In Nederland lag lange tijd de nadruk hierbij op de praktijk, die voortkwam uit de 'nazorg' vanuit de inrichtingspsychiatrie, en later de voor- en nazorg

'Rond 1860 puilden de inrichtingen letterlijk uit. Het leidde tot het idee, dat patiënten wellicht niet hun hele leven in een inrichting hoefden te verblijven, sommigen konden ook daarbuiten worden behandeld en begeleid. Dit kan gezien worden als de start van de sociale psychiatrie'

activiteiten zowel door de inrichtingen als door diverse, meestal gemeentelijke, overheidsdiensten. Deze toename van patiënten en de daarmee gepaard gaande kosten vormden dus begin vorige eeuw aanleiding voor nieuwe initiatieven. Het primaat berust bij Amsterdam, waar in 1916 de zenuwarts Meyers werd aangesteld bij de gemeentelijke

gezondheidsdienst. Meyers, zonder twijfel een man met visie en daadkracht, opende al snel een consultatiebureau voor zenuw- en zielsziekten, gericht op steun en begeleiding van (ex)patiënten. Zijn 'sociaal-psychiatrische' benadering ontwikkelde zich op den duur tot een heel netwerk van voorzieningen, inhoudende voor- en nazorg, sociale arbeids- en huisvestingsbemiddeling en een crisisdienst avant la lettre. Daarmee ontstond eigenlijk de eerste sociaal-psychiatrische dienst, al duurde het nog zeker 25 jaar (tot na 1950) alvorens die benaming daadwerkelijk werd gebruikt (4).

Intussen zat men binnen de traditionele inrichting (toen nog niet psychiatrisch ziekenhuis genoemd) niet overal stil. Als eerste startte dr. Kat, de geneesheer-directeur van de landelijke Joodse psychiatrische inrichting in Apeldoorn, in 1920 een buitendienst in Amsterdam (waar veruit zijn meeste patiënten vandaan kwamen) die naast spreekuren ook huisbezoeken kende. Niet veel later ontwikkelde de psychiater Pameyer in Rotterdam een soortgelijke dienst vanuit Maasoord (het tegenwoordige Delta PZ). Pameyer had het grote voordeel dat zijn patiënten vrijwel allemaal uit Rotterdam afkomstig waren, hetgeen de doelmatigheid van zijn dienst aanzienlijk bevorderde. Mede hierdoor slaagde men er in Rotterdam in, door consequente voor- en nazorg, om steeds meer (potentiële) patiënten buiten de inrichting te houden.

In navolging van Amsterdam, waar Querido (5) het roer met vaste hand had overgenomen, en Rotterdam ontwikkelden andere grote steden, waaronder Den Haag, in de loop van de jaren dertig soortgelijke diensten binnen hun GGD met tenminste voor- en nazorg, acute psychiatrie, alsmede opnamebeoordeling en -bemiddeling, als spilfunctie tussen de inrichting en de vrije maatschappij.

In Den Haag groeide onder de leiding van Speyer en later Van Londen de afdeling Geestelijke Volksgezondheid van de GGD tot een geïntegreerd netwerk, waarvan ook opnamebeoordeling voor allerhande voorzieningen, eigen patiëntenzorg, en financiële controle, advisering en planning in algemene zin onderdeel uitmaakten. De eigen psychiaters bemanden de 7 x 24 uren dienst, participeerden in verschillende taken als controlerend geneesheer van de opgenomen patiënten, en hielden spreekuren ter advisering over arbeidsgeschiktheid en huisvestingsurgentie ten behoeve van andere gemeentelijke diensten. Naast de onderafdeling

¹ Een lijst met verklaring van alle afkortingen in dit bulletin staat op pagina 61

volwassenen, die het ‘gewone’ sociaal-psychiatrische werk verrichtte, waren er onderafdelingen voor kinderen en jeugdigen (o.a. belast met keuringen en selectie ten behoeve van het buitengewoon/bijzonder onderwijs), voor ouderen (belast met keuringen voor en toezicht op psychiatrische verzorgings- en verpleeghuizen) en een voor de sociaal-maatschappelijke begeleiding van verstandelijk beperkten. Het hoofd van de afdeling fungeerde tevens als opleider voor arts-assistenten psychiatrie, als inspecteur voor de Haagse bejaardenoorden, was bestuursadviseur van diverse zorgverlenende organisaties (zoals de vereniging Dr. Schroeder van der Kolk, in die jaren de belangrijkste particuliere partner van de lokale overheid) en trad op als adviseur van de wethouder en de provinciale raad voor de volksgezondheid.

Intussen bedienden diverse particuliere (dat wil zeggen niet-overheids)instellingen, waaronder de op confessionele grondslag opererende sociaal-psychiatrische diensten, eveneens een deel van de Haagse bevolking. De regie berustte intussen de facto bij de gemeentelijke dienst, hetgeen niet zelden tot onenigheid leidde.

In Amsterdam en Rotterdam (en in mindere mate in Utrecht, Leiden en Haarlem) waren soortgelijke grote afdelingen ontstaan, die naast een aanzienlijk zorgpakket ook uitgebreid adviseerden over alles wat maar enigszins met de geestelijke volksgezondheid te maken had. In elk van de drie grote steden werd ook epidemiologisch onderzoek verricht, in Rotterdam op uitgebreidere schaal dan elders.

Oppositie tegen de gemeentelijke sociaal-psychiatrische diensten

Deze praktijk van sociaal-psychiatrische diensten (SPD's) kwam vanuit diverse kanten onder druk te staan. Van der Grinten heeft dit in zijn proefschrift (4) zeer precies beschreven. In het verzuilde Nederland van de eerste helft van de twintigste eeuw waren de psychiatrische inrichtingen voor een groot deel in handen van stichtingen die verbonden waren met een kerkelijke groepering. Behalve dat men van mening was dat vanuit een bepaald geloof hulp verleend moest worden, vormden deze inrichtingen ook een groot vermogen aan gebouwen en grond, en boden zij veel werkgelegenheid. Niet-kerkelijke instellingen waren in de minderheid. Het was voor de op religieuze basis georganiseerde inrichtingen in verhouding tot de niet-religieus georiënteerde gemeentelijke SPD's van de GGD'en veel moeilijker

om goede nazorg of zelfs voorzorg op te zetten. De SPD's konden zich richten op een stad terwijl de nazorg vanuit de verzuilde inrichtingen vaak over het land verspreid moest plaats vinden. Bovendien bestond er een grote spanning tussen de particuliere religieuze organisaties en de seculiere publieke organisaties. In Utrecht werd bijvoorbeeld door de bisschop bevorderd, dat er een katholieke PAAZ in Overvecht gevestigd werd. In Amsterdam besloten de kerken de aanval op de GG&GD te openen door zowel een Katholieke Stichting voor Ambulante GGZ te vestigen in de hoofdstad als een dito Protestantse, te weten het Derksen Centrum. De situatie in Amsterdam was wat dat betreft overigens veel heftiger dan in den Haag of Rotterdam.

‘Deze op gezinnen en op persoonlijke ontplooiing gerichte benaderingen vormden een heel ander metier dan dat van de sociaalpsychiater en sociaal-psychiatrisch verpleegkundige’

Een andere tegenkracht in dit proces, zoals Van der Grinten dit beschreven heeft, was de zogenoemde ‘emancipatie van het katholieke volksdeel’. De van oorsprong katholieke sociaalpsychiater Kees Trimbos was alom bekend vanwege zijn radiopraatjes over seksualiteit. Hij was een voorvechter van meer persoonlijke vrijheid en verantwoordelijkheid in het huwelijk. Dergelijke veranderingen werden met name mogelijk gemaakt door adviezen vanuit bureaus voor levens- en gezinsproblemen. Maar ook de steeds populairder psychotherapie vanuit de net voor de oorlog opgerichte Instituten voor Medische (later Multidisciplinaire) Psychotherapie (IMP 's) gaven een enorme impuls aan het streven naar emancipatie en meer zelfverwerkelijking in brede lagen van de bevolking. Deze op gezinnen en op persoonlijke ontplooiing gerichte benaderingen, die vaak uitgingen van psychodynamische, gedrags- en systeemkennis, vormden een heel ander metier dan dat van de sociaalpsychiater en sociaal-psychiatrisch verpleegkundige. Er ontstond een aanzienlijke spanning tussen de op psychotherapie gerichte GGZ en de traditionele werkwijze van de SPD met huisbezoeken en resocialisatie.

We komen nu aan een derde kracht toe op macro-niveau, die het stelsel van SPD's zoals dat in de grote steden vooral bestond, onderuithaalde. Na de oorlog waren er in de VS en in Engeland stemmen opgegaan om de psychiatrische ziekenhuizen van binnenuit te

hervormen in therapeutische gemeenschappen (Maxwell Jones, 1973) (6), of te pogen meer patiënten in de gemeenschap te laten wonen in beschermende huisvesting en met intensieve begeleiding. In de VS en in het Verenigd Koninkrijk leidde dit streven, dat ook ondersteund werd vanuit een beweging die de 'antipsychiatrie' genoemd werd, niet alleen tot een vermindering van inrichtingen en aantallen bedden, maar in feite tevens tot een afbraak en verwaarlozing van de 24-uurs zorg en vervolgens tot een stuwmeer van chronische patiënten in de samenleving. Dit 'de-institutionaliseringbeleid' heeft in Nederland maar beperkt navolging gehad, in die zin dat er maar nauwelijks sprake is geweest van daadwerkelijke krimp van de aantallen bedden in psychiatrische ziekenhuizen (7). Wel werden vele longstay-afdelingen geforceerd afgebouwd, maar de vrijkomende bedden werden al gauw ingezet voor nieuwe doelgroepen, zoals depressieafdelingen en units voor eetstoornissen of ouderen met psychiatrische problemen. De voorheen chronische patiënten werden deels opgevangen in zogenaamde sociale pensions als voorloper van de beschermende woonvormen zoals de thans nog bestaande RIBW (Regionale Instelling voor Beschermd Wonen). Maar niet zelden schoot de zorg voor deze categorie (ex-)patiënten uiteindelijk tekort en velen belandden op straat en kwamen vroeger of later in aanraking met het strafrecht. Met name de directeur-generaal voor de Volksgezondheid (en vroegere sociaalpsychiater) Van Londen heeft geprobeerd een middenweg te kiezen door de afname

'Een onbedoeld, nadelig effect van de vorming van de RIAGG's was dat de GGD'en hun invloed en zeggingskracht over de GGZ verloren'

van bedden in Nederland tegen te houden, maar wel een instrument te vormen om de inrichtingen te hervormen.

Het middel daartoe vormde het initiatief van de rijksoverheid om in navolging van de Community Mental Health Centers in de VS te komen tot een bundeling van ambulante GGZ-instellingen in de vorm van Regionale Instituten voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg (RIAGG). Daarnaast werden zoals aangegeven RIBW's opgericht om alternatieven te ontwikkelen waar patiënten buiten inrichtingen zouden kunnen gaan wonen. De bundeling tot RIAGG's impliceerde dat de SPD's van gemeentes en van de kerkelijke instellingen samengevoegd werden met de IMP's, de bureaus voor Levens en Gezinsproblemen en de Medisch

Opvoedkundige Bureaus (MOB) en zo meer. Ook de ambulante acute psychiatrie werd hierbij ondergebracht (8). De facto betekende dit dat de gemeentes via hun GGD'en hun invloed en zeggingskracht over de GGZ verloren. Dit was een onbedoeld maar wel nadelig bijeffect. Het beleid ter zake van de Rijksoverheid (de AWBZ inbegrepen) heeft er wel toe geleid, dat het budget voor de intra- en extramurale GGZ in Nederland beduidend hoger is geworden en gebleven dan in alle andere Europese landen. De psychiatrische inrichtingen (inmiddels ziekenhuizen) zijn zich in hoge mate gaan hervormen en hebben grootschalig nieuwbouw kunnen uitvoeren.

Het verdere beloop

Terugkijkend kan men er niet omheen te constateren, dat de RIAGG's al spoedig organisaties werden waarbinnen veel strijd gevoerd werd. Was het IMP nu belangrijker dan de SPD? Waren psychiater en psycholoog nu even competent? Was groepstherapie nu beter dan medicatie? Waren groepen voor vrouwen om assertiever te worden nu noodzakelijke onderdelen van een preventiebeleid? Dit zijn slechts enkele grepen uit een veelheid van interne conflicten die toegedekt werden met de stelling 'dat multidisciplinair werken goed is'. In feite waren de RIAGG's te veel met zichzelf bezig en te weinig met het belang van patiënten en cliënten. Zo was men zeker in de eerste jaren onvoldoende bereid om erop uit te trekken en de minder gemotiveerde patiënten thuis op te zoeken, wat de SPD voordien altijd wel had gedaan (9-10). Samen met een afname van woonvoorzieningen vanwege de grootschalige renovatie in de grote steden, waardoor goedkope kamers verdwenen, en het zeer toegenomen drugsgebruik, is het niet te verwonderen dat nogal wat chronische patiënten maatschappelijk afzakten en een deel van hen uiteindelijk met justitie in aanraking kwam. Geleidelijk aan in de jaren negentig zien we dan dat de psychiatrische instellingen fuseren met RIAGG's en er veel meer een doelgroepenbeleid tot stand komt. Daarin ontwikkelde zich beter dan voorheen de zorg voor chronische patiënten via wat nu vaak ACT-teams (staat voor: Assertive Community Treatment, synoniem met het Nederlandse begrip 'bemoeizorg') genoemd worden. Daarmee is een belangrijk deel van wat vroeger de SPD's verrichtten, inclusief de ambulante acute psychiatrie onderdeel geworden van de grote GGZ-instellingen. Deze private non-profit instellingen bewegen zich in de semipublieke ruimte, zoals scholen en ziekenhuizen. Als zodanig proberen ze de verantwoordelijkheid voor publieke taken zoals



De SPD Den Haag was gevestigd in het gebouw waar tot 1989 de GG en GD was gevestigd, aan de Waldeck Pyrmontkade

de acute psychiatrie en de zorg voor chronische patiënten, wel op zich te nemen. De gemeentes en in het bijzonder de GGD'en zijn inmiddels wel weer tot de heroprichting van kleine GGZ-eenheden overgegaan die zogenoemde OGGZ-taken hebben gekregen. Dat zijn derhalve uitvoerende taken (naast de reeds langer bestaande als de epidemiologie) die het publieke belang dienen, zoals de zorg voor daklozen, verslaafden, hygiënische probleemgevallen, opvang bij rampen, etc.

Tot besluit

Terugkijkend verandert de problematiek, zoals in Schudels oratie uit 1981 beschreven, niet in essentie maar zijn de zorgarrangementen van waaruit zulke mensen geholpen moeten worden, steeds gewijzigd (11). Het verlies van vaak goedwerkende SPD's van gemeentes heeft uiteindelijk wel mogelijk gemaakt dat ambulant en intramuraal meer eenheid en continuïteit van zorg zijn gaan bieden. En dat de marges van de grote stad inmiddels toch weer worden opgezocht en gevonden, nu door in toenemende mate sterke OGGZ-afdelingen of OGGZ-teams. Toch zal er nog wel geruime tijd overheen gaan voor de 'bemoeizorg' alle uithoeken van de stedelijke samenleving adequaat bedient.

Referenties:

1. Schudel WJ. Psychiatrie en On-wel-zijn. Universitaire Pers Leiden, 1981.
2. Vijselaar J. Het Gesticht. Boom, Amsterdam, 2010.
3. Lucieer J. Inzicht in het Staatstoezicht. Dissertatie, Tilburg, 2006.
4. Van der Grinten TED. De vorming van de AGGZ. Ambo, Baarn, 1987.
5. Gersons BPR. Querido's bijdrage aan de psychiatrie, MGV 36:9, 780-793, 1981.
6. Jones M. Beyond the therapeutic community, social learning and social psychiatry. New Haven and London, Yale University Press, 1973.
7. Gersons BPR. Van der Grinten TED en Schnabel P. Geestelijke Gezondheidszorg in de Verenigde Staten, NcGv-reeks 26, Utrecht, 1980.
8. Gersons BPR. De 7 x 24 - uurs hulpverlening, MGV 37:6, 664-666, 1982.
9. Schudel WJ. Hoe ambulant is de AGGZ? MGV Utrecht, 1979.
10. Gersons BPR. Hodiamont PPG. Donker MCH. Rijnders CA Th. Hull HR. van den Bogerd I. Acute psychiatrie in de RIAGG's in Nederland; een populatieonderzoek, T. v Psychiatrie 35:8, 528-539, 1993.
11. Gersons BPR. Het sociale raamwerk van de psychiatrie; een bewogen terugblik, MGV 62,11:964-977.

TOPteam van Parnassia:

**“De wereld van de straat is dichterbij dan je denkt.
Vaak is er ook gewoon sprake van pech”**

Erwin Beune (zorgcoördinator) en Sander Huijding (manager bedrijfsvoering) werken beiden bij het ‘TOPteam’ van Parnassia. De naam wekt enigszins de associatie met een Gideonsbende die door roeien en ruiten gaat om z’n doel te bereiken en een beetje gaat die vergelijking wel op. De werkwijze van het TOPteam kun je gerust onorthodox noemen. De hulpverleners zoeken de cliënt op en proberen die op allerlei manieren zover te krijgen dat hij geholpen kan worden. Aanvankelijk wil de cliënt dat meestal niet, het gros van de mensen is zorgmijder: “Zit de cliënt onder een brug, dan zoeken we hem daar op. Wil hij hier bij ons komen, dan komt hij hierheen. Wij hebben een lange adem en veel geduld.”

Om wat voor mensen gaat het en weten die jullie te vinden?

“Wij richten ons op volwassenen met ernstige psychiatrische problemen, vaak gecombineerd met verslaving -aan alcohol, blowen, cocaïne-, die dakloos zijn of dakloos dreigen te worden. Ze zijn tussen de 16 en 80 jaar, gemiddeld tussen de 40 en 45. 70% is man, 30% vrouw, in totaal hebben we steeds zo’n 500 mensen in behandeling. Er zitten ook goed opgeleide mensen tussen die om wat voor reden dan ook op straat zijn komen te staan. Mensen die gedwongen zijn hun huis te verkopen, vanwege schulden niet kunnen huren en van wie het vangnet van familie en vrienden op een gegeven moment is uitgeput. Dan kan het snel gaan, de wereld van de straat is dichterbij dan je denkt. Maar het merendeel van onze cliënten zit in de marge van de samenleving. We zien ook steeds meer oudere mensen (50+), gewoontedrinkers, die daar problemen mee krijgen en dreigen weg te zakken.

Kenmerk van de cliënten is dat ze ons niet willen vinden, ze hebben over het algemeen geen inzicht in hun eigen ziektebeeld en functioneren. Hun omgeving stelt de hulpvraag, zelf doen ze dat niet. De mensen worden bij ons aangemeld door bureaus, politie, huisartsen, SEH-afdelingen van ziekenhuizen en natuurlijk door de ketenpartners: van Den Haag OpMaat, de Kessler Stichting, Leger des Heils, Limor, GGD en onze zusterorganisaties van de Parnassia Bavo Groep, zoals Brijder Verslavingszorg. Mensen die ooit door ons zijn geholpen en een terugval hebben, komen vaak uit zichzelf weer naar ons toe.”

Het TOPteam bestaat sinds 2004, het werkt met vier teams: een Toeleidingsteam (TCA), dat mensen

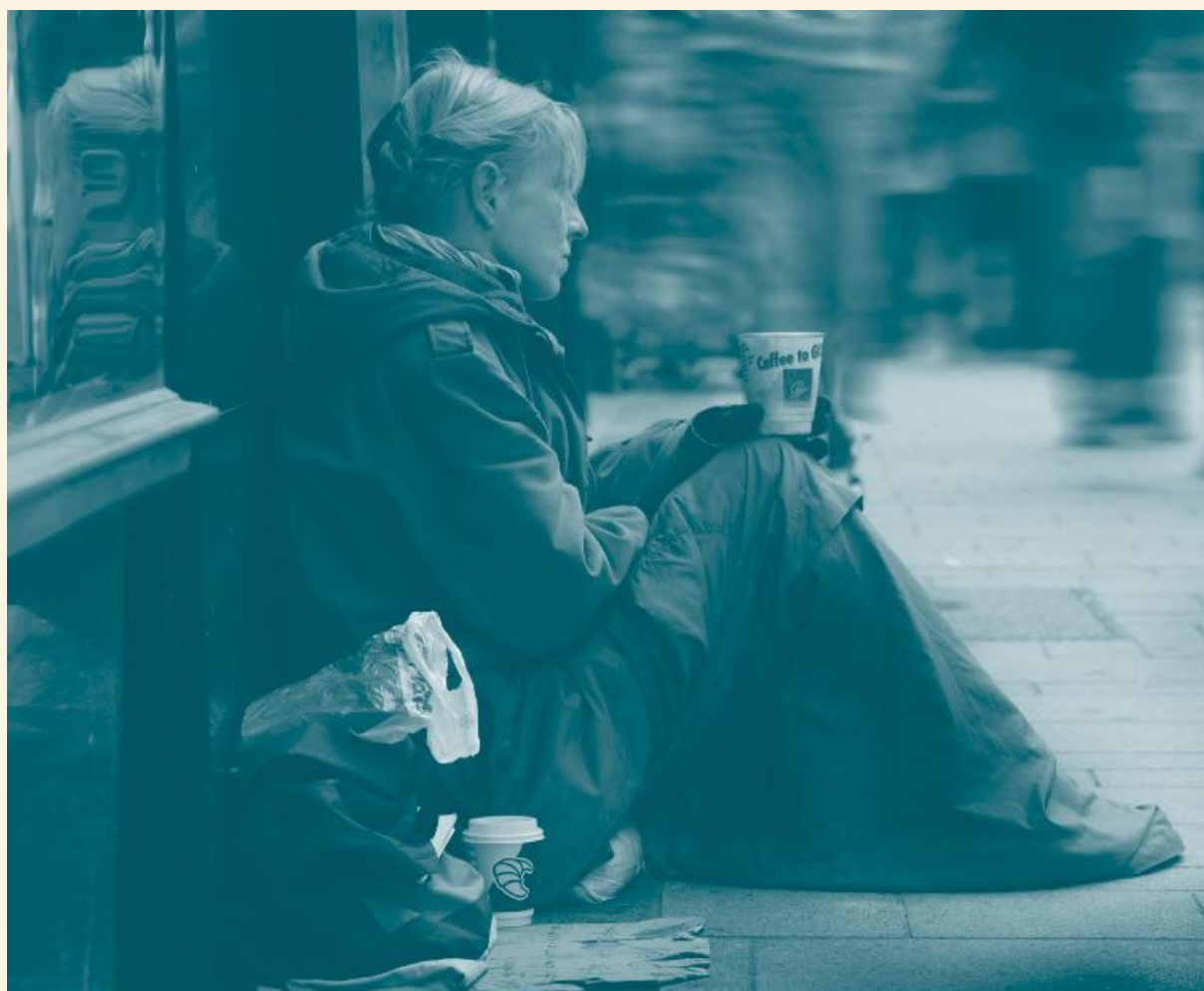
begeleidt naar passende zorg, en drie Op bezoeksteams (ACT en FACT, voor jeugd en volwassenen). Deze teams zoeken de mensen ‘thuis’ op, zorgen dat ze binnen komen en dat er een groep hulpverleners met elkaar aan de slag kan om de nodige zorg te verlenen.

Wat bieden jullie de mensen, die zelf immers niet zitten te wachten op hulp?

“Wij bieden bemoeizorg, we nemen in eerste instantie de verantwoordelijkheid van de cliënt over. Maar voor het zover is doen we al het mogelijke om het vertrouwen van de klant te winnen. We zoeken hem op, waar dan ook, en we gaan uit van wat de klant wil, hoezeer hij ook in de war is. Wil hij een uitkering, dan regelen we een uitkering, pas daarna gaan we met hem aan de slag om hem te motiveren tot wat er echt nodig is. De reguliere hulpverlening richt zich direct op wat er mis is, wij nemen een veel langere aanloop en we zijn flexibeler. Onze agenda zit niet al voor de komende drie weken vol, wij gaan per dag te werk. Als een soort intensive care in een ambulante setting.”

En wat streef je specifiek na?

“Dat verschilt per team. Het toeleidingsteam probeert een goed functionerend zorgnet te bouwen rondom de cliënt, ACT en FACT doen alles om te mensen in zorg te krijgen en te houden, te stabiliseren en uiteindelijk te resocialiseren. Sommige mensen begeleiden we een paar weken, anderen soms jarenlang. We kijken wel steeds of deze intensieve vorm van begeleiding nog nodig is. Van de mensen die uitstromen blijft het gros ook echt weg. Dat is wat wij willen, stabiele patiënten met een zelfstandig netwerk waarop ze kunnen terugvallen. Géén draaideurpatiënten.”



Als deze jongeren nu niet worden geholpen worden zij de zorgmijders van de toekomst

Door welke factoren zijn de mensen vooral in de problemen gekomen?

“Daar kun je in z’n algemeenheid niets over zeggen. Soms zit de aanleg voor psychiatrische problematiek in de familie, vaak is er gewoon sprake van pech. Wel kun je zeggen dat de mensen die wij helpen vaak ervaringen met de reguliere hulp hebben gehad die niet bevielen, waardoor hun vertrouwen weg is. Pas als de reguliere programma’s niet meer werken, komen ze bij ons.”

Waardoor onderscheiden jullie je van de andere hulp- en opvangorganisaties in Den Haag?

“Zoals gezegd, wij zijn flexibeler, nemen een langere aanloop en geven niet gauw op. Daarbij zijn we heel laagdrempelig, ook voor onze ketenpartners. Het TOPteam biedt outreachende bemoeizorg en heeft zich ontwikkeld tot een autoriteit op het gebied van psychiatrie en verslaving, met diagnostiek en behandeling.”

Wat zijn jullie plannen voor de komende jaren?

“We zijn gestart met een apart team voor de opvang van zwerfjongeren. Bij hen wordt de dakloosheid deels verborgen doordat ze veel bij vrienden logeren, maar ze wonen niet meer thuis en hebben geen eigen huis. Als we deze groep nu niet helpen, worden ze de zorgmijders van de toekomst. Jongeren vergen wel weer andere vaardigheden dan je hanteert met volwassenen. Daarom zijn we samen met De Jutters begonnen met een team dat stap voor stap wordt opgebouwd. Verder doen we ons best nog beter samen te werken met de corporaties, de GGD, etc. om in een nog vroeger stadium, bij de eerste signalen dat er dakloosheid dreigt, bij de mensen te komen. Hoe eerder hoe beter.”

Het TOPteam is gevestigd aan de Zoutkeetsingel 40, 2512 HN Den Haag. Meer informatie via www.parnassia.nl.

Daklozensprekuren Den Haag:

“Komen de patiënten niet naar de dokter, dan zorgt de dokter dat hij in de buurt van de patiënten is”

In Den Haag zijn op zeven locaties zogeheten ‘daklozensprekuren’, vier daarvan worden georganiseerd door de GGD, drie spreekuren neemt de Brijder Stichting voor haar rekening. Dak- en thuislozen en andere OGGZ-cliënten kunnen er terecht voor medische basiszorg. Het doktersspreekuur is een inloopvoorziening, een afspraak maken is niet nodig. Voor tandartsenhulp moet men wel een afspraak maken, bij het Centraal Coördinatiepunt (CCP) aan de Laan van Meerdervoort. De behandeling van niet-acute patiënten wordt één dag per week gedaan door een vast groepje tandartsen in het MC Westeinde. Acute tandartszorg moet iedere tandarts leveren die spoeddienst heeft. Cliënten die onder behandeling zijn bij Parnassia kunnen ook terecht bij de tandarts van Parasiet, op het terrein van Bloemendaal. De daklozensprekuren zijn een vorm van outreachende ‘bemoei’zorg: komen de patiënten niet naar de dokter, dan zorgt de dokter dat hij in de buurt van de patiënten is.

Om welke groep mensen gaat het en weet die groep jullie te vinden?

Monique Jagersma, manager sociaal medische zorg:
“Het betreft kwetsbare mensen, die zelf alle zorg mijden en geen gebruik meer maken van de reguliere

zorg. Het zijn meestal mensen met een heftig verleden, die niemand meer vertrouwen. Ze zwerven op straat of dreigen dakloos te worden en hebben een combinatie van problemen: sociaal geïsoleerd, verwaarloosd, met psychiatrische problemen,



... meestal mensen met een heftig verleden, die niemand meer vertrouwen ...

schulden, verslaafd, vervuild, soms in de criminaliteit. Ze weten ons goed te vinden, vaak horen ze van elkaar waar de spreekuren zijn en velen worden verwezen door het Haags Straatteam en andere OGGZ-organisaties.”

Waarvoor kunnen ze precies bij jullie terecht?

“De spreekuren bieden huisartsenzorg inclusief doorverwijzing naar de reguliere huisartsenzorg (met name bij chronische patiënten) en gerichte doorverwijzing naar specialistische zorg, tandartsenzorg en preventie en bestrijding van infectieziekten.”

Wat willen jullie met de hulp bereiken?

“Wij willen de mensen zo spoedig mogelijk toeleiden naar de reguliere zorg en weer laten participeren in de samenleving. Maar we zijn ons ervan bewust dat een deel van de groep zich echt niet kan aanpassen en aangewezen zal blijven op deze voorziening. Door het bestaan van de spreekuren worden hopelijk de drempels die de reguliere zorg voor deze mensen heeft, verlaagd. Bij het tandartsensprekuur gaat het uiteraard om behoud en herstel van het gebit van de mensen, maar zeker ook om hun gevoel van eigenwaarde dat hierdoor verbetert.”

Wat is het specifieke van deze voorziening, vergeleken bij voorzieningen van andere hulp- en opvangorganisaties in De Haag?

“Wij bieden een vangnet aan medische basiszorg voor dak- en thuislozen en werken daartoe samen met maatschappelijke zorginstellingen of zorgaanbieders zoals Kessler, Leger des Heils, Limor, SHG, Parnassia e.d. Op dit terrein heeft de GGD namens

de gemeente in Den Haag de regie. Waar mogelijk worden de mensen (terug)geleid naar de reguliere huisartsenzorg. Door deze opzet kan het vangnet klein blijven en toch indien nodig inspelen op ontwikkelingen.”

Wat zijn jullie plannen voor de toekomst?

“Ik ben in oktober j.l. begonnen bij de GGD, en ben nu samen met mijn collega Marjan Luinstra aan het inventariseren hoe de spreekuren lopen: hoe ze zijn ingericht, hoeveel mensen er komen, hoe lang al, etc. Met als doel te kijken wat er kan worden verbeterd. In de toekomst willen we meer locaties inrichten voor een daklozensprekuur, zodat ze beter verspreid zijn over de stad en over de dagen van de week. Het is de bedoeling dat de organisatie van al deze ‘vangnet’ spreekuren geheel bij de GGD wordt ondergebracht. Verder willen we de eerste screening voor toestroom naar de huisarts verbeteren door aan het spreekuur een somatisch verpleegkundige toe te voegen. Een belangrijke wens is ook dat alle locaties gebruik gaan maken van het Huisartsen Informatie Systeem (HIS), waarin alle informatie van de locaties is gebundeld. Als alle locaties meedoen kunnen we op basis van de gegevens die de huisartsen verstrekken aan de hand van het HIS, analyses maken om meer inzicht te krijgen en betere zorg te bieden.”

Centraal adres daklozensprekuren: Informatieloket dak- en thuislozen, Laan van Meerdervoort 55R, 2517 AG Den Haag, tel. 070 - 353 72 91, maandag tot en met vrijdag van 11.00 tot 15.00 uur.

Wat is OGGZ?

A.M. van Hemert en J.R.L.M. Wolf

De Openbare Geestelijke Gezondheidszorg (OGGZ) omvat alle activiteiten op het terrein van de geestelijke gezondheid die niet vooraf worden gegaan door een vrijwillige, individuele hulpvraag van een cliënt (NVR 1991) (1). Dat is de definitie van de OGGZ die in 1991 door de Nationale Raad voor de volksgezondheid is opgesteld en die iedereen in het werkveld wel kent. Maar wat betekent die definitie in de praktijk? Is de OGGZ een geoptimaliseerde vorm van de GGZ is of staat de O van Openbaar ook voor andere taken en verantwoordelijkheden die juist niet bij de GGZ thuis horen? (2) Om deze vragen te beantwoorden verkent onderstaand artikel eerst het verschil tussen individuele en openbare gezondheidszorg, waarna een historische schets volgt van de teloorgang en wederopstanding van de OGGZ in de laatste dertig jaar. Tot slot wordt de OGGZ anno 2011 beschreven in concrete activiteiten en doelgroepen. In de kaderteksten is voor twee probleemgebieden de concrete OGGZ-benadering uitgewerkt, bij wijze van voorbeeld.

Individuele en openbare gezondheidszorg

Individuele gezondheidszorg is de gezondheidszorg zoals wij die allemaal kennen. Als wij klachten hebben gaan we naar de huisarts, die ons zelf kan behandelen of ons doorverwijst naar een specialist in het ziekenhuis. De openbare gezondheidszorg (OGZ) is minder bekend. Een redactioneel in dit tijdschrift schetste ooit de glazige blik in de ogen van een arts in opleiding, die in de trein in gesprek raakt met een sociaal geneeskundige (3). Kort gezegd richt de openbare gezondheidszorg (OGZ) of Public Health zich niet op de behandeling van zieke individuen, maar op het verminderen van ziekte in populaties. Een gangbare Engelse definitie omschrijft de OGZ als: “the science and art of preventing disease, prolonging life and promoting health through the organized efforts of society” (4-6). Een typisch voorbeeld van een OGZ activiteit is de aanpak van dreigende epidemieën, zoals de recente uitbraak van de pathologische E. Coli-stam EHEC. De behandeling van een patiënt met een ernstige infectie is iets voor de individuele gezondheidszorg; de bestrijding van epidemieën is voor de openbare gezondheidszorg. Beide zijn nodig, maar de activiteiten zijn heel verschillend. Het werkterrein van de OGZ richt zich vooral op collectieve maatregelen zoals gezondheidsvoorlichting en preventieve gezondheidszorg, waaronder ook de hier genoemde bestrijding van infectieziekten. Daarnaast houdt de OGZ zich bezig met het beleid en management van de individuele gezondheidszorg, voor zover dat van

belang is voor de volksgezondheid. Een voorbeeld van het laatste is het garanderen van een toegankelijke gezondheidszorg voor iedereen (6-7).

De OGGZ is het onderdeel van de OGZ dat zich bezighoudt met de openbare zorg voor de geestelijke volksgezondheid. Geestelijke gezondheid moet in deze context breder worden opgevat dan enkel de afwezigheid van psychiatrische aandoeningen. De World Health Organization (WHO) omschrijft geestelijke gezondheid als “a state of well-being in which the individual realizes his or her own abilities, can cope with the normal stresses of life, can work productively and fruitfully, and is able to make a contribution to his or her community” (8). Deze brede opvatting van geestelijke volksgezondheid zien we bijvoorbeeld terug in het beleid voor het terugdringen van huiselijk geweld of van overlast op straat. Instellingen voor GGZ hebben hierin een rol bij de behandeling van individuen met een psychiatrische aandoening, maar de reikwijdte van het beleid is breder van opzet en omvat veel meer partijen.

Historische schets

De laatste jaren heeft de openbare zorg voor de geestelijke volksgezondheid in Nederland wat in het slop gezeten. Zoals het voorafgaande artikel in dit bulletin laat zien, was de OGGZ nog herkenbaar aanwezig gedurende het grootste deel van de vorige eeuw, toen er bij de meeste GGD'en in Nederland nog sociaal-psychiatrische diensten waren, die onder gemeentelijke verantwoordelijkheid een belangrijke

Over de auteurs:

prof. dr. A. M. van Hemert is bijzonder hoogleraar Epidemiologie van de Openbare Geestelijke Gezondheidszorg, Leids Universitair Medisch Centrum en Parnassia Bavo Groep Den Haag; prof. dr. J. R.L.M. Wolf is hoogleraar Maatschappelijke zorg, St. Radboud Universiteit Nijmegen. E-mail: b.vanhemert@parnassiabavogroep.nl.

taak hadden in de zorg voor kwetsbare individuen en in het bevorderen van de geestelijke volksgezondheid. Rond het begin van de jaren tachtig verdwenen deze diensten bij de GGD en werden zij overgeheveld naar de 'moderne' RIAGG-organisaties, die werden opgericht als instellingen voor een brede geestelijke gezondheidszorg. Wat toentertijd een revolutionaire reorganisatie van de GGZ had moeten worden, bleek echter geen duurzaam succes. Nog geen twintig jaar na de oprichting fuseerden in Den Haag de drie stedelijke RIAGG-organisaties met de beide

psychiatrische ziekenhuizen en met de verslavingszorg. Onder de naam Parnassia ontstond een sterke stedelijke organisatie voor de specialistische behandeling van patiënten met psychiatrische aandoeningen. Soortgelijke ontwikkelingen waren er in het hele land. Voor de specialistische psychiatrie bracht dit een aanzienlijke versterking van de zorg, maar de openbare zorg voor de geestelijke volksgezondheid raakte goeddeels uit beeld (9). Mede onder invloed van veranderende wetgeving is er in de laatste jaren een geleidelijke herleving van de

Tabel 1.

Tien manieren die de World Health Organization aanbeveelt om de geestelijke volksgezondheid te bevorderen (10).

1. Interventies in de vroege kinderjaren (b.v. huisbezoek bij zwangere vrouwen, voorschoolse psychosociale activiteiten, gecombineerd met psychosociale hulp en voedsel hulp voor achtergestelde groepen)
2. Ondersteuning voor kinderen en jeugdigen (b.v. programma's voor het stimuleren van vaardigheden en ontwikkeling)
3. Socio-economische empowerment van vrouwen (b.v. verbeteren van de toegang tot opleiding en microkrediet programma's)
4. Sociale steun voor ouderen (b.v. vriendschap initiatieven, dagcentra voor ouderen)
5. Programma's gericht op kwetsbare groepen, waaronder minderheden, migranten en slachtoffers van conflicten of rampen (b.v. psychosociale interventies na rampen)
6. Bevordering van de geestelijke gezondheid op scholen (b.v. programma's voor kindvriendelijke scholen)
7. Bevordering van de geestelijke gezondheid op werk (b.v. stress preventie programma's)
8. Woningenbeleid (b.v. woningrenovatie programma's)
9. Programma's voor preventie van geweld (b.v. initiatieven van wijkagenten, aanpak van huiselijk geweld)
10. Programma's voor burgerverbondenheid (b.v. 'Zorgzame samenleving' initiatieven)

Tabel 2.

Prestatievelden omschreven in de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO).

1. Het bevorderen van de sociale samenhang in en leefbaarheid van dorpen, wijken en buurten
2. Op preventie gerichte ondersteuning van jeugdigen met problemen met opgroeien en van ouders met problemen met opvoeden
3. Het geven van informatie, advies en cliëntondersteuning
4. Het ondersteunen van mantelzorgers, daaronder begrepen steun bij het vinden van adequate oplossingen indien zij hun taken tijdelijk niet kunnen waarmaken, evenals het ondersteunen van vrijwilligers
5. Het bevorderen van de deelname aan het maatschappelijke verkeer en van het zelfstandig functioneren van mensen met een beperking of een chronisch psychisch probleem en van mensen met een psychosociaal probleem
6. Het verlenen van voorzieningen aan mensen met een beperking of een chronisch psychisch probleem en aan mensen met een psychosociaal probleem ten behoeve van het behouden en het bevorderen van hun zelfstandig functioneren of hun deelname aan het maatschappelijke verkeer
7. Het bieden van maatschappelijke opvang, waaronder vrouwenopvang en het voeren van beleid ter bestrijding van geweld dat door iemand uit de huiselijke kring van het slachtoffer is gepleegd
8. Het bevorderen van openbare geestelijke gezondheidszorg, met uitzondering van het bieden van psychosociale hulp bij rampen
9. Het bevorderen van verslavingsbeleid

Tabel 3.

Taken voor de OGGZ die zijn omschreven bij prestatieveld 8 van de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO).

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

OGGZ gaande. Aanvankelijk waren de taken van de OGGZ als gemeentelijke verantwoordelijkheid verankerd in de Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid (WCPV). Daarmee lag er een sterke verbinding tussen de OGZ en de OGGZ, waarvan de laatste zoals hierboven geschetst geleidelijk was afgekalfd. In 2007 en 2008 is de WCPV opgegaan in twee nieuwe wetten: de Wet Publieke Gezondheidszorg (WPG) en de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO). Met enige versimpeling kan gesteld worden dat de OGZ wettelijk is geregeld in de WPG en de OGGZ in de WMO. De wetgever heeft het accent van de hedendaagse OGGZ daarmee niet gelegd bij het domein van de gezondheidszorg, maar bij dat van de maatschappelijke ondersteuning en participatie. Dit sluit goed aan bij het bredere denken over geestelijke volksgezondheid, zoals dat hierboven in de definitie van de WHO is aangeduid. De WHO geeft bijvoorbeeld 10 concrete aanbevelingen om de geestelijke gezondheid van de bevolking te bevorderen (tabel 1) (10). Als we die aanbevelingen vergelijken met de prestatievelden van de WMO (tabel 2) dan zien we een opvallende verwantschap. Elk van de prestatievelden van de WMO draagt bij aan bevordering van de geestelijke volksgezondheid.

‘Wat toentertijd een revolutionaire reorganisatie van de GGZ had moeten worden, bleek geen duurzaam succes. (..) Voor de specialistische psychiatrie bracht dit een aanzienlijke versterking van de zorg, maar de openbare zorg voor de geestelijke volksgezondheid raakte goeddeels uit beeld’

OGGZ-activiteiten

Bij OGGZ-activiteiten wordt vaak gedacht aan de praktische zorg die onder andere door de GGD wordt geboden aan de meest kwetsbare doelgroepen in de samenleving. Het beeld naar buiten wordt bepaald door de dak- en thuisloze die met een boodschappen-

tas of winkelwagentje over straat zwerft. Dat beeld doet geen recht aan het brede scala van activiteiten die in het kader van de OGGZ worden uitgevoerd. In het achtste prestatieveld van de WMO benoemt de wet vier concrete activiteiten (tabel 3). Deze worden geïllustreerd in de kaders over dakloosheid en suicidaliteit op pagina 17 en 18. In de benadering gaat het steeds om combinaties van de vier genoemde activiteiten: een analyse van risicofactoren en mogelijke preventieve interventies, het opvangen van relevante signalen (meldpuntfunctie), het bereiken en begeleiden van kwetsbare personen (vangnet- en herstelfunctie) en het tot stand brengen van afspraken tussen betrokken organisaties. De gemeente heeft een regiefunctie in het organiseren en bewaken van de benodigde samenhang en samenwerking.

‘De gemeente heeft een belangrijke rol bij het ombuigen van de lappendeken van onafhankelijke zorgvoorzieningen naar samenwerkende organisaties die vanuit een gedeelde visie ondersteuning bieden aan de meest kwetsbare burgers’

Bij het signaleren en bestrijden van risicofactoren moet gedacht worden aan onderzoek en analyse van de problematiek op een macro- en mesoniveau. Belangrijke vragen zijn: wat is de omvang van het probleem, welke factoren hangen samen met het optreden van het probleem en vooral ook welke aanknopingspunten zijn er voor preventie?

Het functioneren als meldpunt voor signalen van crisis is een zeer belangrijke functie om op mesoniveau in beeld te krijgen en te houden welke problemen zich in de stad voordoen, hoe de feitelijke zorg functioneert en of het beleid dat wordt ingezet het gewenste resultaat heeft. Op microniveau vormt een meldpunt ook het begin voor feitelijke zorgverlening. Vanuit het meldpunt wordt een begin gemaakt met het leveren van de meest noodzakelijke zorg, maar

vooral ook met de toeleiding naar alle beschikbare zorgvoorzieningen die de stad rijk is.

Bij het bereiken en begeleiden van kwetsbare personen gaat het om een concrete zorgfunctie die op het micro-niveau vanuit de gemeentelijke verantwoordelijkheid wordt ingezet. Deze functie staat ook bekend als het vangnet. Anders dan bij de OGZ, heeft de OGGZ hier ook een belangrijke rol in het leveren van direct noodzakelijke zorg voor burgers die in de samenleving zo ernstig zijn gemarginaliseerd dat zij in hun primaire bestaansvoorwaarden bedreigd raken.

Het tot stand brengen van afspraken tussen betrokken organisaties, ten slotte, is voor de OGGZ van speciaal belang, omdat de kwetsbare groepen waar het om draait vaak problemen hebben op meerdere levensgebieden. Om de aanpak van meervoudige problematiek structureel te verbeteren moeten instellingen naast en na elkaar nauw samenwerken in ketens van zorg. Rond doelgroepen moeten verschillende instellingen niet alleen werken vanuit hun eigen kaders, maar ook vanuit gedeelde kaders. De gemeente heeft vanuit haar regiefunctie een belangrijke rol bij het ombuigen van de lappendeken van onafhankelijke zorgvoorzieningen naar samenwerkende netwerkorganisaties die vanuit een gedeelde missie en visie zorg en ondersteuning bieden aan de meest kwetsbare burgers (11).



... een haperende zelfredzaamheid en een verminderd welzijn ...

Kader 1:

OGGZ benadering van dakloosheid

Het gemeentelijk beleid dat is gericht op het verminderen van het aantal daklozen is de laatste jaren zo prominent geweest dat sommigen het beschouwen als het prototype van OGGZ-activiteit. In Den Haag werden in december 2010 bij het Winterkoudeonderzoek 453 unieke personen geteld in de nachtopvangvoorzieningen (17). De helft daarvan is in het voorgaande jaar voor het eerst dakloos geraakt.

Het signaleren en bestrijden van risicofactoren

Huisuitzettingen en daarmee samenhangende financiële problemen zijn een belangrijke bron van dakloosheid. Omgerekend naar een vol jaar waren er in Den Haag in 2009 op 77.606 corporatiewoningen 457 uitzettingen (18).

Het functioneren als meldpunt voor signalen van crisis

Voor vroeginterventie is het van groot belang dat woningcorporaties dreigende huisuitzettingen tijdig signaleren, zodat preventieve hulpverlening in gang gezet kan worden. Personen die feitelijk dakloos zijn geraakt melden zich in Den Haag bij het Centraal Coördinatiepunt, van waaruit de begeleiding verder vorm krijgt.

Bereiken en begeleiden van kwetsbare personen

Een belangrijk onderdeel van het beleid om het aantal daklozen terug te dringen is de persoonsgebonden aanpak. Deze benadering richt zich niet alleen op de zorgwekkende groep personen die feitelijk dakloos is, maar ook op de meer omvangrijke groep met zorgwekkende meervoudige problematiek die leeft onder ernstig gemarginaliseerde omstandigheden. Naast de persoonsgebonden aanpak voor de meest gemarginaliseerde groep, wordt voor de minder ernstige doelgroepen maatschappelijk werk op maat geboden (Den Haag OpMaat).

Tot stand brengen van afspraken tussen betrokken organisaties

Het bestrijden van dakloosheid is een schoolvoorbeeld van ketenzorg. Afzonderlijke organisaties moeten naast elkaar en na elkaar nauw samenwerken om een effectief zorgaanbod vorm te geven. Betrokken partijen zijn onder andere woningcorporaties, instel-

lingen voor GGZ en verslavingszorg, maatschappelijke opvang, schuldhulpverlening, forensische zorg en politie en justitie. Voor een klein deel van de doelgroep is behoefte aan voorzieningen of woningen die specifiek voor de doelgroep zijn ingericht.

Kader 2:

OGGZ-benadering van suïcidaliteit

Suïcidaliteit is een voorbeeld van een probleem dat vraagt om een OGGZ-benadering. Volgens gegevens van het CBS overlijden in Nederland jaarlijks ongeveer 1.500 mensen als gevolg van een suïcide. Dat is meer dan het aantal verkeersdoden (700), moord en doodslag (150), bedrijfsongevallen (65) en overige niet-natuurlijke doodsoorzaken (450) samen. Alleen de categorie privé-ongevallen (2.500) is onder de niet-natuurlijke doodsoorzaken groter. In Den Haag zijn er jaarlijks iets meer dan 40 suïcides.

Het signaleren en bestrijden van risicofactoren

Een depressieve stoornis is één van de belangrijkste risicofactoren van suïcide. Tussen 50% en 75% van alle suïcides kan worden toegeschreven aan een depressieve stoornis (19). Een systematische benadering voor preventie en behandeling van depressie kan het aantal suïcides in potentie sterk reduceren. In de praktijk wordt deze aanpak nog niet veel gevolgd.

Een tweede belangrijke risicofactor is het doen van een suïcidepoging of suïcidale uitspraken. In het jaar na een suïcidepoging is de kans op een suïcide 100 tot 200 maal verhoogd. In Den Haag wordt een systematische registratie bijgehouden van suïcidepogingen, waardoor een nauwkeurig beeld beschikbaar is van het aantal en de belangrijkste risicokenmerken. Voor het ontwikkelen van beleid wordt daarvan gebruik gemaakt (20). Ook het aantal suïcides wordt in Den Haag regelmatig in kaart gebracht (21).

In het onderzoek van GGD Den Haag is gevonden dat suïcidepogingen naar verhouding veel voorkomen bij jonge Surinaamse en Turkse meisjes. Naar aanleiding van deze bevinding is de gezinsproblematiek van deze meisjes beter in kaart gebracht (22-23) en is er een programma gestart voor de nazorg aan jongeren met suïcidaal gedrag (24).

Het functioneren als meldpunt voor signalen van crisis

Signalen van suïcidaal gedrag van individuele personen komen van de betrokkene zelf of van de directe omgeving, zoals familie, vrienden, collega's of leraren. Er is nu nog geen systematische aanpak om deze signalen op te vangen. Op sommige plaatsen in het land wordt geëxperimenteerd met het trainen van zogenaamde 'gatekeepers'. De huisarts heeft als poortwachter naar de gezondheidszorg een belangrijke meldpuntfunctie. Daarnaast komen mensen die een suïcidepoging doen, via politie, ambulancezorg of op eigen initiatief veelal naar de spoedeisende hulp van de ziekenhuizen. Ook hier ligt een belangrijke signaalfunctie. Vanuit deze 'meldpunten' kan verdere hulpverlening worden gestart. Voor signalen van suïcidaal gedrag bij groepen van personen, zoals in discussies op internet, heeft de GGD van Den Haag de functie van meldpunt.

Bereiken en begeleiden van kwetsbare personen

In het bereiken van suïcidale personen spelen de melders of 'gatekeepers' een belangrijke rol. De acute beoordelingen van de situatie worden uitgevoerd door de GGZ crisisdienst, die voor de acute situatie ook de verdere hulpverlening start. Het lukt in de acute situatie niet altijd om de personen met suïcidaal gedrag toe te leiden naar de juiste zorg. De GGD van Den Haag heeft daarom voor jongeren met suïcidaal gedrag het Suïcide Nazorg (SUNA) project (24). Een casemanager van de GGD is gedurende een langere periode beschikbaar om de hulpverlening voor deze jongeren beter tot stand te brengen.

Tot stand brengen van afspraken tussen betrokken organisaties

Bij de hulpverlening rond suïcidaal gedrag zijn meerdere organisaties betrokken, waaronder de politie, huisarts, ambulancezorg, spoedeisende hulpen, crisisdienst van de GGZ en behandelprogramma's van de GGZ. Voor de hulpverlening is het van groot belang dat de voorzieningen toegankelijk zijn en onderling goed samenwerken. In opdracht van GGZ Nederland heeft het Trimbos-Instituut een kwaliteitsdocument ontwikkeld voor de ketenzorg bij suïcidaliteit (25). De implementatie daarvan is op dit moment nog niet systematisch georganiseerd.

OGGZ doelgroepen

Met enige regelmaat wordt de vraag gesteld wie nu precies in de specifieke doelgroep van de OGGZ valt en hoe groot de groep nu feitelijk is. Een dergelijke vraag wordt ingegeven door de hoop dat we met een eenduidige definiëring van de doelgroep van de OGGZ betrekkelijk eenvoudig kunnen vaststellen welke inzet nodig is om het probleem effectief en doeltreffend de wereld uit te helpen. De OGGZ is in de praktijk vaak gericht op specifieke doelgroepen, waaronder: vereenzaamde, depressieve en/of demente ouderen, woningvervuilers, meervoudig probleemgezinnen, langdurig van de GGZ afhankelijke mensen, langdurig verslaafden aan alcohol en/of drugs, zwerfjongeren, daklozen en straatprostituees (12). Kenmerken van de meest gemarginaliseerde doelgroep staan in tabel 4. De gemeenschappelijke factor is, dat de draaglast van maatschappelijk en/of medische problematiek te groot is voor de beschikbare draagkracht. De aanpak voor deze groep kwetsbaren is er op gericht die balans zodanig te verbeteren dat de betrokkenen zich weer zelfstandig kunnen handhaven. De omvang van de groep met de gegeven kenmerken wordt in Nederland geschat op 110.000 mensen (0,7 procent van de bevolking), met een relatieve concentratie in de grote steden (13).

Een beschrijving van de OGGZ-doelgroep als een enkele groep is echter een sterke vereenvoudiging van een complexe realiteit. De OGGZ-benadering wordt ingezet voor uiteenlopende probleemgebieden. De groep die bijvoorbeeld slachtoffer is van huiselijk geweld laat zich niet op eenzelfde manier kwantificeren als de groep ‘verkommerden en verloederden’ die hierboven is aangeduid. De OGGZ-benadering richt zich niet alleen op de groepen die

het meest gemarginaliseerd zijn, maar ook op groepen die bedreigd zijn in hun bestaan en op risicofactoren daarin. De omvang van de groepen die feitelijk gemarginaliseerd zijn is heel anders dan de omvang van de groepen met een hoog risico op uitval. En de aanpak is ook heel anders. Tenslotte moet worden opgemerkt dat de omvang van de relevante groepen tussen regio's en in de loop van de tijd ook sterk kan variëren. Sommige probleemgebieden komen in de loop van de tijd tot een oplossing, terwijl nieuwe problemen opduiken. Om zicht te houden op de aard en omvang van OGGZ-doelgroepen is een lokale monitoring nodig, waarmee bestaande groepen permanent worden gevolgd en nieuwe ontwikkelingen in beeld worden gebracht.

Een manier om meer gedifferentieerd naar de verschillende doelpopulaties van de OGGZ te kijken is de ordening van de OGGZ-ladder met vijf fictieve treden (figuur 1) (12). Elk van de treden wordt gekenmerkt door een toenemende mate van ernst en complexiteit van de problematiek en door interventies die daarbij aansluiten. Hier volgt een korte beschrijving van de treden.

Trede 0 - Algemene bevolking

De nulde trede stelt de lokale bevolking voor. Op deze trede is er geen sprake van een geïdentificeerde kwetsbare doelgroep. Er is meestal een adequate interactie tussen individu en omgeving, de gezondheid en maatschappelijke participatie zijn overwegend goed en zelfzorg en mantelzorg zijn voldoende. Op basis van de frequentieverdeling van risicofactoren kan het risico op sociale uitsluiting voor de populatie als geheel of voor deelpopulaties getypeerd worden (14). Interventies op dit niveau zijn collectief van aard en bestaan onder meer uit voorlichting en gezondheids-

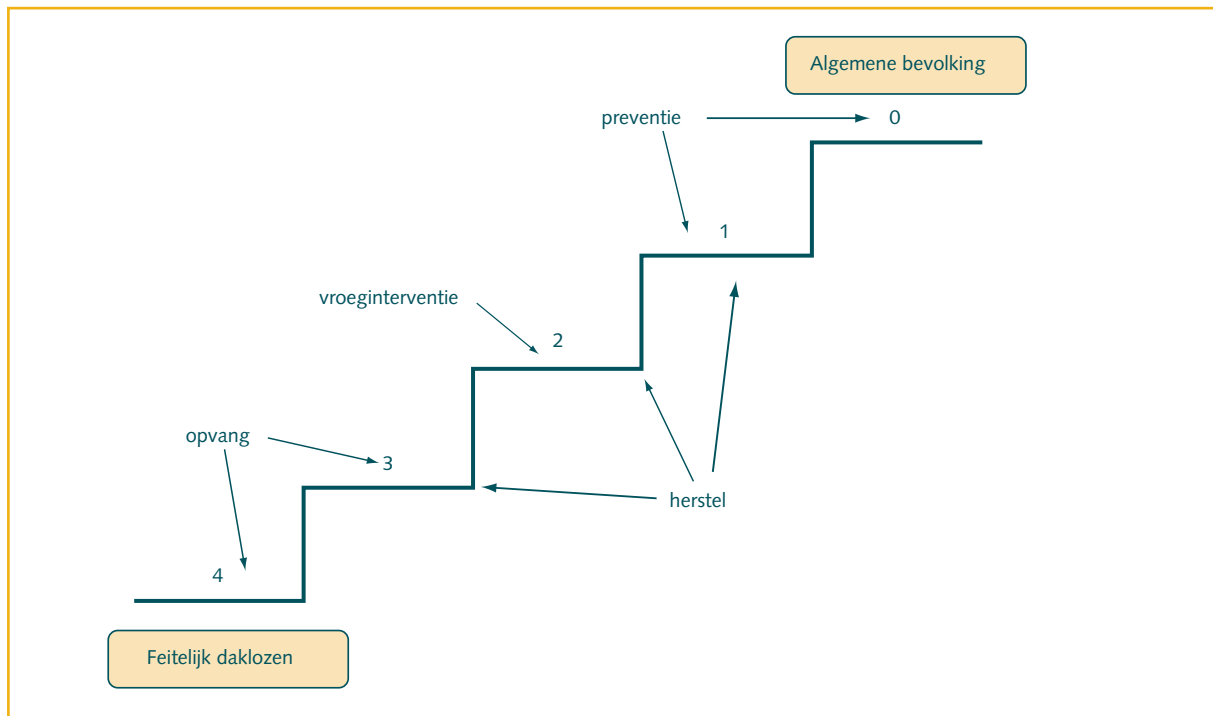
Tabel 4.

Vier kenmerken van de OGGZ-doelgroep met de meest ernstig zorgwekkende en meervoudige problematiek.

1. Iemand is onvoldoende in staat om in de eigen bestaansvoorwaarden te voorzien (dak boven het hoofd, voedsel, inkomen, sociale contacten, zelfverzorging)
2. Er zijn meerdere problemen tegelijkertijd, waaronder bijvoorbeeld sociaal isolement, verwaarlozing van eigen lichamelijk functioneren en dat van eventuele kinderen, problemen met (huiselijk) geweld, vervuiling van woonruimte en of van woonomgeving, overlastgevend gedrag, gebrek aan vaste of stabiele woonruimte, schulden, psychische problemen en verslavingsproblemen
3. Vanuit het perspectief van professionele hulpverleners is er niet de zorg die nodig is om zich in de samenleving te handhaven
4. Er is geen hulpvraag waar de reguliere hulpverlening een antwoord op heeft. Familie, burens en omstanders vragen meestal om hulp. Vaak is er sprake van een zekere mate van ongevraagde bemoeienis

Figuur 1.

OGGZ-ladder (12).



bevordering. Het Europese Netwerk Indicatoren voor Sociale Kwaliteit heeft een voorstel geformuleerd voor concrete indicatoren waarmee verschillende aspecten van de sociale kwaliteit van populaties kunnen worden gemeten (15). Dergelijke indicatoren bieden de mogelijkheid om populaties ook internationaal onderling te vergelijken.

Trede 1 - Risicogroepen

Bij de eerste trede gaat het om uiteenlopende groepen met enig verhoogd risico op uitval. Er is sprake van een stagnerende interactie tussen individu en omgeving, een haperende zelfredzaamheid en verminderd welzijn. De problemen blijven desondanks vaak, mede vanwege omgevingssteun, nog binnen de perken. Er is nog geen dreigende uitval. Preventieve activiteiten, ook op het individu gericht, kunnen helpen voorkomen dat de mensen verder achterop raken.

Trede 2 - Kwetsbaar in de gemeenschap

Op de tweede trede gaat het om mensen bij wie de problemen in ernst en zwaarte toenemen, zich uitstrekken over steeds meer leefgebieden en langer aanhouden. Steun uit de omgeving staat toenemend onder druk en kan bij tijden helemaal wegvallen. De kwaliteit van leven neemt af. Situaties kunnen van tijd

tot tijd escaleren vanwege opstapelende problemen, ingrijpende levensgebeurtenissen en (chronische) stress. Op deze trede zijn er ook kwetsbare mensen die weer proberen aan te haken en te herstellen na een periode van institutionele zorg. Op deze trede bevinden zich de groepen die direct met feitelijke uitval worden bedreigd. Crisisinterventie en langdurige zorg aan huis zijn nodig om uitval en terugval te voorkomen.

Trede 3 - Kwetsbaar in instituties

Op de derde trede bevinden zich kwetsbare personen die aangewezen zijn op institutionele zorg (opvang, psychiatrisch ziekenhuis, gevangenis) vanwege uiteenlopende, vaak meervoudige problemen. Het verblijf is in principe tijdelijk, maar kan ook langdurig zijn. Na ontslag uit de institutie is er een groot risico op feitelijke uitval. Interventies moeten vooral gericht zijn op het voorkomen van uitval na ontslag.

Trede 4 - Kwetsbaar op straat

Op de vierde trede bevinden zich kwetsbare personen die aan de bodem van het bestaan zijn geraakt. Zij voorzien niet in eigen onderdak, maar kunnen of willen evenmin gebruik maken van opvangvoorzieningen. Deze zogenaamde feitelijk dakloze mensen overnachten op straat, vinden tijdelijk

onderdak bij vrienden of familie, of komen bij de nachtopvang. Hier is zorg op straat van belang.

De ordening van de OGGZ-ladder is door GGD Nederland aangemerkt als een 'best practice' voor het monitoren van OGGZ-problematiek. Elders in dit nummer staan de eerste bevindingen beschreven van de OGGZ-monitor Haaglanden die volgens deze ordening is samengesteld (16).

Conclusie

Als we met de kennis die we nu hebben van de openbare gezondheidszorg, van de OGGZ-activiteiten en van de doelgroepen terugkijken naar de vragen die wij aan het begin hebben gesteld, dan kunnen wij concluderen dat de OGGZ meer is dan een vorm van bemoeizorg en ook meer dan een geoptimaliseerde vorm van specialistische GGZ. De O van Openbaar staat voor een wezenlijk andere benadering van de zorg. Het gaat steeds om samenhangende combinaties van analyse en aanpak van risicofactoren, het signaleren van problemen, het bereiken en begeleiden van kwetsbare personen en het tot stand brengen van afspraken tussen betrokken organisaties. Het is de verantwoordelijkheid van de gemeenten om samen met de instellingen voor maatschappelijke en gezondheidszorg een samenhangende benadering van de probleemgebieden van de OGGZ voor de stad tot stand te brengen.

Referenties:

- Nationale Raad voor de Volksgezondheid (NRV). Advies openbare geestelijke gezondheidszorg. Zoetermeer: NRV, 1991.
- Mulder CL, Voogt ACF. Openbare geestelijke gezondheidszorg. Regievoering door de gemeente en uitvoering door GGZ-instellingen. Maandblad Geestelijke Volksgezondheid 2006; 61 (4): 323-331.
- Redactioneel. Public Health in Haaglanden. Epidemiologisch Bulletin 2009; 44: 1. <http://www.denhaag.nl/home/bewoners/to/Epidemiologisch-bulletin.htm>
- Acheson D. Independent inquiry into inequalities in health. London: HMSO, 1988.
- Raad voor Gezondheidsonderzoek (RGO). Advies kennisinfrastructuur public health: kennisverwerving en kennis-toepassing. Den Haag: Raad voor Gezondheidsonderzoek, 2003.
- Mackenbach JP, van der Maas PJ. Volksgezondheid en gezondheidszorg. Vierde druk. Maarssen: Elsevier gezondheidszorg, 2008.
- Spreeuwenberg C. Kennisinfrastructuur Public Health; een advies van de Raad voor Gezondheidsonderzoek. Ned Tijdschr Geneesk 2003; 147: 2459 - 62
- World Health Organization. Promoting Mental Health: Concepts, Emerging evidence, Practice: A report of the World Health Organization, Department of Mental Health and Substance Abuse in collaboration with the Victorian Health Promotion Foundation and the University of Melbourne. Geneva: World Health Organization, 2005. http://www.who.int/mental_health/evidence/MH_Promotion_Book.pdf
- Van Hemert AM. Sociale psychiatrie in de 21e eeuw. Inaugurele rede. Leiden: Universiteit Leiden, 2009.
- World Health Organization. Mental health: strengthening our response. Fact sheet N°220. WHO Media Centre, 2010. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/en/index.html>
- Roobeek AJM. NetwerkLandschap. Een routeplanner voor transformaties naar netwerkorganisaties. Den Haag: Academic Service, 2005.
- Wolf J. Handreiking OGGZ in de WMO. http://www.invoeringwmo.nl/sites/default/documenten/handreiking_oggz_zw.pdf
- Lourens J, Scholten C, van der Werf C, Ziegelaar A. Verkommerden en verloederden. Een onderzoek naar de omvang en aard van de groep in Nederland. Leiden: Research voor Beleid, 2001.
- Van Bergen A, Smit R, Reinking D, e.a. Zorg voor sociaal kwetsbaren. Themarapport volksgezondheidsmonitor Utrecht 2010. Utrecht: GG&GD Unit epidemiologie en informatie, 2010.
- Maesen JG, Walker AC. Indicators of social quality: outcomes of the European scientific network. European Journal of Social Quality; 5: 8-24
- Gillissen R. OGGZ-problematiek in de regio Haaglanden. Epidemiologisch Bulletin 2011; 46: dit nummer.
- Gillissen R. Winterkoudeonderzoek 2010-2011. Epidemiologisch Bulletin 2011; 46: dit nummer.
- Maas M, Planije M. Monitor Plan van Aanpak Maatschappelijke Opvang. Rapportage 2009: Amsterdam, Den Haag, Rotterdam en Utrecht. Utrecht: Trimbos Instituut 2010.
- Cavanagh JTO, Carson AJ, Sharpe M, Lawrie SM. Psychological autopsy studies of suicide: a systematic review. Psychological Medicine 2003; 33: 395-405.
- Burger I, van der Linden C, Bos A, e.a. Vóorkomen van parasuicides in Den Haag. Op basis van instellingsregistratie in de jaren 2008-2009. Epidemiologisch bulletin 2010; 45: 1-11. <http://www.denhaag.nl/home/bewoners/to/Epidemiologisch-bulletin.htm>
- Burger I, Schudel WJ. Suicides in Den Haag, 1987-2007.

Epidemiologisch Bulletin 2008; 43: 2-9.

<http://www.denhaag.nl/home/bewoners/to/Epidemiologisch-bulletin.htm>

22. Salverda B. Laat me los hou me vast. Verslag van een kwalitatief onderzoek naar het psychisch welbevinden van dertig Haagse meisjes van Hindoestaanse afkomst. Den Haag: Afdeling Epidemiologie GGD Den Haag, 2004.
23. Salverda B. Wel en wee. Turks-Nederlandse meisjes aan het woord over hun leven. Den Haag: Afdeling Epidemiologie GGD Den Haag, 2010.
24. Burger I, Ferber M. Preventie van suïcidaal gedrag. Recente ontwikkelingen in Den Haag. Epidemiologisch Bulletin 2007; 42: 25-28.
<http://www.denhaag.nl/home/bewoners/to/Epidemiologisch-bulletin.htm>
25. Hermens M, van Wetten H, Sinnema H. Kwaliteitsdocument ketenzorg bij suïcidaliteit. Aanbevelingen voor zorgvuldig samenwerken in de keten. Utrecht: Trimbos-Instituut, 2010.

Project Vermindering Huisuitzettingen:

“Als je geen vangnet hebt kan het snel gaan”

Wie een huis huurt van een woningcorporatie en langer dan drie maanden lang de huur niet betaalt, kan met de rechter te maken krijgen. Daarvóór heeft de corporatie dan al herinneringen gestuurd en contact gezocht, en is de deurwaarder langs geweest. Kun je niet betalen, dan stapt de corporatie naar de rechter. En die wijst een vonnis, veelal een vonnis tot huisuitzetting. Op dat moment gaat het Project Vermindering Huisuitzettingen zich ermee bemoeien om te voorkomen dat de huisuitzetting ook daadwerkelijk moet plaatsvinden.

Het Project Vermindering Huisuitzettingen is in 2006 gestart als pilot bij de GGD, per 1 april 2009 maakt het deel uit van de afdeling Den Haag OpMaat van de gemeentelijke dienst SZW. Het project is een samenwerkingsverband van de gemeente en drie corporaties. Projectleider is Carrie Stoops: “Ons doel is het aantal uitzettingen wegens huurschuld uit corporatiewoningen te verminderen. Het zwaartepunt van onze bemoeienis ligt bij de huurschuld, maar in de praktijk krijgen we te maken met multiproblematiek - vervuiling, psychische nood, meer schulden e.d.”

Om wat voor mensen gaat het?

“Om huurders uit corporatiewoningen (van Vestia, Den Haag Wonen en Staedion) die een huurschuld hebben opgebouwd en daardoor worden geconfronteerd met uitzetting uit hun huis. Op het moment dat de rechter het vonnis heeft gewezen melden de corporaties de mensen bij ons aan. Het betreft veelal mensen met een laag inkomen en dan vooral de groep alleenstaande mannen tussen de 25 en 45 jaar. Die maakt 40% van ons bestand uit. Pas daarna volgen de alleenstaande vrouwen met kinderen (15%), alleenstaande mannen met kinderen, en gezinnen met en zonder kinderen. De laatste drie groepen zitten allemaal onder de 15%.”

Waarvoor kunnen de mensen bij jullie terecht, hoe gaan jullie te werk?

“Wij proberen zoveel hulp bij de mensen te krijgen, dat de huisuitzetting ongedaan kan worden gemaakt. Dat betekent dat we diep in de financiële situatie van de huurder duiken, een voorstel maken voor budgetbeheer en de standaard schuldhulpverleningsprocedure aanbieden. Die procedure houdt in dat de mensen drie jaar lang moeten leven van een krap budget, van de rest van hun inkomen worden schulden afbetaald. Na die drie jaar is men van zijn schulden af, mits uiteraard de schuldeisers aan het

begin van het traject akkoord zijn gegaan.

Casemanagers van het Project Vermindering Huisuitzettingen gaan daartoe op huisbezoek bij de aangemelde mensen en nemen de situatie in ogenschouw. Vaak zit er achter de schuld een heel verhaal, dat verder gaat dan alleen de financiën. De casemanager kijkt op wat voor terreinen er problemen zijn, bijvoorbeeld met werk (of geen werk), op sociaal-maatschappelijk gebied, psychische problematiek, etc.



‘We proberen te voorkomen dat de huisuitzettingen ook daadwerkelijk moeten plaatsvinden’

Vervolgens organiseert de casemanager rondom het gezin de nodige hulpverlening, volgens de zogeheten Haagse aanpak: één zorgplan, onder regie van één casemanager, voor één gezin. Doel hiervan is dat de betrokken hulpverleners van elkaar op de hoogte zijn en met elkaar samenwerken. De casemanager is gedurende maximaal zes maanden de regisseur, daarna trekt zij of hij zich terug, maar indien nodig wordt de periode verlengd.

Overigens kunnen mensen ook zelf naar de schuldhulpverlening stappen, maar meestal doen ze dat niet. Het gaat vaak om hulpmijders. Daarom neemt het PVH het initiatief.”

Wat willen jullie bereiken?

“Uiteraard willen we voorkomen dat ze hun huis worden uitgezet, maar we willen ook dat er een structurele oplossing komt voor alle problematiek die we aantreffen. Daartoe zetten we alle mogelijkheden in die de gemeente en de zelfstandige hulpverleningsorganisaties te bieden hebben.”

Door welke factoren komen de mensen vooral in de problemen?

“Door van alles, door verkeerde keuzes op financieel gebied, maar ook door echtscheiding, boetes, gokken, drugsverslaving, psychische problemen. We hebben ook zzp-ers die het niet redden en werkeloos worden. Vaak is het een combinatie van problemen. Als je geen vangnet hebt kan het snel gaan.”

Wat is het specifieke van jullie project?

“Dat zit hem in die Haagse aanpak, met 1 plan, 1 regisseur voor 1 gezin/huurder. De regisseur hoeft

niet eens de casemanager van het PVH te zijn, afhankelijk van waar het zwaartepunt van de problemen ligt kan dat bijvoorbeeld ook iemand zijn van het TOPteam van Parnassia, of van het Meldpunt Overlast.”

En wat zijn jullie plannen voor de komende tijd?

“We werken tot nu toe in de stadsdelen Escamp en Laak, de komende tijd willen we deze manier van werken ‘uitrollen’ over alle Haagse stadsdelen. Daarvoor hebben we al een convenant met de drie woningcorporaties.”

Zijn die corporaties blij met het Project Vermindering Huisuitzetting?

“Jazeker, want uitzetting kost alle partijen geld en lost niets op. Daarbij komt deze groep mensen vaak weer terug in een corporatiewoning. Een dak boven je hoofd is nou eenmaal een randvoorwaarde om een start te maken met het oplossen van je problemen. Een ander streven voor de toekomst is om in een eerder stadium contact te zoeken met de huurder om de problemen aan te pakken, dus nog vóóordat er vonnis is gewezen. Door preventief te werk te gaan kunnen we bereiken dat het aantal vonnissen omlaag gaat. Bij eerder ingrijpen is de kans op succes altijd groter.”

Bij dreigende huisuitzetting -d.w.z. er is een vonnis, maar er wordt nog niet uitgezet- kan men zich aanmelden bij het Project Vermindering Huisuitzetting via www.denhaagopmaat.nl/meldcode

Kessler Stichting:

“Soms schamen ze zich en hebben mensen een zetje nodig om naar de Voedselbank te gaan of naar de bijstand. Ons weten ze meestal wel te vinden, wij fungeren dan als sociale gids”

Voor OGGZ-cliënten -daklozen, dreigend daklozen, verslaafden, psychiatrisch patiënten- zijn in Den Haag heel wat instellingen aan het werk. Toch weten veel mensen niet waar ze moeten zijn op het moment dat ze hulp nodig hebben. De Kessler Stichting is een uitzondering, die kent men in Den Haag meestal wel. Net als het Leger des Heils. In 2012 bestaat De Kessler Stichting 100 jaar. Directeur Bram Schinkelshoek: “De mensen weten niet wat er allemaal aan hulp is, soms schamen ze zich en hebben ze een zetje nodig om naar de Voedselbank te gaan of naar de bijstand. De Kessler Stichting wijst dan waar ze heen kunnen.”

Waarvoor kunnen de mensen allemaal terecht bij de Kessler Stichting?

“Belangrijk is op dit moment een project met woning-coöperatie Haag Wonen samen. We gaan op bezoek bij mensen die twee maanden huurachterstand hebben, om te kijken wat er aan de hand is. Soms is de uitkering stopgezet. Wij zoeken uit waardoor en kijken hoe we de zaak weer vlot kunnen trekken. We kijken ook of er nog andere problemen zijn en als er hulpverleners hebben afgehaakt proberen we iedereen weer om de tafel te krijgen. Dat alles om erger -huisuitzetting, maar bijvoorbeeld ook uithuisplaatsing van kinderen- te voorkomen.

Voor mensen die op straat leven is er de Soepbus. Die functioneert echt als een ankerpunt voor daklozen in

Den Haag. Daarnaast beheren we twee passanten-verblijven -één speciaal voor jongeren-, drie doorstroomvoorzieningen, een crisisafdeling en twee beschermde woonvoorzieningen. Verder hebben we ruimte om negen gezinnen (vaak moeders met kinderen) op te vangen, een eigen verpleegafdeling voor ernstig zieke daklozen, en verschillende vormen van begeleid wonen op verschillende plekken in de stad.”

Wat zien jullie als je rol voor wie een beroep op jullie doet?

“We werken veel samen en verwijzen door, de Kessler kan het niet alleen. Over het algemeen proberen we de hulprelatie die verstoord is te herstellen en brengen we structuur aan in chaotische situaties. Vervolgens



De geplande nieuwbouw aan de De la Reyweg waarin een groot deel van de opvangvoorzieningen zal worden ondergebracht



De Soepbus, een begrip onder Haagse dak- en thuislozen

schakelen we ‘alles’ in wat maar nodig is. Tegenwoordig zijn we ook heel goed op de hoogte van wat andere instellingen doen. Vroeger wist je dat van elkaar niet.”

Net als bij andere OGGZ-instellingen zijn de cliënten van de Kessler Stichting in de problemen geraakt door een scala aan factoren, variërend van het niet kunnen aanknopen van langdurige effectieve relaties, geen werk, een lage of geen opleiding tot persoonlijkheidsstoornissen, een verslaving, psychiatrische problemen en trauma's.

Wat is het specifieke van de Kessler Stichting vergeleken bij al die andere hulp- en opvangorganisaties?

“Wij hebben geen confessionele grondslag en we zijn typisch Haags, we hebben alleen voorzieningen in Den Haag. En we streven een cultuur na die je kunt kenschetsen als modern, dynamisch, creatief en open voor alles.”

Hoezo???

“We beheren bijvoorbeeld winkeltjes in tweedehands kleding, Pakkie Deftig, op drie locaties in de stad (Zwarte weg, Regentesseplein, Vaillantlaan). Dat zijn mooi ingerichte winkels, waar schone, hele en smaakvolle kleding wordt verkocht. Het is een vorm van dagbesteding voor onze cliënten, die op die manier weer onder de mensen komen. Ze verzamelen de kleding, halen alles op, sorteren, wassen en verkopen. Verder krijgen ze de verantwoordelijkheid voor het opmaken van de kassa, het afdragen van het geld, op tijd komen, etc. Kortom, via het werken in deze winkels staan ze weer middenin de maatschappij. Maar het fraaiste voorbeeld van de moderne cultuur

zoals die binnen de Kessler Stichting heerst, is het nieuwe onderkomen van de stichting aan de De la Reyweg. Het oude pand was al sinds 1924 in bezit van de stichting. Vorig jaar is het verkocht aan de gemeente Den Haag en gesloopt. Nu wordt het bijzonder fraai weer opgebouwd. Het krijgt een speciaal mozaïekdak, waardoor het een gezichtsbepalend gebouw wordt op die centrale plek in Den Haag. De Kessler Stichting huurt het voortaan van de gemeente en kan er een groot deel van de opvangvoorzieningen die nu elders in de stad zitten, in onderbrengen, inclusief een wasserette, fitnessruimte, kooklokaal, Pakkie Deftig en de kantoren.”

En dan op naar de volgende honderd jaar? Wat zijn de plannen?

“We willen graag elders beproefde recepten in praktijk brengen, zoals het ‘housing first’, waarbij mensen worden opgevangen in een zelfstandige woonruimte in plaats van in een opvangverblijf. De veronderstelling hierbij is dat de mensen dan positiever zullen staan ten opzichte van de geboden hulp. Verder willen we een van onze beschermde woonvoorzieningen, aan de Toussaintkade, meer op maat maken. De voorziening is nu gehuisvest in een oud klooster, sfeervol maar met weinig individuele ruimte voor de cliënten.

Over het algemeen streven we in de toekomst naar nog meer preventie, eerder signalen oppakken en er iets aan doen. Nog altijd een goedkope manier om erger te voorkomen.”

Kessler Stichting, Postbus 371, 2501 Cj Den Haag, tel. 070 - 301 25 00, www.kesslerstichting.nl.

Omvang van een aantal OGGZ-(risico)groepen in de regio Haaglanden

R. Gilissen

In 2011 is de eerste OGGZ-Monitor Haaglanden verschenen (1). De monitor presenteert de aard en omvang van een aantal OGGZ-(risico)groepen in de regio Haaglanden. Onderstaand artikel licht de OGGZ-monitor toe en geeft de resultaten weer van een selectie van de (risico)groepen.

Inleiding

De OGGZ-Monitor Haaglanden is opgezet om meer inzicht te krijgen in de aard en omvang van de problematiek op het terrein van de Openbare Geestelijke Gezondheidszorg (OGGZ) in de regio Haaglanden. De monitor is een samenwerkingsproject van de GGD Den Haag en de GGD Zuid-Holland West.

De OGGZ-Monitor Haaglanden brengt de aard en omvang van een groot aantal OGGZ-(risico)groepen in beeld. Per trede van de OGGZ-ladder¹ is de omvang van elke (risico)groep en waar mogelijk de instroom in 2009 weergegeven, onderscheiden naar geslacht en leeftijd van de cliënten. De omvang van de (risico)groepen wordt bovendien per gemeente gepresenteerd. In kader 1 staat per trede volgens de genoemde ladder weergegeven welke OGGZ (risico)groepen in de monitor Haaglanden zijn opgenomen.

Kader 1:

OGGZ-(risico)groepen opgenomen in de OGGZ-Monitor Haaglanden

Trede 1: Risico in de gemeenschap

Onder deze trede zijn de volgende risicogroepen uit de algemene bevolking opgenomen:

- Financieel niet kunnen rondkomen en schulden
- (Zeer) ernstig vereenzaamden
- Mensen met psychische problemen (depressie/ angststoornis)
- Alcohol- en drugsgebruik
- Huiselijk geweld

Trede 2: Kwetsbaar in de gemeenschap

Onder deze trede zijn de mensen opgenomen die bekend en/of gemeld zijn bij signalerende instellingen:

- Meldingen bij het Centraal Coördinatiepunt GGD Den Haag
- Meldingen bij het Vangnet en de Meldpunten Bezorgd GGD Zuid-Holland West en DWO (Delft, Westland, Oostland)
- Woningvervuilingen
- Mensen die gebruik maken van schuldhulpverlening of schuldsanering
- Huisuitzettingen
- Overlastmeldingen bij de Politie
- Verslaafden bekend bij de Politie
 - * Overlastmeldingen bij de Politie: dronkenschap en harddruggebruik
 - * Verdachten gecategoriseerd als harddruggebruiker
- Veelplegers
- Meldingen van huiselijk geweld

Trede 3 en 4: Kwetsbaar in institutionele zorg en op straat

Onder deze trede zijn de kwetsbare mensen opgenomen die in beeld zijn bij zorg- of opvangvoorzieningen:

- Verslaafden in zorg bij Brijder Verslavingszorg/ GGZ
- Langdurig zorgafhankelijken in zorg bij de GGZ
- Zorgwekkende zorgmijders in beeld bij outreachende teams van de GGZ
- Dak- en thuislozen die gebruik maken van de maatschappelijke opvang of in beeld zijn bij het Haags Straatteam.

Over de auteur:

Renske Gilissen is als epidemiologisch onderzoeker werkzaam bij de afdeling Epidemiologie van de dienst Onderwijs, Cultuur en Welzijn, gemeente Den Haag. E-mail: renske.gilissen@denhaag.nl.

¹ Voor een beschrijving van deze OGGZ-ladder zie het artikel 'Wat is OGGZ?' op pagina 14 e.v. van dit bulletin.

Methode

Voor de OGGZ-monitor is gebruik gemaakt van verschillende gegevensbronnen. Voor de beschrijvingen van de risicogroepen op trede 1 zijn gezondheidsonderzoeken geraadpleegd die door de GGD Den Haag en de GGD Zuid-Holland West zijn uitgevoerd onder de algemene bevolking. Daarnaast is gebruik gemaakt van andere onderzoeken onder de Haagse bevolking, zoals het Peilstation onderzoek van het Trimbos Instituut (middelengebruik door jongeren), het Haags Uitgaans Onderzoek (middelengebruik door jongeren) en de Haagse Stadsenquête (huiselijk geweld). Voor de andere treden is gekeken naar de (cliënt)registraties van instellingen die werken met de OGGZ-doelgroepen. Dit artikel beschrijft de resultaten van enkele (risico) groepen uit de OGGZ-monitor Haaglanden. Het is een willekeurige selectie van het totale aantal (risico) groepen in de monitor. Per trede van de OGGZ-ladder wordt op gemeenteniveau de aard en omvang van de volgende OGGZ-(risico)groepen weergegeven: Op trede 1: (zeer) ernstig vereenzaamden en zwaar en overmatig alcoholgebruikers. Op trede 2: overlastmeldingen van dronkenschap en harddruggebruik bij de politie. Op trede 3: verslaafden bekend bij de GGZ-instellingen en zorgwekkende zorgmijders in beeld bij outreachende teams van de GGZ. Op trede 4: feitelijk daklozen. Hiermee illustreert het artikel de ordening van de OGGZ-ladder en geeft het inzicht in de aard en

omvang van een aantal belangrijke OGGZ-(risico) groepen in de regio Haaglanden.

Regio Haaglanden

De regio Haaglanden bestaat uit negen gemeenten van uiteenlopende grootte: Den Haag, Zoetermeer, Westland, Delft, Leidschendam-Voorburg, Rijswijk, Pijnacker-Nootdorp, Wassenaar, en Midden-Delfland. Den Haag is qua inwoneraantal de grootste gemeente, Midden-Delfland de kleinste (tabel 1). Ook Zoetermeer, Westland en Delft tellen veel inwoners. De mate van stedelijkheid varieert echter tussen deze

‘Gebleken is dat de prevalentie van psychiatrische stoornissen en langdurige zorgafhankelijkheid hoger is in zeer sterk verstedelijkte gebieden’

gemeenten. Zo zijn Den Haag en Delft zeer sterk verstedelijkt en is Westland matig verstedelijkt. Dit verschil is van betekenis omdat, uitgaande van eerder onderzoek (3), men een samenhang kan verwachten tussen de omvang van het zorggebruik en verstedelijking. Gebleken is dat de prevalentie van psychiatrische stoornissen en langdurige zorgafhankelijkheid hoger is in zeer sterk verstedelijkte gebieden (4-5).

Tabel 1.

Aantal inwoners in de regio Haaglanden, de bevolkingsdichtheid en de mate van stedelijkheid naar gemeente, CBS-Statline, 2009.

Gemeente	Aantal inwoners	Bevolkingsdichtheid (#inwoners per km ²)	Mate van stedelijkheid ^a
Den Haag	481.860	5.885	zeer sterk
Zoetermeer	120.880	3.498	Sterk
Westland	99.440	1.250	Matig
Delft	96.520	4.227	zeer sterk
Leidschendam-Voorburg	72.700	2.219	zeer sterk
Rijswijk	46.760	3.325	zeer sterk
Pijnacker-Nootdorp	45.900	1.229	Matig
Wassenaar	25.910	508	Matig
Midden-Delfland	17.600	372	Matig

^azeer sterk \geq 2500 adressen per km²; sterk 1500 - 2500 adressen per km²; matig 1000 - 1500 adressen per km².

Tabel 2.*(Zeer) ernstig vereenzaamden per gemeente, Haaglanden 2008.*

Gemeente	% (Zeer) ernstig eenzaam	
	19 t/m 64 jaar (2009)	65 jaar en ouder
Den Haag	*	*
Zoetermeer	7%	10%
Westland	5%	7%
Delft	9%	8%
Leidschendam-Voorburg	9%	6%
Rijswijk	7%	10%
Pijnacker-Nootdorp	5%	7%
Wassenaar	6%	7%
Midden-Delfland	4%	5%

* In Den Haag zijn andere leeftijdsgrenzen gehanteerd, hier voelt 10% van de inwoners van 16 jaar en ouder zich (zeer) ernstig eenzaam.

Trede 1: Risico in de gemeenschap

De (zeer) ernstig vereenzaamden

Uit de gezondheidsenquêtes blijkt dat 10% van de inwoners van Den Haag van 16 jaar en ouder zich ernstig tot zeer ernstig eenzaam voelt. In de overige gemeenten van de regio Haaglanden is dit percentage iets lager (tabel 2).

Eenzaamheid komt niet vaker voor bij mannen dan bij vrouwen. Ouderen (85+) blijken wel vaker eenzaam: in Den Haag voelt 15% van de 85-plussers zich ernstig tot zeer ernstig eenzaam, in de overige gemeenten van de regio Haaglanden (de regio Zuid-Holland West) voelt 12% van de 85-plussers zich (zeer) ernstig eenzaam.

Zwaar en overmatig alcoholgebruik

Uit de gezondheidsenquêtes blijkt dat 74% van de Haagse bevolking van 16 jaar of ouder alcohol drinkt, 6% ooit alcohol heeft gedronken maar niet meer drinkt en 19% nooit heeft gedronken. In de overige gemeenten van de regio Haaglanden (de regio Zuid-Holland West) drinkt 85% van de volwassenen en 79% van de ouderen alcohol.

Bij het vergelijken van hoge alcoholconsumpties wordt gekeken naar de 'zware' drinkers en de 'overmatige' drinkers. Zwaar drinken wordt gekenmerkt door het op één dag drinken van grote hoeveelheden alcohol², terwijl overmatig drinken gaat om de totale weekconsumptie van alcohol³.

De percentages zware en overmatige drinkers per gemeente staan in tabel 3. 10% van de Hagenaars van 16 jaar of ouder blijkt een zware drinker te zijn. In Zuid-Holland West is 18% van de volwassenen en 5% van de ouderen een zware drinker. Overmatig alcoholgebruik komt voor bij 11% van de Hagenaars van 16 jaar of ouder, 13% van de volwassenen uit Zuid-Holland West en 17% van de ouderen uit Zuid-Holland West. De meeste zware drinkers wonen in Delft en Westland. Vooral mannen blijken zwaar of overmatig alcohol te gebruiken. Verder is het opvallend dat 65-plussers relatief minder vaak zware drinkers zijn (minder vaak veel glazen op één dag), maar relatief vaker overmatige drinkers (totale weekconsumptie).

² minstens 1 dag per week 6 glazen of meer voor mannen en minstens 1 dag per week 4 glazen of meer voor vrouwen

³ 21 glazen of meer per week voor mannen en 14 glazen of meer per week voor vrouwen

Tabel 3.

Zwaar/Overmatig alcoholgebruik onder volwassenen per gemeente, Haaglanden 2008.

Gemeente	% Zware drinker*		% Overmatige drinker**	
	19 t/m 64 jaar (2009)	65 jaar en ouder	19 t/m 64 jaar (2009)	65 jaar en ouder
Den Haag	***	***	***	***
Zoetermeer	15%	4%	10%	16%
Westland	24%	6%	16%	16%
Delft	24%	5%	16%	18%
Leidschendam-Voorburg	13%	4%	10%	17%
Rijswijk	16%	6%	14%	19%
Pijnacker-Nootdorp	15%	5%	11%	16%
Wassenaar	14%	5%	14%	21%
Midden-Delfland	19%	2%	13%	16%

* Zware drinker: minstens 1 dag per week 6 glazen of meer voor mannen, 4 glazen of meer voor vrouwen

** Overmatige drinker: 21 glazen of meer per week voor mannen, 14 glazen of meer voor vrouwen.

*** In Den Haag zijn andere leeftijdsgrenzen gehanteerd, hier is 10% een zware drinker en 11% een overmatige drinker.

Trede 2: Kwetsbaar in de gemeenschap

Overlastmeldingen van dronkenschap en harddruggebruik bij de politie

Overlast als gevolg van dronkenschap en overlast door harddruggebruik worden geregistreerd met behulp van het Geïntegreerd meldkamersysteem (GMS) van

de Politie Haaglanden. Tabel 4 geeft een overzicht van de meldingen per gemeente en het aantal meldingen per 10.000 inwoners per gemeente. In Den Haag, Zoetermeer, Delft, Leidschendam-Voorburg en Rijswijk (sterk tot zeer sterk verstedelijkte gemeenten) zijn relatief meer overlast-

Tabel 4.

Overlastmeldingen van dronkenschap en harddruggebruik per gemeente. GMS Politie Haaglanden, 2009.

Gemeente	Overlast dronkenschap	per 10.000 inwoners	Overlast harddruggebruik	per 10.000 inwoners
Den Haag	898	18,6	235	4,9
Zoetermeer	95	7,9	22	1,8
Westland + Midden-Delfland*	63	5,4	8	0,7
Delft	193	20,0	30	3,1
Leidschendam-Voorburg	62	8,5	15	2,1
Rijswijk	64	13,7	3	0,6
Pijnacker-Nootdorp	17	3,7	3	0,7
Wassenaar	19	7,3	1	0,4
Totaal Haaglanden	1.411	14,0	317	3,1

* geen apart politiebureau in Midden-Delfland. Mensen uit Midden-Delfland kunnen terecht bij het Bureau Westland.

meldingen gedaan dan in Westland en Midden-Delfland, Pijnacker-Nootdorp en Wassenaar (matig verstedelijkt). De meeste overlastmeldingen van dronkenschap en harddruggebruik zijn gedaan in Den Haag en Delft.

Trede 3: Kwetsbaar in institutionele zorg

Verslaafden in zorg

Voor de beschrijving van verslaafden in zorg is gebruik gemaakt van de registraties van de instellingen voor geestelijke gezondheidszorg (GGZ) in Haaglanden. Bij de Brijder Verslavingszorg, onderdeel van de Parnassia Bavo Groep, zijn alle cliënten in zorg in 2009 gerekend als verslaafd. Binnen de andere GGZ-instellingen zijn verslaafden geïdentificeerd met behulp van de DSM-IV diagnose (zie kader 2).

In Haaglanden waren in 2009 in totaal 6.532 verslaafden in zorg (tabel 6). Dit aantal is de som van het aantal verslaafden in zorg bij de verschillende GGZ-instellingen. Hierbij is er vanuit gegaan dat er in één kalenderjaar (2009) geen verslaafden in zorg waren bij meerdere GGZ-instellingen. De meeste verslaafden in zorg in Haaglanden komen uit Den Haag. Hiernaast komen er relatief veel verslaafden uit Zoetermeer, Delft en Rijswijk. Het aantal verslaafden in zorg is relatief laag in de matig verstedelijkte

Kader 2:

Verslaafd volgens de DSM-IV diagnose

De Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (kortweg DSM) is een handboek voor de diagnose van psychische/psychiatrische aandoeningen. Eén van de diagnostische categorieën binnen de DSM-IV is de 'aan een middel gebonden stoornissen'. Binnen deze categorie kan onderscheid gemaakt worden naar 'stoornissen DOOR het gebruik van een middel' (zoals delirium door het gebruik van een middel), en 'stoornissen IN het gebruik van een middel'. Onder deze laatste categorie vallen 'misbruik van een middel' en 'afhankelijkheid van een middel'. Alleen cliënten die lijden aan een 'aan een middel gebonden stoornis' en binnen deze categorie aan 'afhankelijkheid van een middel', zijn geclassificeerd als 'verslaafd'. Binnen deze groep is nog onderscheid gemaakt naar verslaving aan alcohol, drugs of andere middelen (bv. slaap- en kalmeringsmiddelen).

gemeenten Westland, Pijnacker-Nootdorp en Midden-Delfland.

De meeste verslaafden zijn tussen de 35 en 54 jaar. Mannen zijn in alle leeftijds categorieën oververtegenwoordigd (figuur 1).

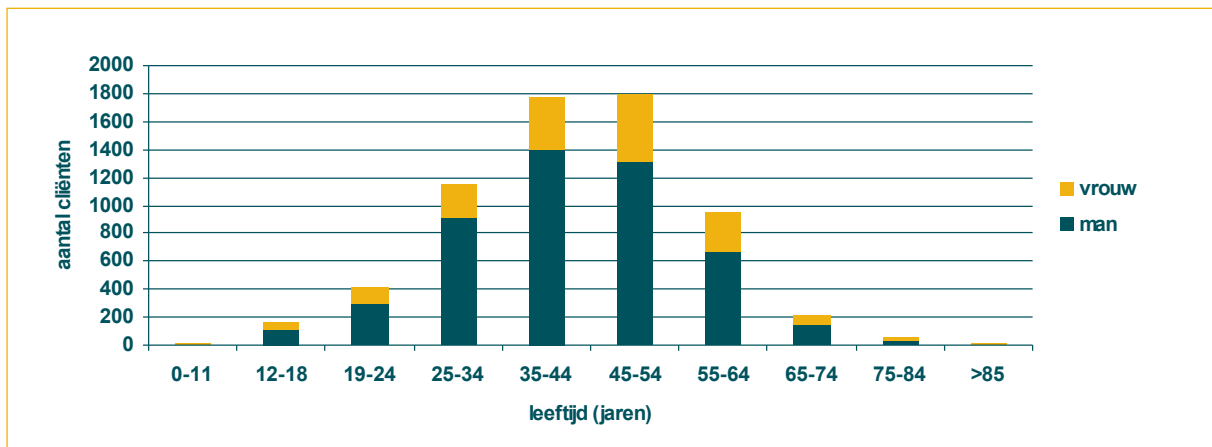
Tabel 6.

Aantal verslaafden in zorg naar gemeente, 2009.

Gemeente	Aantal	Per 10.000 inwoners
Den Haag	4.111	85,3
Zoetermeer	625	51,7
Westland	197	19,8
Delft	509	52,7
Leidschendam-Voorburg	286	39,3
Rijswijk	232	49,6
Pijnacker-Nootdorp	53	11,5
Wassenaar	73	28,2
Midden-Delfland	29	16,5
Zonder vast adres	146	
Totaal Haaglanden	6.261	62,1
Buiten Haaglanden	270	
Onbekend	1	
Totaal	6.532	

Figuur 1.

Aantal verslaafden in zorg, naar leeftijd en geslacht. Haaglanden 2009.



De helft van de verslaafden in zorg in Haaglanden heeft een alcoholverslaving (50%). Na alcohol komen opioïden- (18%), cannabis- (13%) en cocaïneverslaving (11%) het meest voor.

Zorgwekkende zorgmijders

Bij de GGZ-instellingen zijn alle cliënten die behandeld worden bij het ACT (Assertive Community Treatment)-team, of in het TOP (Team Openbare geestelijke gezondheidszorg)-team gerekend tot de

doelgroep zorgwekkende zorgmijders.

In totaal waren er in Haaglanden 1.010 zorgwekkende zorgmijders bekend bij de outreachende teams van de GGZ-instellingen. Voor dit totaal is er vanuit gegaan dat dezelfde personen niet bij meerdere outreachende teams bekend zijn. Tabel 7 toont het aantal zorgwekkende zorgmijders per gemeente. Het merendeel woont in Den Haag. Ook in de andere zeer sterk verstedelijkte gemeenten is het aandeel

Tabel 7.

Aantal zorgwekkende zorgmijders naar gemeente, 2009.

Gemeente	Aantal	Per 10.000 inwoners
Den Haag	718	14,9
Zoetermeer	6	0,5
Westland	19	1,9
Delft	84	8,7
Leidschendam-Voorburg	38	5,2
Rijswijk	21	4,5
Pijnacker-Nootdorp	1	0,2
Wassenaar	13	5,0
Midden-Delfland	5	2,8
Zonder vast adres	97	
Totaal Haaglanden	1.002	9,9
Buiten Haaglanden	8	
Totaal	1.010	

Tabel 8.

DSM-IV hoofddiagnose zorgwekkende zorgmijders. Haaglanden, 2009.

DSM-IV hoofddiagnose	Aantal	%
Delirium, dementie ea cognitieve stoornissen	5	0,5
Angststoornis	28	2,8
Persoonlijkheidsstoornissen	23	2,3
Schizofrenie ea psychotische stoornissen	467	46,2
Stemmingsstoornis	68	6,7
Aan een middel gebonden stoornissen	348	34,5
Stoornissen in de kindertijd	34	3,4
Aanpassingsstoornis	15	1,5
Overig	14	1,4
Geen	3	0,3
Onbekend	5	0,5
Totaal	1.010	100

zorgwekkende zorgmijders per 10.000 inwoners hoger dan in de matig verstedelijkte gemeenten Westland, Pijnacker-Nootdorp en Midden-Delfland. Relatief weinig zorgwekkende zorgmijders, bekend bij de ACT- of TOP-teams van GGZ-instellingen, komen uit Zoetermeer en Pijnacker-Nootdorp.

Van de 1.010 zorgwekkende zorgmijders bekend bij de GGZ-instellingen in Haaglanden, zijn de meesten tussen de 25 en 64 jaar (figuur 2). Het merendeel is man (72%). In tabel 8 staat de DSM-IV

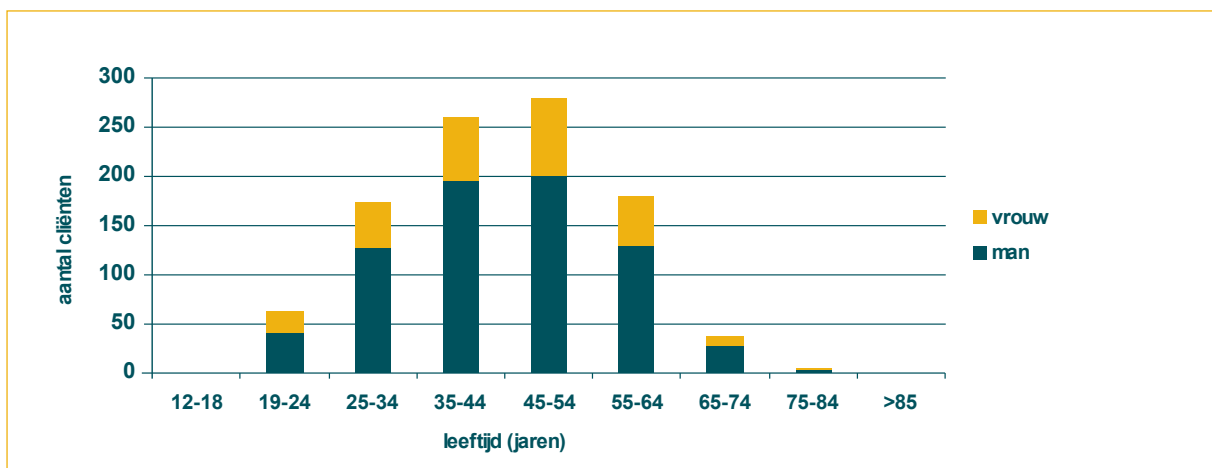
hoofddiagnose van de zorgwekkende zorgmijders uit de regio Haaglanden, die in 2009 stonden ingeschreven bij één van de outreachende teams van de GGZ-instellingen. De meest voorkomende stoornissen bij de zorgwekkende zorgmijders zijn schizofrenie en andere psychotische stoornissen (46%) en aan een middel gebonden stoornissen (35%).

Trede 4: Kwetsbaar op straat

Daklozen in de nachtopvangvoorzieningen in Haaglanden
In 2009 hebben in totaal 600 mensen tenminste één

Figuur 2.

Aantal zorgwekkende zorgmijders naar leeftijd en geslacht. Haaglanden, 2009.



Tabel 9.

Aantal bezoekers van de nachtopvang en instroom in 2009. Haaglanden, 2009.

Voorziening	Aantal bezoekers in 2009	Instroom in 2009
Nachtopvang Goodwillwerk Leger des Heils Den Haag	600	310
Passantenverblijf/crisisopvang Kessler Stichting Den Haag	929	*
Dienstencentrum PerspeKtief Delft	324	128
Totaal	**	**

* Onbekend

**Wegens mogelijk grote overlap zijn de aantallen niet bij elkaar op te tellen.

nacht gebruik gemaakt van de nachtopvang van het Goodwillwerk Leger des Heils in Den Haag, verbleven er 929 mensen in de nacht- (688) of crisisopvang (241) van Kessler Stichting te Den Haag en stonden 324 mensen ingeschreven bij het dienstencentrum van PerspeKtief (tabel 9).

Van de bezoekers is een ruime meerderheid man (77% bij Kessler Stichting, 88% bij PerspeKtief). De meeste feitelijk daklozen zijn tussen de 25 en 54 jaar oud. 13% van de feitelijk daklozen die bij Kessler Stichting verblijven, is tussen de 18 tot 25 jaar (zwerfjongeren), bij PerspeKtief is 15% jonger dan 25 jaar.

Beschouwing

Dit artikel geeft een beeld van de aard en omvang van enkele (risico)groepen op het terrein van de OGGZ in de regio Haaglanden. Over het algemeen laten de resultaten op gemeenteniveau zien dat het aandeel cliënten hoger is in zeer sterk verstedelijkte gemeenten (Den Haag, Delft, Leidschendam-Voorburg en Rijswijk) dan in matig verstedelijkte gemeenten (Westland, Pijnacker-Nootdorp, Wassenaar en Midden-Delfland). Dit komt overeen met eerder onderzoek (4-5). Mogelijk trekken grotere steden meer mensen aan met (een verhoogd risico op) psychische problemen (sociale selectie), mogelijk ook veroorzaakt de stedelijke omgeving psychische problemen (sociale causatie) (3). De OGGZ-Monitor Haaglanden laat zien dat Den Haag de meeste cliënten telt bij vrijwel alle (risico)groepen, zowel absoluut als relatief. Den Haag is de grootste gemeente qua inwoners, is zeer sterk verstedelijkt en heeft ook de meeste zorgvoorzieningen.

Hoewel de monitor inzicht geeft in de problematiek in 2009, is bij het bespreken van de risicogroepen op trede 1 ook gebruik gemaakt van gezondheidsenquêtes

uit 2008. De gezondheidsenquêtes geven de resultaten weer op groepsniveau (per enquête ± 4.000 inwoners). Die resultaten zijn niet erg aan verandering in de tijd onderhevig. Ze geven dan ook een beeld van de omvang van de risicogroepen in 2009.

De respons van de gebruikte gezondheidsenquêtes ligt tussen de 49 en 65%. Mogelijk is hier sprake van een selectieve respons, waardoor de respondenten niet representatief zijn voor de totale bevolking van de regio Haaglanden. De werkelijke cijfers kunnen daardoor wat hoger of wat lager zijn dan de gepresenteerde.

De aantallen verslaafden en zorgwekkende zorgmijders die bekend zijn bij de verschillende GGZ-instellingen in Haaglanden, zijn bij elkaar opgeteld om een totaal beeld te krijgen van het aantal verslaafden en zorgwekkende zorgmijders dat in Haaglanden in zorg is. Dit klopt alleen bij de veronderstelling dat één persoon niet bij meerdere GGZ-instellingen tegelijkertijd in zorg zal zijn. Omdat het niet logisch en waarschijnlijk is dat iemand op twee plekken in de GGZ zit, zal de mate van overlap hier gering zijn. Dit rechtvaardigt de optelling. Een overzicht van het aantal verslaafden en het aantal zorgwekkende zorgmijders per GGZ-instelling is opgenomen in de OGGZ-monitor Haaglanden (1).

Waarschijnlijk is er wel enige overlap binnen en tussen de andere (risico)groepen, waardoor de aantallen van de verschillende (risico)groepen *niet* bij elkaar kunnen worden opgeteld. Het is bijvoorbeeld goed mogelijk dat iemand over wie een overlastmelding van harddruggebruik is binnengekomen bij de politie, tevens als verslaafde in zorg is bij een GGZ-instelling. Een ander voorbeeld

is de waarschijnlijke overlap in het aantal bezoekers tussen de verschillende nachtopvangvoorzieningen. De bezoekers reserveren daar per nacht en kunnen indien gewenst van voorziening wisselen. Hoewel de overlap binnen en tussen de (risico)groepen relevant is voor onderzoek en beleid, is deze moeilijk in kaart te brengen. Ten eerste vergt dit eenduidige definities van de OGGZ-(risico)groepen. Wanneer de gehanteerde definities van de verschillende instanties erg verschillen, is het niet mogelijk om de selecties van personen te vergelijken. Ten tweede is het koppelen van bestanden tussen verschillende instellingen op dit moment niet haalbaar vanwege de privacywetgeving. Om te voorkomen dat personen die bij meerdere instellingen bekend zijn dubbel worden geteld, dient een aantal privacygevoelige gegevens

‘Bovendien wekt het koppelen van gegevens ten onrechte de illusie van precisie in het weergeven van de totale omvang van de OGGZ-problematiek; juist binnen de OGGZ is een deel niet zichtbaar’

(zoals naam of Burgerservicenummer) uitgewisseld te worden. Vanwege de privacybescherming van de cliënten en het beroepsgeheim van de hulpverleners kan dat niet zomaar. Om te kunnen koppelen is het ten derde noodzakelijk dat alle meewerkende instellingen uniform en nauwkeurig registreren. Onjuiste spelling van namen of typefouten in bijvoorbeeld geboortedata leiden alsnog tot valse dubbelstellingen. Perceptieverschillen tussen instellingen, de kwaliteit van de verzamelde gegevens en de privacywetgeving maken het op dit moment niet zinvol om bestanden te koppelen. Bovendien wekt het koppelen van gegevens ten onrechte de illusie van precisie in het weergeven van de totale omvang van de OGGZ-problematiek; juist binnen de OGGZ is een deel niet zichtbaar.

De resultaten in de OGGZ-Monitor Haaglanden geven geen allesomvattend beeld van de totale OGGZ-problematiek in de regio Haaglanden. De OGGZ is hiervoor te breed. Er zijn meer instellingen in de regio Haaglanden met cliënten die (mogelijk) binnen de OGGZ-doelgroep vallen. Ook zijn er meer (risico)groepen denkbaar die (voor een deel) binnen de OGGZ vallen. De monitor geeft inzicht in dat deel



65 plussers zijn minder vaak zware drinkers, maar relatief vaker overmatige drinkers

van de (risico)groepen dat bereikt is en bekend is bij de aan dit onderzoek meewerkende instellingen.

Tot slot

De OGGZ-Monitor Haaglanden geeft een eerste beeld van de aard en omvang van diverse (risico)groepen op het terrein van de OGGZ in de regio Haaglanden. Inzicht in deze (risico)groepen is van belang, om gemeentelijk beleid af te stemmen dat streeft naar vermindering en mogelijk het voorkomen van uitsluiting en dakloosheid.

Ontwikkelingen op verschillende niveaus kunnen van invloed zijn op de aard en omvang van OGGZ-(risico)groepen. Zo kan lokaal beleid gericht op de preventie van huisuitzettingen leiden tot een daling in het aantal huisuitzettingen. Tegelijkertijd kan de mondiale kredietcrisis leiden tot een groter aantal personen met huurschulden waardoor het aantal huisuitzettingen kan stijgen. Europees beleid op het gebied van het openstellen of sluiten van de landsgrenzen is van invloed op de samenstelling van de bevolking. Dit heeft bijvoorbeeld geleid tot een toename van het aantal Polen in Haagse opvangvoorzieningen.

Herhaling van de monitor maakt het mogelijk om trends in aantallen en verschuivingen in kenmerken van de doelgroep of problematiek te signaleren. Dit is weer van belang voor een adequate lokale en/of regionale beleidsvorming. Het streven is om de OGGZ-Monitor Haaglanden met regelmaat te presenteren.

Referenties:

1. OGGZ-monitor Haaglanden. (2010). Aard en omvang OGGZ-(risico)groepen in de regio Haaglanden. GGD Den Haag en GGD Zuid-Holland West.
2. Wolf J. Handreiking OGGZ in de Wmo. In opdracht van het ministerie van VWS en de VNG, Den Haag 2006.
3. Krabbendam L, Os J van. Schizophrenia and urbanicity: a major environmental influence-conditional on genetic risk. *Schizophrenia Bulletin*, 31, 759-799. 2005.
4. Dieperink CJ, Pijl YJ, Mulder CL, e.a. Langdurig zorgafhankelijke patiënten in de GGZ: samenhang met verstedelijking. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 50, 761-769. 2008.
5. Peen J, Dekker J, Schoevers RA e.a. Is the prevalence of psychiatric disorders associated with urbanization? *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 42, 984-989. 2007.

Winterkoudeonderzoek 2010-2011

R. Gilissen

Om meer inzicht te krijgen in de grootte en kenmerken van de groep feitelijk daklozen¹ is in de vier grote steden (Amsterdam, Den Haag, Rotterdam en Utrecht) in de winter van 2010/2011 het Winterkoudeonderzoek uitgevoerd. De winter biedt bij uitstek de gelegenheid voor dit onderzoek, omdat het dan bij de nachtopvang een stuk drukker is en er ook mensen komen die normaal gesproken buiten slapen. Vanwege de lage temperaturen was vrijwel de hele maand december de zogeheten winterregeling van kracht, behalve van 9 tot en met 13 december.

Voor Den Haag was het de eerste keer dat een Winterkoudeonderzoek werd gedaan. Hieronder volgen enkele bevindingen uit de Haagse tussenrapportage.

De winterregeling houdt in dat de nachtopvangvoorzieningen kosteloos worden opengesteld voor alle daklozen. De toeloop is daardoor groter, waardoor het mogelijk was om in een kort tijdsbestek met veel daklozen te spreken. Informatie is verzameld bij daklozen, buiten en in de nachtopvangvoorzieningen. In de loop van 2011 wordt de rapportage van de vier grote steden verwacht. Om alvast een beeld te geven van de feitelijk daklozen in Den Haag, is er een Haagse tussenrapportage geschreven. Het is een eerste inventarisatie van het aantal unieke personen in de nachtopvangvoorzieningen in de maand december 2010 en van de resultaten van 105 enquêtes die begin december 2010 zijn afgenomen onder de daklozen.

De resultaten

In december 2010 meldden zich in totaal 453 unieke personen bij de nachtopvangvoorzieningen in Den Haag. Om het aantal unieke personen in beeld te brengen zijn de mensen die op meerdere locaties hebben overnacht, maar één keer meegeteld. Het is mogelijk dat er nog een harde kern van buitenslapers is die ook tijdens de winterregeling niet naar de nachtopvangvoorzieningen komt en nu dus ook niet in beeld is gekomen. Ten tijde van de winterregeling in december 2010 waren er in Den Haag gemiddeld 188 bedden bezet (op een capaciteit van 237 bedden). De meesten van de 453 feitelijk daklozen waren mannen in de leeftijd tussen 23 en 54 jaar. Bijna de

helft (49%) had de Nederlandse nationaliteit. Hiernaast was de meerderheid van de bezoekers van de nachtopvangvoorzieningen afkomstig uit één van de nieuwe EU lidstaten (ook wel MOE-landers genoemd: 27%), waarvan in Den Haag de meesten afkomstig waren uit Polen (19% van de totale groep was Pools).

Veel daklozen bleken pas recent dakloos: 50% was het afgelopen jaar voor het eerst dakloos geraakt. Een ruime meerderheid van de daklozen (82%) sliep wel eens op straat (bijvoorbeeld in een portiek, onder een brug, of een geïmproviseerde schuilplaats). 61% gaf aan dit in de drie maanden voorafgaand aan de enquête nog te hebben gedaan. In de maand november 2010 had men gemiddeld zeven nachten op straat geslapen en tien nachten in de nachtopvangvoorzieningen.

Bijna de helft (49%) van de daklozen vertelde schulden te hebben. Daklozen met de Nederlandse nationaliteit hadden de hoogste schulden. De helft gaf aan in het jaar voorafgaand aan de enquête ten minste één nacht in detentie (politiecel, huis van bewaring, en/of penitentiaire inrichting) te hebben gezeten.

20% van de daklozen vertelde een hoog opleidingsniveau te hebben (een diploma van het hoger beroepsonderwijs of wetenschappelijk

Over de auteur:

Renske Gilissen is als epidemiologisch onderzoeker werkzaam bij de afdeling Epidemiologie van de dienst Onderwijs, Cultuur en Welzijn, gemeente Den Haag. E-mail: renske.gilissen@denhaag.nl.

¹ Feitelijk daklozen zijn mensen die niet beschikken over een eigen woonruimte en die voor een slaapplek gedurende de nacht ten minste 1 nacht waren aangewezen op: buiten slapen, ofwel overnachten in de open lucht en in overdekte openbare ruimten zoals portieken, fietsenstallingen, stations, winkelcentra of een auto, en/of binnen slapen in passantenverblijven van de maatschappelijke opvang, inclusief eendaagse opvang, en/of binnen slapen bij vrienden, kennissen of familie, zonder vooruitzichten op een slaapplek voor de daaropvolgende nacht. Bron: Wolf e.a. Op achterstand (2001).



Passantenverblijf Kessler Stichting, waar in december 2010 vanwege de koude mensen kosteloos werden opgevangen

onderwijs). 59% had als hoogst voltooide opleiding lager of middelbaar beroepsonderwijs of voortgezet

'Het opleidingsniveau van de daklozen lijkt vrij hoog'

onderwijs. 11% had alleen de basisschool afgerond, 10% had geen enkele opleiding voltooid. Het opleidingsniveau van de daklozen lijkt vrij hoog. Wel ligt het lager dan het opleidingsniveau van de Haagse bevolking. Uit de G4 Gezondheidsenquête (2008) blijkt dat 30% van de Haagse bevolking een hoog opleidingsniveau heeft.

Tweederde van de groep (62%) gaf aan wel eens alcohol of drugs te gebruiken. Het aangegeven middelengebruik lijkt laag. Het is minder dan het gebruik van de Haagse bevolking: 74% van de Hagenaars drinkt wel eens alcohol (G4 Gezondheidsenquête, 2008). Het is mogelijk dat de daklozen tijdens de 'face-to-face' enquête sociaal wenselijke antwoorden hebben gegeven. Het aangegeven lage middelengebruik van de daklozen in Den Haag komt, evenals het hoge opleidingsniveau, wel overeen met

de resultaten uit een in 2009/2010 uitgevoerd onderzoek onder Utrechtse daklozen².

Het cannabis-, cocaïne- en opiaat-gebruik van de daklozen ligt overigens wel hoger dan dat van de algemene bevolking. Zo gebruikt 33% van de daklozen cannabis, tegenover 5% van de Hagenaars (G4 Gezondheidsenquête, 2008).

'Het aangegeven middelengebruik van de feitelijk daklozen lijkt lager dan het gebruik onder de gemiddelde Haagse bevolking'

Doordat het Winterkoudeonderzoek ook in de andere grote steden is uitgevoerd kunnen vergelijkingen worden getrokken tussen de vier grote steden (G4) en kan een beeld ontstaan van een grotere populatie feitelijk daklozen. Deze G4-rapportage wordt in de loop van 2011 verwacht.

De Haagse tussenrapportage van het Winterkoudeonderzoek kan worden opgevraagd bij Renske Gilissen, e-mail: renske.gilissen@denhaag.nl.

² Vleems R, van Bergen APL, Smit, RBJ. (2010). Koudweerregeling 2009-2010: Onderzoek onder gebruikers van de Koudweerregeling. GG&GD Gemeente Utrecht.

Stichting Limor:

“Maar al te vaak horen we psychiatrische patiënten zeggen: ik ga heus niet tussen al die gekken zitten!”

De Landelijke Instelling voor Maatschappelijke Ondersteuning en Rehabilitatie - Limor - is actief in de regio's Groningen, Friesland, Overijssel en Den Haag en omgeving. Specialiteit van Limor: mensen die dat zelf niet kunnen, helpen bij het zelfstandig wonen. Dat gebeurt door langdurige of korter durende opvang of door begeleiding aan huis. Bij wijze van nazorg of ter voorkoming van huisuitzetting.

Aan welke mensen moeten we dan denken?

Sjanie Korporaal, coördinator bij Limor Den Haag: “Aan mensen met psychiatrische problemen, verslaafden, mensen met een verstandelijke beperking, dakloos of dreigend dakloos. Mensen die enigszins de weg kwijt zijn en zich niet kunnen handhaven. Limor neemt bij hen tijdelijk de regie over om samen de schade te beperken en de situatie te stabiliseren. Of om samen een aanpak te zoeken voor verbetering. We begeleiden géén jongeren, pas vanaf achttien jaar kan men bij ons terecht. De groep waar we mee werken is tussen de dertig en vijftig jaar, vaak met een gezin. We zien de laatste tijd een verschuiving van overwegend laagopgeleide naar de wat beter opgeleide mensen met een woonhuis of eigen bedrijfje, die door de economische crisis in de problemen zijn gekomen. Ze worden meestal naar Limor verwezen door het CCP, Parnassia, Psyq, Brijderstichting, MEE, jeugdzorg, woningcorporatie, de schuldhulpverleningver etc., maar men kan zich ook zelf aanmelden. We merken dat dat vooral digitaal gebeurt, kennelijk is de drempel dan lager.”

Wat doet Limor voor de mensen?

“We bieden kortdurende opvang, dat wil zeggen ongeveer een half jaar, in de doorstroomvoorzieningen waarvan er één staat in Den Haag en één in Zoetermeer. Daarnaast hebben we langdurige opvang in Beschermd Wonen. Den Haag kent drie Beschermd Wonen projecten. Hier wonen de mensen met meerderen onder één dak, met een eigen kamer of klein appartement en overdag en 's avonds begeleiding. Doel van de doorstroomvoorzieningen is mensen leren het allemaal (weer) zelf te kunnen. Ook vanuit beschermd wonen stromen mensen uiteindelijk weer door naar een eigen huis. Komen ze daar terecht dan biedt Limor nog een tijdlang ambulante begeleiding, we laten mensen niet zomaar los. Bij sommigen kan dat ook helemaal niet, die blijven heel

lang in begeleiding. En dan is er nog de groep die al in een eigen huis woont en het toch niet redt. Voor deze groep werken drie teams van ambulante woonbegeleiders door de hele regio Haaglanden.”

Wat streven jullie na?

“Wij willen de mensen leren zelf hun bestaan te leven. Daartoe delen we hun leven als het ware op in stukjes die ze kunnen overzien, en leren we ze stukje voor stukje er weer een compleet bestaan van te maken, dat ze overzien en aankunnen. Het is een groep die intensieve begeleiding nodig heeft en die niet in staat is om zelfstandig gebruik te maken van allerlei gemeentelijke voorzieningen. De groep die wij bedienen wordt door de bezuinigingen eerder groter dan kleiner.”

En waaruit bestaat jullie begeleiding concreet, in de praktijk?

“We bemiddelen bijvoorbeeld naar de schuldhulpverlening. Lang niet iedereen komt daarvoor in aanmerking, het minste dat van je wordt verwacht is een overzicht van inkomsten, uitgaven en schulden. Dus sorteren wij de post, maken rekeningen open, doen alles in mappen en stellen een overzicht op. Pas dan kan iemand zich voor schuldhulpverlening aanmelden bij Den Haag OpMaat (een afdeling van de dienst SZW, WvR).

Bij klachten van psychiatrische aard of verslaving helpen we de mensen zich aan te melden bij een instelling die er iets aan kan doen. Zo nodig nemen we ze aan het handje. Voor de betreffende mensen zijn de drempels veel hoger dan je van buitenaf zou denken.

Ook helpt Limor bij het structureren van het huishouden. We maken niet zelf schoon, maar proberen orde te brengen in de chaos die mensen van hun huis hebben gemaakt. Als ze geen structuur meer hebben in hun dag- en nachtritme helpen we met de



Limor helpt mensen die dat zelf niet kunnen, bij het zelfstandig wonen

dagbesteding: wat kun je nog en waar kan je dat doen. Soms moet je mensen op een lager niveau inzetten om te kijken of ze een activiteit langere tijd kunnen volhouden. Onze manier van werken wordt situationeel begeleiden genoemd.”

Waarin onderscheidt Limor zich van de andere hulp- en opvangorganisaties in Den Haag?

“Het specifieke van Limor zit in de begeleiding aan huis. Die ambulante tak is groot en werkt vooral ter voorkoming van huisuitzettingen. Verder wordt Limor door andere organisaties ingehuurd om uit te zoeken hoe de financiële achterstand van mensen in elkaar zit of om mensen die weer aan het werk moeten, te helpen met een plan waardoor ze gemotiveerd worden iets te gaan doen.

Wat zijn jullie de komende jaren van plan?

“We willen onze opvang moderniseren, een aantal voorzieningen gaat verhuizen. Verder gaan we voor bepaalde diensten die we leveren -zoals de financiële begeleiding van mensen die weer op zichzelf wonen- een tarievenaanbod doen. En we gaan zelf vormen van dagbesteding opzetten. Nu horen we psychiatrische patiënten nog al te vaak zeggen: ik ga heus niet tussen al die gekken zitten! Dat betekent dat ze zich niet herkennen in wat er wordt aangeboden en dat we meer onderscheid moeten maken in de interesses van de mensen.”

Stichting Limor regio Zuid-Holland: Duindoorn 30, 4e etage, 2262 AR Leidschendam, tel. 070 - 301 25 00. Aanmelden via www.limor.nl/contact.

Steunpunt Huiselijk Geweld:

“Ons streven is heel eenvoudig: ervoor zorgen dat mensen geweldloos met elkaar verder kunnen.”

Vanaf 2005 functioneert in Den Haag het Steunpunt Huiselijk Geweld. Dat jaar bereikten 300 meldingen het Steunpunt, afgelopen jaar waren het er 1100. Nog altijd het topje van de ijsberg. Projectleider Rachel Levi: “Uit onderzoek weten we dat in Nederland 40% van alle volwassenen ooit in aanraking is geweest met een vorm van huiselijk geweld, dit is inclusief de mensen die getuige zijn geweest van huiselijk geweld. Dat aantal van 1100 meldingen is hoe dan ook nog veel te laag.”

Het Steunpunt is er voor mensen in gewelddadige relaties. Ze zijn slachtoffer van geweld door hun partner of ex-partner, van ouderenmishandeling en oudermishandeling, van eerwraak of van loverboys. De meeste meldingen komen niet rechtstreeks bij het Steunpunt terecht, maar via de politie of via professionals zoals huisartsen en scholen. In de regio Haaglanden is een regionale meldcode van kracht -binnenkort volgt landelijk de wet op de meldcode-, die hulpverleners voorschrijft hoe te handelen bij signalen van huiselijk geweld. Een van de te nemen stappen is: melden bij het Steunpunt Huiselijk Geweld. Hierdoor komen er nu ook meer meldingen van de ziekenhuizen binnen.

Om wat voor mensen gaat het en waarvoor kunnen ze bij het Steunpunt terecht?

Slachtoffers van huiselijk geweld komen voor in alle lagen van de bevolking. Wel kun je stellen dat er in achterstandswijken vaker sprake is van fysiek geweld en dat men in wijken met hoger opgeleide mensen vaker zelf de weg naar de hulpverlening weet te vinden. Mensen kunnen bij het Steunpunt terecht voor advies, per telefoon of in een persoonlijk gesprek. Rachel: “We proberen inzicht te krijgen in de situatie en de juiste hulp op gang te brengen om het geweld te stoppen. Ook bij meldingen door de politie of anderen is het steeds onze taak om de juiste hulpverlening op gang te brengen. Dat doen we met de zogeheten Haaglandse aanpak: we gaan met alle betrokken instellingen om de tafel zitten -bureau Jeugdzorg, De Waag (daderhulp), het maatschappelijk werk, de wijkagent, Parnassia, verslavingszorg- en proberen een zo compleet mogelijk beeld van het gezin te krijgen. Daarop wordt besloten waar en hoe er moet worden ingegrepen. Het Steunpunt coördineert, stemt de hulp op elkaar af en houdt de vorderingen in de gaten. Loopt de hulpverlening om de een of andere reden

vast, dan probeert de casemanager van het Steunpunt om alsnog een voet tussen de deur te krijgen en de mensen te bewegen weer hulp te accepteren. Ons streven is heel eenvoudig: ervoor zorgen dat mensen geweldloos met elkaar verder kunnen. Als de veiligheid van de kinderen niet kan worden gegarandeerd, worden ze tijdelijk uit huis geplaatst, bij voorkeur bij familie, totdat het gezin weer functioneert. De betrokken volwassenen moeten in de tussentijd aan de slag met bijvoorbeeld hun verslavingsprobleem, leren omgaan met agressie e.d. Het is bekend dat kinderen die in hun jeugd getuige zijn van geweld in het gezin, later een grotere kans hebben om zich ook gewelddadig te gaan gedragen. Dat is de spiraal die we moeten doorbreken.”

Anders dan in de tijd dat de Blijf-van-m'n-lijf-huizen ontstonden, waar vrouwen met hun kinderen werden opgevangen in geval van mishandeling thuis, betreft men tegenwoordig ook de dader bij de hulpverlening. Wat vinden jullie daarvan?

“Daar is het Steunpunt het helemaal mee eens. Laat je de dader buiten beeld dan stopt het geweld niet. De vrouw en de kinderen hebben toch een relatie met hem. Dat is niet zomaar over, vrouwen gingen uit de opvang ook vaak weer terug naar huis. Daarom betrekken we nu de dader erbij en spreken hem aan op zijn verantwoordelijkheden als partner en opvoeder.

Bij acute escalatie van geweld of de dreiging daarvan krijgt de dader tegenwoordig een tijdelijk huisverbod. Zo creëren we een time-out en hoeft de vrouw haar huis niet meer uit. Ook dan wordt bij de hulpverlening die op gang wordt gebracht, de dader betrokken. Overigens zijn er ook gevallen bekend waarbij de vrouw het geweld pleegt. We hebben in Den Haag ook een mannenopvang voor mannen die slachtoffer zijn van huiselijk geweld.”

Waarvoor komen de mensen vooral in de problemen?

“Vaak versterkt het een het ander. Drugsverslaving, alcohol, psychische stoornissen, werkloosheid, financiële problemen. Het Steunpunt probeert een sluitend hulpaanbod rond het gezin te krijgen. Of men daar gebruik van maakt is vrijwillig, maar niet vrijblijvend. Zodra er kinderen bij zijn betrokken kan het nodig zijn een beschermende maatregel te treffen en de kinderen uit huis te plaatsen. Ook als men strafbare feiten heeft gepleegd, bekend bij de politie, is er een stok achter de deur om hulp te accepteren. Mensen willen vaak geen hulp omdat ze de ernst van hun situatie niet onderkennen en denken dat ze die op eigen kracht nog wel kunnen veranderen. Er is ook veel wantrouwen naar hulpverleners.”

Het specifieke van het Steunpunt Huiselijk Geweld is dat het in de positie is om alle betrokken hulpverleningsorganisaties aan het werk te zetten en met elkaar te laten samenwerken. Ook kijkt het Steunpunt naar het hele gezin en niet speciaal naar het slachtoffer, de dader of het kind.

Wat zijn de plannen voor de toekomst?

“Dat topje van de ijsberg dat wordt gemeld is natuurlijk heel frustrerend. Voor ons betekent het dat we onze bekendheid nog meer moeten vergroten. Uit de recente Stadsenquête kwam dat 52% van de Haagse bevolking weet wat het Steunpunt is. Dat percentage moet nog verder omhoog. Het afgelopen jaar zijn we gestart met een publiekscampagne, huis aan huis in de hele regio met folders, radio, tv, posters inabri's. De komende tijd zullen we de Wet Meldcode onder de aandacht brengen bij artsen en andere hulpverleners.

Verder gaan we ervoor zorgen dat de organisaties in de keten nog minder langs elkaar heen werken. Nieuw in dat verband is de benadering ‘Signs of

safety’, waarbij je samen met het gezin en alle benodigde organisaties om de tafel gaat zitten om een veiligheidsplan te maken. Het is de bedoeling dat iedereen zich aan dat plan committeert en zich ervoor verantwoordelijk voelt.”

Het Steunpunt Huiselijk Geweld is bereikbaar op telefoonnummer 0900 - 044 33 22. Meer informatie op www.eerstehulpbijhuiselijkgeweld.nl.



Uit de publiekscampagne van het SHG: meer mensen in Den Haag moeten weten wat het Steunpunt is

Het gemeentelijk beleid in de Openbare Geestelijke Gezondheidszorg

P.P. Bezemer en E.M. Kors

In dit artikel wordt het gemeentelijk beleid van Den Haag beschreven op het gebied van de Openbare Geestelijke Gezondheidszorg (OGGZ). Uit de voorafgaande artikelen is duidelijk dat de OGGZ zich over een breed terrein uitstrekt. Het OGGZ-beleid van de gemeente houdt zich vooral bezig met de aanpak van dak- en thuisloosheid, huiselijk geweld, bestrijding van alcoholmisbruik en preventie van depressie. Het onderstaand artikel gaat nader in op de eerste twee onderwerpen: wat is het beleid van de gemeente inzake het terugbrengen van het aantal dak- en thuislozen? Wat denkt de gemeente te doen aan huiselijk geweld? En hoe krijgen de intenties van de gemeente handen en voeten in de uitvoering door de Haagse GGD en de hulp- en opvangorganisaties?

Het beleid t.a.v. de maatschappelijke opvang van dak- en thuislozen

Bij dit beleid gaat het om de aandacht voor Hagenaars met ernstige problemen op meerdere levensgebieden. Zij beschikken (tijdelijk) onvoldoende over de vaardigheden of het inzicht om zelf de weg te vinden naar de reguliere zorg en/of het gemeentelijke ondersteuningsaanbod, zoals dat in het kader van de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO) wordt geboden - onder meer thuiszorg, schuldhulpverlening en maatschappelijk werk. Na jarenlang verblijf op straat beschikt deze groep niet (meer) over de basale vaardigheden die nodig zijn om een beroep te doen op hulp. Daar komt bij dat medewerkers in de reguliere zorginstellingen doorgaans niet beschikken over de specifieke kennis die nodig is om deze groep mensen te helpen. Mede daardoor is het aanbod niet toegesneden op de bijzondere situatie waarin ze zich bevinden.

Het gebrek aan zelfredzaamheid leidt vaak tot verder afglijden en kan ook overlast en onveiligheid tot gevolg hebben. Soms gaan de betrokkenen het hulpaanbod actief uit de weg. Sommigen beschikken niet meer over vast onderdak (de feitelijk daklozen), anderen weten zich nog net staande te houden in hun eigen woning, maar lopen een aanzienlijk risico om op straat te belanden (de hoogrisicogroep).

Willen deze Hagenaars weer zelfstandig kunnen functioneren - al dan niet met ondersteuning van de

reguliere zorginstellingen en/of de gemeente - dan moeten zij minimaal zelfredzaam worden, dat wil zeggen onderdak hebben, een inkomen, zorg en werk of dagbesteding. Het beleid van de gemeente is er dan ook op gericht hen te helpen om dit alles voor elkaar te krijgen.

Sinds 2006 is het gelukt om ruim 1500 dak- en thuislozen te voorzien van een stabiele combinatie van huisvesting, zorg en inkomen. Een aantal van ruim 500 zit nog in een traject om die situatie te bereiken. En tussen de 110 en 200 personen verblijven regelmatig nog één of meerdere nachten op straat¹. Een groep van circa 1500 mensen in Den Haag behoort tot de hoogrisicogroep.

Het beleid vanaf 2006

In 2006 is Den Haag samen met de drie andere grote steden (Amsterdam, Rotterdam en Utrecht) en het Rijk gestart met het aanpakken van dak- en thuisloosheid. Hiervoor is een gezamenlijk plan van aanpak maatschappelijke opvang uitgewerkt voor de periode 2006-2014. Alle vier de steden hebben op basis van dit plan een eigen uitvoeringsplan opgesteld; in Den Haag heet dit uitvoeringsplan 'Den Haag onder Dak' afgekort DHOD. Aansluitend bij de fasen in het plan van aanpak beslaat het uitvoeringsplan ook twee fasen. De periode 2006 - 2010, Den Haag onder Dak I (DHOD I) en de periode 2011 -2014, Den Haag onder Dak II (DHOD II).

Over de auteurs:

Paula Bezemer is afdelingsmanager CCP/OGGZ, Els Kors is beleidsmedewerker afdeling MZV, dienst OCW, gemeente Den Haag.
E-mail: paula.bezemer@denhaag.nl.

¹ In feite is het aantal daklozen hoger. Het artikel over het Winterkoudeonderzoek (zie pagina 37) noemt een aantal van 453 feitelijke daklozen. In dit onderzoek zijn namelijk de mensen uit Midden-Europese landen en mensen die hier illegaal verblijven, meegeteld.

Den Haag onder Dak I

In de eerste fase (2006-2010) was het doel het verbeteren van de leefsituatie van daklozen. In deze periode is de opvangcapaciteit, d.w.z. de laagdrempelige nacht- en crisisopvang, de doorstroomvoorzieningen en het door de AWBZ gefinancierde verblijf, fors uitgebreid. Daarmee zijn er nu ruim 800 plaatsen voor de opvang van deze doelgroep beschikbaar. Ook het aanbod aan dagbesteding, activering en financiële dienstverlening speciaal voor deze groep, is uitgebreid. De medische basiszorg is vergroot door het openen van gebruikersruimten voor opiaatverslaafde daklozen. Om overlast tegen te gaan zijn er nazorgtrajecten voor ex-gedetineerden en integratietrajecten voor veelplegers opgezet. Om alles te overzien, te coördineren en er de regie over te behouden, is er één centraal loket gekomen voor de toegang tot de maatschappelijke opvang: het Centraal Coördinatiepunt (CCP²). Dit loket bundelt de functies van advies, informatie, intake, doorverwijzing, veldregie en monitoring van alle persoonsgebonden trajecten.

Den Haag onder Dak II

Begin 2010 hebben het Rijk en de vier grote steden een intentieverklaring getekend voor voortzetting van de gezamenlijke aanpak, gevolgd door een convenant in april 2011. In de tweede fase (2011-2014) is het

‘Om alles te overzien, te coördineren en er de regie over te behouden is er één centraal loket gekomen voor de toegang tot de maatschappelijke opvang: het Centraal Coördinatiepunt (CCP)’

ambitieniveau verhoogd van het verbeteren van de leefsituatie van daklozen naar het structureel tegengaan van dakloosheid door de aandacht ook te richten op de hoog risicogroep. Deze ambitie is uitgewerkt in Den Haag Onder Dak II. Dit uitvoeringsplan is voorbereid met alle ketenpartners en verschijnt in het voorjaar van 2011.

In het onderstaande schema is weergegeven hoe de beide groepen van Den Haag Onder Dak I en II zich verhouden tot de rest van de Haagse bevolking. (Van

Schema 1:

Doelgroep Den Haag onder Dak I en II



²CCP, Laan van Meerdervoort 55 Den Haag, telefoon 070 - 3537291

de kern van de figuur naar de rand toe komen deze groepen overeen met de groepen zoals beschreven op de vier treden van de OGGZ-ladder in het artikel van Van Hemert en Wolf 'Wat is OGGZ?' op pagina 14 e.v. van dit bulletin.)

Het beleid vanaf 2011

In het Collegeakkoord Aan de Slag (2010-2014) staat dat alle bewoners van Den Haag de kans moeten krijgen om wat van hun leven te maken. Aan mensen die daar (nog) niet toe in staat zijn, dient een goed vangnet te worden geboden. Dat vangnet moet mensen (opnieuw) de mogelijkheid geven stappen te zetten naar meer zelfstandigheid en zelfredzaamheid. De voorzieningen vanuit maatschappelijke opvang, openbare geestelijke gezondheidszorg en ambulante verslavingszorg moeten met andere woorden ondersteunend zijn naar meer zelfstandigheid en zelfredzaamheid van deze groep sociaal kwetsbare mensen. Daarom wordt de aanpak van dakloosheid niet beperkt tot basisbehoeften als onderdak, zorg en inkomen, maar streeft de aanpak ook naar het activeren van mensen en het versterken van hun eigen kracht. Alleen als de mensen worden ondersteund en gestimuleerd in de richting van (meer) zelfstandigheid en participatie kan dakloosheid structureel worden tegengegaan.

Het streven voor de komende vier jaar is het aantal daklozen in de stad tot een absoluut minimum te beperken of in het uiterste geval dakloosheid tot een tijdelijke situatie te reduceren.

'Alleen als mensen worden ondersteund en gestimuleerd in de richting van meer zelfstandigheid en participatie kan dakloosheid structureel worden tegengegaan'

In de aanpak om dit te bereiken staan herstel van de eigen kracht en eigenwaarde van de individuele cliënt centraal. Dit betekent onder meer dat iedere cliënt een persoonsgericht traject moet volgen. Verder is de aanpak bij voorkeur ambulant, op wijkniveau en aansluitend bij het reguliere aanbod.

Om bovenstaande ambitie te realiseren moet er in de uitvoering aandacht zijn voor een aantal zaken:

- *Uitbreiding van de persoonsgerichte aanpak en regie:* Cliënten krijgen uitsluitend een daklozenuitkering als zij deelnemen aan een persoonsgericht traject. Ook de hoogrisico OGGZ-groep (de eerder genoemde groep van circa 1500 mensen) wordt

opgenomen in een persoonsgerichte aanpak om dreigende dakloosheid te voorkomen. De bestaande aanpak ter voorkoming van huisuitzetting wordt in alle stadsdelen ingevoerd, zodat er meer preventief wordt gewerkt. De huidige aanpak richt zich alleen op zaken waarin al het vonnis over de uitzetting uitgesproken is. Wanneer de woningcorporaties in een eerder stadium melden dat er sprake is van huurschulden, kan er ook eerder en met meer kans op succes, worden ingegrepen om te voorkomen dat mensen hun huis uit moeten. Ook de particuliere sector van bijvoorbeeld kamerverhuur moet hierbij worden betrokken.

- *Kwaliteitsverbetering van het aanbod en bijbehorende procedures voor opvang van daklozen en dreigend daklozen:*

Het aanbod in de stad aan opvang en de procedures moeten worden verbeterd en meer expliciet gericht worden op herstel van de eigen kracht van de cliënt. Voor de nazorg moeten de cliënten worden overgedragen aan organisaties en ketens in de wijk. Van belang daarbij zijn uiteraard goede vormen van overdracht en tijdelijke samenwerking bij het begeleiden van de mensen, bijvoorbeeld in de vorm van een terugverwijsmogelijkheid of een achterwachtfunctie. Om terugval en sociaal isolement te voorkomen is het belangrijk speciale aandacht te besteden aan de opbouw van een sociaal netwerk rondom de cliënt. Tussen de opvanginstellingen en de hulpverlening op wijk- en stadsdeelniveau moeten aansluiting en afstemming bestaan. En vanwege het overzicht en de regie op het geheel moet alle toegang tot het aanbod binnen de MO/OGGZ verlopen via het CCP.

- *Herinrichting van het aanbod:*

Het bestaande aanbod aan dagbesteding en activering voor dak- en thuislozen moet beter worden afgestemd op wat de mensen kunnen en wat ze nog kunnen leren. Ook het aanbod aan begeleiding is voor verbetering vatbaar. Mensen kunnen eerder weer op zichzelf gaan wonen als ze goed worden begeleid, bij het wonen en anderszins. Te denken valt aan meer ambulante begeleiding, een betere afstemming en uitwisseling tussen de begeleiders door het CCP en de zorginstellingen, meer zorg op maat en het opzetten van nieuwe vormen van begeleiding door het inzetten van burens, lotgenoten en anderen. Onderzocht wordt hoe de woningcorporaties betrokken kunnen worden bij de woonbegeleiding.



Het Haags Straatteam levert desnoods praktische zorg op straat

Tussen opvang en zelfstandig wonen zijn nog andere woonvormen en -voorzieningen mogelijk. Onderzoek daarnaar moet zeker worden bevorderd, bijvoorbeeld naar beproefde concepten in het buitenland, zoals Housing first en Skaeve huse.

- *Samenhang binnen de Wmo:*

De OGGZ-doelgroep weet vaak het reguliere WMO-ondersteuningsaanbod niet te vinden. Het vormen van een 'vangnet' voor deze groep is daarom van het grootste belang. Indien door de hulpverlening mensen uit de doelgroep in schrijnende omstandigheden worden aangetroffen, dient in overleg tussen de gemeente en particuliere organisaties zo snel mogelijk de noodzakelijke zorg te worden geregeld. Vanuit de monitorfunctie van het Centraal Coördinatiepunt worden bij voortdurend nieuwe groepen gesignaleerd, zoals mensen met een onvoldoende of onduidelijke verblijfsstatus. En mensen die ten gevolge van de financiële crisis aankloppen bij de maatschappelijke opvang. Waar nodig brengt het gemeentebestuur, samen met de andere G4 steden, deze 'nieuwe' problemen onder de aandacht van de rijksoverheid.

Uitvoering beleid MO/OGGZ doelgroep

De uitvoering van het beleid voor deze groep berust bij het CCP. Het Centraal Coördinatie Punt (CCP) van de GGD Den Haag coördineert en monitort de zorg aan en opvang van sociaal kwetsbare mensen in de regio Den Haag. Zij werkt hierbij nauw samen met onder andere de instellingen voor maatschappelijke opvang en openbare geestelijke gezondheidszorg. Het Centraal Coördinatie Punt is dé ingang voor alle mensen die niet of onvoldoende in hun eigen basisbehoeften kunnen voorzien. Dit kunnen bijvoorbeeld dak- en thuislozen zijn of mensen met psychiatrische en/of psychosociale problematiek. Vaak is er sprake van een combinatie van problemen op meerdere gebieden, zoals dakloosheid, sociaal isolement, verwaarlozing, geweld, vervuiling van woonruimte en/of woonomgeving, overlastgevend gedrag, schulden, criminaliteit, psychische- en verslavingsproblemen.

Soms vragen mensen zelf om hulp, maar vaak zijn het familieleden, vrienden of kennissen die aan de bel trekken.

Iedereen die bij een Haagse zorginstelling woont, een dagprogramma volgt en/of woonbegeleiding ontvangt wordt geregistreerd in Trace, het cliëntvolgsysteem van het CCP. Met behulp van dit systeem worden cliënten gemonitord en kunnen eventuele problemen

tijdig gesignaleerd worden. De informatie uit Trace wordt door de gemeente ook gebruikt om het aanbod binnen de maatschappelijke opvang en geestelijke gezondheidszorg zo goed mogelijk af te stemmen op de vraag van cliënten.

Het Centraal Coördinatie Punt biedt op zes terreinen diensten aan:

Het Loket op straat:

Het Loket op straat (het Straatteam) zoekt dak- en thuislozen op straat op. Het team legt contact en motiveert de mensen om gebruik te maken van een begeleidingstraject. Is er op dat moment nog geen passende plek in de maatschappelijke opvang of is er behoefte aan andere zorg, hulp of huisvesting, dan levert het Straatteam praktische zorg op straat.

Toeleiding naar zorg en opvang:

Iedereen kan bij het Loket op straat terecht voor voorlichting en advies. Daarnaast kunnen mensen er begeleiding krijgen bij het regelen van zaken als huisvesting en financiën. Wanneer iemand dak- of thuisloos is of dreigt te worden wordt er gekeken of hij in aanmerking komt voor maatschappelijke opvang of voor andere zorg. In het plaatsingsoverleg MO/OGGZ wordt afgesproken welke instelling de cliënt gaat opnemen. In dit overleg zitten alle partijen aan tafel, zoals de instellingen voor maatschappelijke opvang, dagbesteding, Parnassia en het CCP. Bij mensen die geen hulp willen accepteren of voor wie er (nog) geen passende zorg is vraagt de cliëntmanager van het Loket voorzieningen aan en biedt het Straatteam zo nodig zorg op straat.

Tandheelkundige zorg:

Dak- en thuislozen kunnen via hun hulpverlener gratis tandheelkundige zorg aanvragen. Voorwaarde is dat de persoon een basisverzekering heeft, dak- of thuisloos is en verslavings- of psychiatrische problemen heeft. Alle tandheelkundige zorg is mogelijk, ook bijvoorbeeld een kunstgebit.

Medische zorg:

Op zeven plekken in de binnenstad is er een medisch spreekuur, vier georganiseerd door de GGD en drie door Brijder Verslavingszorg. Hier kunnen dak- en thuislozen de huisarts bezoeken.

Het Loket achter de voordeur, hulp bij hygiënische probleemsituaties:

Als een woning erg vervuild is, gaan medewerkers van het Haags Thuissteam op huisbezoek. Zij proberen de

bewoner te motiveren om de woning schoon te maken. Lukt dat niet en is er sprake van gevaar voor de volksgezondheid, dan wordt de Dienst Stedelijke Ontwikkeling van de gemeente Den Haag ingeschakeld. Deze dienst kan de woning gedwongen laten schoonmaken. De kosten hiervan worden op de bewoner verhaald. Zodra de woning is schoongemaakt, wordt een nazorgplan voor een jaar opgesteld. Bewoners kunnen dan begeleiding krijgen bij het oplossen van financiële, huishoudelijke en psychosociale problemen.

Veldregie: monitoren van de zorg en opvang

Iedereen die als cliënt bij het CCP wordt aangemeld, krijgt een trajectplan. Vaak zijn er bij de zorg en opvang van een cliënt meerdere instellingen betrokken. Elke instelling maakt een zorgplan. De zorgplannen van alle betrokken instellingen vormen samen het trajectplan. Zogenaamde veldregisseurs houden het trajectplan van iedere cliënt in de gaten en grijpen in wanneer een traject dreigt te stagneren. In overleg met de betrokken instellingen wordt dan gezocht naar een passende oplossing. Het volgen van de trajectplannen stopt wanneer een cliënt een jaar lang in een stabiele situatie van zorg, inkomen en wonen verkeert. De verzamelde informatie over stagnatie of verandering van de vraag naar zorg en opvang wordt gebruikt om ten behoeve van de gemeentelijke beleidsontwikkeling te adviseren over het aanbod in de stad.

Het signaleringsoverleg

Ten behoeve van de onderlinge afstemming kent Den Haag negen wijkgebonden signaleringsoverleggen. Hier worden mogelijke probleemsituaties besproken van mensen die nog thuis wonen. De overleggen worden gecoördineerd en voorgezeten door de veldregisseurs. Aan het overleg nemen instellingen deel als Parnassia, Den Haag OpMaat, Algemeen Maatschappelijk Werk, woningbouwverenigingen en wijkagenten van de betreffende politiebureaus. Meestal brengt een woningbouwvereniging of de politie een cliënt ter sprake in het overleg. Afhankelijk van de problematiek zoekt een hulpverlener van het Haags Thuissteam, Parnassia, Algemeen Maatschappelijk Werk of Den Haag OpMaat de betreffende persoon vervolgens op en biedt hulp. De veldregisseurs bewaken de voortgang en de opgestelde trajectplannen.

Het beleid t.a.v. huiselijk geweld en de vrouwen- en mannenopvang

Huiselijk geweld komt vaak voor. Daarbij gaat het

niet alleen om geweld door de (ex)partner, maar ook om kindermishandeling, ouderenmishandeling, eengerelateerd geweld en vrouwelijke genitale verminking.

Wereldwijd wordt aangenomen dat ongeveer 25% van de bevolking ooit met huiselijk geweld is geconfronteerd. Geschat wordt dat slechts tussen de 2,5 en 15% van de gevallen van huiselijk geweld wordt gerapporteerd. Gezien de onderzoeksuitkomsten is dit percentage veel te laag. Om de reikwijdte van het probleem zichtbaar te maken moet er veel meer worden gerapporteerd. Daartoe zal de omgeving van de betrokkenen, evenals de hulpverlening (huisartsen, spoedeisende afdelingen van ziekenhuizen), alerter moeten worden op signalen van huiselijk geweld.

Uit recent landelijk onderzoek (Intomart) blijkt dat 9% van de bevolking wel eens geconfronteerd is geweest met ernstig huiselijk geweld. In de onlangs verschenen nota 'Aanpak huiselijk Geweld (2011-2014), regio Den Haag' is aangegeven dat ongeveer 45.000 Hagenaars op enig moment in hun leven te maken krijgen met huiselijk geweld. Tussen de 7% en de 9% van de Hagenaars kent iemand die geconfronteerd wordt met huiselijk geweld. Dit percentage is redelijk constant over de afgelopen 5 jaar, maar in vergelijking met rapporten uit andere Europese landen is het aan de lage kant. Een belangrijke ambitie in het gemeentelijk beleid is dan ook het aantal meldingen te laten stijgen. In 2010 kwamen bij het Steunpunt Huiselijk Geweld 1439 meldingen binnen. In 2010 werden in de Haagse regio 262 huisverboden opgelegd.

Het beleid vanaf 2004

De aanpak huiselijk geweld is nog jong. Eind 2004 is in Den Haag gestart met het Steunpunt Huiselijk Geweld, ondergebracht bij Stichting Wendé, de organisatie voor vrouwenopvang en aanpak huiselijk geweld. De partners betrokken bij de aanpak van huiselijk geweld, de gemeenten in de regio, politie en hulpverleningsinstellingen sloten toen een convenant met samenwerkingsafspraken op hoofdlijnen. Ter uitvoering daarvan werd het Plan van aanpak huiselijk geweld 2004-2009 opgesteld, met vijf deelprojecten:

- realiseren van een advies- en steunpunt huiselijk geweld (verder af te korten tot Steunpunt) in Den Haag;
- concreet handen en voeten geven aan de samenwerkingsstructuur op het gebied van huiselijk geweld;

- opzetten en uitvoeren van een publiekscampagne;
- opstellen van een gids voor verwijzers;
- deskundigheidsbevordering van professionals.

De uitvoering van het Plan van aanpak kwam in een stroomversnelling door een gezinsdrama waarbij vier doden vielen. De Commissie Diekstra werd ingesteld, die medio 2006 een advies uitbracht. De commissie pleitte onder meer voor meer kracht en tempo in de uitvoering van het convenant en voor meer samenhang en bundeling van hulpverlenings- en strafrechtelijke maatregelen bij ernstige gevallen van huiselijk geweld. Vóór Diekstra was het Steunpunt voornamelijk een adviserende instelling. De adviezen hoefden niet opgevolgd te worden. Na Diekstra zijn de rol en de bevoegdheden van het Steunpunt aanmerkelijk versterkt.

'Vóór Diekstra was het Steunpunt voornamelijk een adviserende instelling. De adviezen hoefden niet te worden opgevolgd. Na Diekstra zijn de rol en bevoegdheden van het Steunpunt aanmerkelijk versterkt'

Het beleid vanaf 2009

In de regio Den Haag is de Haaglandse aanpak ontwikkeld. Dit is een uitvoeringsprotocol met als kern de onderlinge afspraken over meldingen, uitwisseling van informatie en doorgeleiding. Omdat gezinnen die te maken hebben met huiselijk geweld behoren tot de groepen die gezondheidsrisico's lopen en vaak al ernstige schade hebben opgelopen, richt de aanpak zich op het hele gezin, zowel op slachtoffers als plegers van huiselijk geweld en hun eventuele kinderen. Zij worden in een zo vroeg mogelijk stadium doorverwezen naar hulpverlening. Meldingen komen binnen bij het Steunpunt Huiselijk Geweld regio Den Haag; het Steunpunt verwijst door naar de hulpverlening en coördineert vervolgens de hulp. Vanaf maart 2009 coördineert het Steunpunt ook de hulpverlening nadat er een huisverbod is opgelegd. Dit laatste houdt in dat de pleger van huiselijk geweld 10 dagen (te verlengen tot maximaal 28 dagen) de toegang tot zijn/haar huis kan worden ontzegd op basis van een besluit van de burgemeester. In deze periode wordt hulpverlening op gang gebracht voor het hele gezin. Het Steunpunt behandelt ook specifieke vormen van huiselijk geweld, zoals eengerelateerd geweld en ouderenmishandeling. De uitvoeringsafspraken zijn in april 2009 vastgelegd in een nieuw convenant 'Integrale aanpak huiselijk

geweld' en ondertekend door de gemeenten en alle partners zowel in de strafrecht-als de hulpverleningsketen. Het convenant wordt jaarlijks geëvalueerd en aangepast met nieuwe afspraken, zoals over de aanpak van eerge relateerd geweld en over kindermishandeling.

Een speciale plaats in de ketenaanpak van huiselijk geweld neemt de opvang van vrouwen en mannen in. De gemeente Den Haag organiseert de opvang van ernstig bedreigde vrouwen en mannen (met hun eventuele kinderen) in de regio, ook voor de gemeenten Leidschendam-Voorburg, Rijswijk, Wassenaar en Zoetermeer. Specifiek voor de vrouwenopvang is dat vanwege de veiligheid vrouwen vaak worden opgevangen in een andere regio dan de Haagse.

Evaluatie van de uitvoering van de Haaglandse aanpak wijst tot nu toe uit dat er nog een kloof bestaat tussen theorie en praktijk. Het gezamenlijke plan behelst vaak niet meer dan de optelsom van de plannen voor de afzonderlijke gezinsleden. Iedere instelling kijkt vooral naar het belang van de eigen cliënt (pleger, slachtoffer of kind). De Haaglandse aanpak heeft weliswaar de ambitie om vanuit een samenhangende visie tot een gezamenlijk plan te komen, maar slaagt daar nog lang niet altijd in. Ook blijken niet alle gezinsleden deel te nemen aan de hulpverlening. Men haakt bijvoorbeeld vroegtijdig af door gebrek aan motivatie.

Op basis van deze evaluatie zijn halverwege 2011 de doelen van de gezamenlijke aanpak opnieuw geformuleerd en is een verbeterplan opgesteld.

Herzien beleid naar 2014 toe

Voor de periode tot en met 2014 zijn de volgende speerpunten opgesteld:

- het melden en aangifte doen van huiselijk geweld stimuleren. Het aantal meldingen en aangiftes moet met 5% per jaar verder omhoog.
- Het werkmodel dat we de afgelopen jaren samen met onze partners hebben ontwikkeld, de Haaglandse Aanpak, wordt ingevoerd in de hele regio.
- Om ook gebruik te kunnen maken van de strafrechtelijke en bestuurlijke instrumenten wordt de aanpak van huiselijk geweld verder ingekaderd in het Veiligheidshuis. Zo kan er effectiever druk op de plegers worden uitgeoefend om hulp te aanvaarden.
- De verschillende onderdelen van het hulptraject

aan de gezinnen moeten naadloos op elkaar aansluiten. Daartoe moet er een goede aansluiting zijn bij de Centra voor Jeugd en Gezin.

- Slachtoffers moeten noodopvang kunnen krijgen in hun eigen regio, tenzij het voor hun veiligheid noodzakelijk is dat zij elders in Nederland worden opgevangen. Opvang in de eigen regio maakt het mogelijk dat slachtoffers gebruik kunnen blijven maken van de hulp en de steun van hun sociale netwerk.

De verbeteringen in de Haaglandse aanpak moeten op korte termijn worden uitgevoerd. De planning is om begin 2012 met alle partners het bijgestelde convenant te ondertekenen. Een nieuw convenant met gezamenlijke doelen, die aantrekkelijk en haalbaar zijn, waarin de bijdrage van iedere organisatie en de minimale eisen aan de deelnemende organisaties worden beschreven.

Voor de processen van intake en gegevensuitwisseling zijn voor verbetering vatbaar.

Voorwaarde om de intake en uitwisseling van gegevens te verbeteren is dat er een nieuw systeem komt voor gegevensverzameling en uitwisseling, dat minder bewerkelijk is dan het bestaande en de uitvoerende partners in staat stelt om sneller te werken.

Ook de aanpak gericht op het hele gezin en hun omgeving (de systeemgerichte benadering) kan effectiever. De organisaties moeten samen één plan voor het gezin maken, vanuit een gezamenlijke benadering. Voorwaarde voor effectievere gezamenlijke aanpak is de introductie van zorgcoördinatie. Het Steunpunt, dat de regie heeft over elke casus, krijgt meer bevoegdheden om dat te bewerkstelligen. Inzet is nu dat het Steunpunt zelf verantwoordelijk wordt voor de totstandkoming en voor de juiste en tijdige uitvoering van een zorgplan op maat voor elk gezin.

Ook moet er meer ervaring worden opgedaan met het bepalen van het veiligheidsrisico in ieder gezin, zodat snel duidelijk is of er sprake is van een hoogrisico situatie waarin moet worden ingegrepen, of dat het risico minder groot is en de zorgcoördinatie door een van de partners kan worden gedaan.

Een punt van bijzondere aandacht is het vergroten van het bereik en het rendement van de aanpak van de plegers van huiselijk geweld. Tot nu toe wordt nog maar een zeer beperkt deel van de plegers bereikt.

Uitvoering van het beleid huiselijk geweld

Doel is dat het geweld ophoudt, zodat gezinnen weer een veilig thuis hebben.

Maar daarmee kan niet worden volstaan. Om herhaling te voorkomen zal er behalve aan de slachtoffers ook aan de plegers aandacht moeten worden besteed. De juiste, effectieve prikkels moeten worden gevonden om plegers te motiveren hulp te aanvaarden en de ingezette hulptrajecten af te maken. Ook in de kinderen van het gezin moet worden geïnvesteerd. Kinderen die opgroeien in een gezin met huiselijk geweld lopen een verhoogd risico om als ze zelf volwassen zijn, pleger of slachtoffer van geweld te worden. Een cultuur waarin huiselijk geweld als een 'normaal' middel wordt beschouwd om conflicten op te lossen of frustraties af te reageren, wordt namelijk overgedragen naar volgende generaties. Die spiraal moet worden doorbroken.

Naast dit alles moet er steeds voldoende aandacht zijn voor de professionals die met de gezinnen werken, zodat zij onder goede omstandigheden en binnen heldere kaders kunnen werken.

Bovenstaande punten zijn nader uitgewerkt in de eerder genoemde nota 'Aanpak huiselijk Geweld (2011-2014), regio Den Haag'.

'Een cultuur waarin huiselijk geweld als een 'normaal' middel wordt beschouwd om conflicten op te lossen of frustraties af te reageren, wordt overgedragen naar volgende generaties. Die spiraal moet worden doorbroken'

Centraal in deze nota staat (de versterking van de positie) van het Steunpunt.

Kernachtig samengevat: Het Steunpunt is deskundig op het gebied van huiselijk geweld voor iedereen in de regio Den Haag; het Steunpunt werkt aan het vergroten van de meldingsbereidheid en hanteert een systeemgerichte benadering; de werkwijze is professioneel, laagdrempelig en daadkrachtig met als doel het stoppen van het huiselijk geweld; het Steunpunt werkt voor inwoners en professionals van de gemeenten in de regio Haaglanden, die te maken hebben met geweld in afhankelijkheidsrelaties; het gaat hierbij om verschillende vormen van geweld: (ex-) partnergeweld, ouderenmishandeling, oudermishandeling, kindermishandeling, eengerelateerd geweld, jeugdprostitutie en seksueel geweld.

Het Steunpunt voert haar taken uit in de Haagse regio via de volgende functies:

- Advies en Steunpunt voor betrokkenen en professionals bij huiselijk geweld.
- Informatieknoppunt door registratie en dossiervorming van huiselijk geweld zaken, ten behoeve van coördinatie van zorg en beleidsinformatie.
- Coördinatiefunctie door het actief tot stand brengen van gezamenlijke plannen van aanpak door alle betrokken professionals en door het coördineren en bewaken van de uitvoering.
- Outreachende functie: contact maken met moeilijk bereikbare inwoners (zorgmijders en weinig mobiele personen), door actief en dichtbij huis hulp te bieden.
- Publieksfunctie: vergroten van de bekendheid van het Steunpunt, het benadrukken van het nut van melden en onder de aandacht brengen van professionals en inwoners.
- Deskundigheidsbevordering: signaleren van lacunes en behoeften ten aanzien van deskundigheid van professionals rondom huiselijk geweld. Verder biedt het Steunpunt voorlichting en training over huiselijk geweld.

Afsluiting

De werkwijze en de activiteiten van het CCP sluiten aan bij de vier OGGZ-activiteiten zoals die benoemd zijn door Van Hemert en Wolff in het artikel elders in dit bulletin. Het CCP signaleert en op grond van de signalen kunnen risicofactoren worden geïdentificeerd. Deze risicofactoren kunnen vervolgens via het formuleren van (nieuw) beleid worden teruggedrongen, dan wel opgeheven. Ook de taakuitvoering - en met name het fungeren als informatieknoppunt - door het Advies en Steunpunt Huiselijk Geweld leidt tot nieuwe kennis en nieuw inzichten met betrekking tot het terugdringen van het huiselijk geweld, die relevant zijn voor de gemeentelijke beleidsontwikkeling. Dan is de beleidscyclus weer rond: ontwikkeling > uitvoering > monitoring en evaluatie > ontwikkeling.

Stichting Wende:

“Je moet niet onderschatten wat een verdriet er vaak loskomt”

De Haagse Stichting Wende (voorheen Stichting vrouwenopvang Pepita van Rijn) bestaat sinds 2006 en komt voort uit een fusie van vooral Blijf-van-m'n-Lijf-huizen. Stichting Wende helpt mensen die weg willen uit een onveilige gezinssituatie. Daartoe beheert de stichting in Den Haag vijftig units voor tijdelijk verblijf, zeven noodbedden, twee appartementen voor de opvang van bejaarde mensen en tien opvangplekken voor mannelijke slachtoffers van huiselijk geweld. Als alles vol zit zoekt Wende opvangmogelijkheden in de rest van Nederland.

Om wat voor mensen gaat het?

Ivonne Fong Pien-Joe, manager wonen/advies en intake: “We richten ons op iedereen die te maken heeft met huiselijk geweld: vrouwen, mannen en kinderen. Ze melden zich zelfstandig bij ons aan – behalve de kinderen, die komen met hun ouder mee om te zien waar ze heen kunnen en wat ze moeten doen om uit de gewelddadige situatie te komen. Het betreft vooral vrouwen tussen de 20 en 40 jaar, met jonge kinderen, naast een grote groep mannen. Volgens recent onderzoek is 40% van de slachtoffers man, evenals 80% van de daders. Bij de mannen gaat het naast huiselijk geweld door hun partner ook om eengerelateerd geweld, als de man bijvoorbeeld niet wil meewerken aan een door de familie geregeld huwelijk. Verder helpt Wende slachtoffers van mensenhandel die moeten onderduiken en bij wie sprake is van huiselijk geweld.

Onze bekendheid neemt toe: in 2010 kregen we 1345 aanmeldingen, een paar jaar daarvoor waren dat er 700. Maar nog steeds weet maar een deel van de mensen die het nodig hebben, ons te vinden. Veel mensen worden naar ons verwezen door het maatschappelijk werk, bureau Jeugdzorg, MEE, Psyq, de hele ambulante sector eigenlijk. Stichting Wende houdt ook spreekuren in buurthuizen en wijk- en dienstencentra. Veel mensen bij wie thuis geweld speelt of dreigt, worden door hun huisarts of het maatschappelijk werk naar die spreekuren verwezen.”

Waarvoor kunnen ze bij jullie terecht, hoe gaan jullie te werk?

“Mensen kunnen bij ons terecht voor informatie en advies, directe opvang, doorverwijzing en indien gewenst, hulp bij begeleide terugkeer. Vaak zijn het acute situaties, ‘ik moet nu weg’. We proberen altijd door de telefoon te screenen hoe de veiligheidssituatie is. Meestal moeten we er dan heen om iemand ergens onder te brengen, desnoods bij een van de zeven

noodbedden. De noodopvang geeft ons de ruimte om te kijken hoe de zaak aan te pakken. De bezetting van de vijftig opvangunits in Den Haag is 97%, dat wil zeggen dat ze bijna altijd vol zitten. Zo nodig brengen we mensen elders in Nederland onder.

Is de plek eenmaal geregeld, dan starten we individuele gesprekken met alle betrokkenen. Met het slachtoffer – kinderen vanaf 7 jaar als de ouder daarvoor toestemming geeft – en steeds vaker ook met de dader. Het laatste gebeurde vroeger niet, dader en slachtoffer werden apart gehouden, de adressen van de opvanghuizen waren geheim. Tegenwoordig wordt nadrukkelijk ook met de dader gepraat. Doe je dat niet dan kun je het patroon waarin dader en slachtoffer met elkaar zitten, niet doorbreken. Voor gesprekken met de dader werken we samen met stichting De Waag, die de time-out methode hanteert, waarbij de dader leert om bepaalde stappen te zetten als hij merkt dat hij gewelddadig wordt. Om te voorkomen dat het doorzet. Daders zijn als kind vaak zelf slachtoffer van geweld geweest.

Wanneer we door de gesprekken voldoende inzicht hebben gekregen in hoe de situatie in elkaar zit, zijn er twee sporen mogelijk: begeleide terugkeer of toch uit elkaar. In het eerste geval worden mensen begeleid bij het herstellen van hun relatie, wil men toch uit elkaar dan regelt Wende bij de woningcorporatie een urgentie voor een andere woning.”

Wat willen jullie met je werk bereiken?

“Ons doel is zeer eenduidig: wij willen dat het geweld stopt en dat met name de kinderen uit de gewelddadige situatie worden gehaald, desnoods met een uithuisplaatsing. Dat is wel een uiterste maatregel, maar soms moet het.”

Waarvoor zijn jullie cliënten vooral in de problemen geraakt en wat kunnen jullie daar aan doen?

“We zien veel dat de situatie van vroeger zich

herhaalt: veel daders van nu waren toen het slachtoffer, veel slachtoffers van nu waren toen ook al slachtoffer. Zeker de vrouwen. Wanneer bij mensen met zo'n geweldervaring in hun jeugd zich iets voordoet als verslaving aan alcohol of drugs, stress, armoede of psychische problemen, kan dat leiden tot gewelddadig gedrag. Wij kunnen curatief iets doen aan de klachten, en preventief, met het geven van voorlichting. Dat is trouwens vooral het terrein van het Steunpunt Huiselijk Geweld. We regelen ook assertiviteitstrainingen voor vrouwen, maar uiteindelijk komen ze toch veelal terecht bij de GGZ. Je moet niet onderschatten wat een verdriet er vaak loskomt, bij de verwerking komen er allerlei psychische klachten naar boven. Voor veel allochtone vrouwen komt daar nog bij dat ze hun hele netwerk kwijt zijn. Vluchten ze eenmaal voor het geweld dan is hun hele context verdwenen."



Voor de opvang van bejaarden die weg willen uit een onveilige gezinssituatie heeft Wende twee appartementen beschikbaar

Waarvoor onderscheidt Wende zich van andere hulp- en opvangorganisaties in Den Haag, in het bijzonder van het Steunpunt Huiselijk Geweld?

"Het Steunpunt Huiselijk Geweld is organisatorisch ondergebracht bij Stichting Wende. Wende levert de mensen en de knowhow en de manager van het Steunpunt maakt deel uit van het managementteam van Stichting Wende. Tegelijk zit Wende als opvangorganisatie in de hulpketen van het Steunpunt. In de praktijk komt het erop neer dat Wende mensen uit gewelddadige situaties weghaalt en voor de opvang zorgt, het Steunpunt coördineert de hulpverlening die vervolgens nodig is."

Toekomstplannen?

"We zijn bezig met het uitwerken van het zogeheten Oranjesthuis-concept. Daarbij gebeurt de opvang in alle openheid, ook voor de buurt. Er kan bij de opvang bijvoorbeeld een crèche zijn waar de buurt gebruik van kan maken, zodat de opvang raakt ingebed in de buurt. Die openheid kan alleen als er meteen contact is met de dader en er afspraken met hem kunnen worden gemaakt.

Verder willen we de aanpak van daders ontwikkelen, bijvoorbeeld door in de toekomst een chatsite op te zetten voor plegers van geweld. Daar kunnen ze dan hulp zoeken zodra ze hun schaamte hebben overwonnen. Zo'n site kan dan functioneren als voorportaal voor het werk van De Waag."

De Stichting Wende is bereikbaar op telefoonnummer 070 - 310 68 78, Postbus 85711, 2508 CK Den Haag

Dagboek Straatwerk

J. van der Mheen

Joël van der Mheen is outreachend cliëntmanager bij het Centraal Coördinatiepunt Maatschappelijke Opvang/ OGGZ, het CCP aan de Laan van Meerdervoort. Hij en zijn collega's gaan dagelijks de straat op om te kijken wat zij voor en met daklozen kunnen doen. Onder de daklozen in Den Haag is hij een bekende figuur, die regelmatig te horen krijgt: 'je moet even daar en daar gaan kijken, want volgens mij gaat het daar niet goed mee'. Dakloze cliënten worden ook aangemeld door oplettende burgers, de wijkagent, Parnassia, Staatsbosbeheer e.a. Op ons verzoek hield Joël een week lang een dagboek van zijn werkzaamheden bij. (Alle namen in onderstaand verhaal zijn gefingeerd.)

Dinsdag

Aanmeldoverleg

We beginnen met het aanmeldoverleg. Dat is het wekelijks overleg van de cliëntmanagers van het CCP. Hier worden alle cliënten besproken die de afgelopen week zijn aangemeld: wat gaan we ermee doen en wie gaat erop af. Een eerste bezoek doen we altijd met z'n tweeën, vanwege de persoonlijke veiligheid. Via het aanmeldoverleg zijn we van elkaars cliënten op de hoogte.

Naar René

René is nu 20 jaar, zijn diagnose luidt: autistisch met een suïcidale depressie. Vier maanden geleden trof ik hem aan in een zelfgemaakte tent in het bos. Sindsdien houden we contact. Ik heb hem naar de nachtopvang gebracht en probeer al een tijd om hem naar een passende vorm van zorg toe te leiden. Maar daarvan is tot nu toe geen sprake. Sinds kort woont hij in bij een vriend. Vandaag hebben we een afsluitend gesprek. René wil geen bemoeienis meer van de hulpverlening. Hij zegt dat nu hij een kamer heeft, de rest van zijn problemen ook op zullen lossen. Zelf denk ik dat René bij allerlei zaken nog wel wat hulp kan gebruiken. Dat bespreek ik met hem. René vindt het belangrijk dat hij zijn autonomie behoudt. Hij ondervindt op dit moment weinig last van zijn klachten en wil het nu graag zelf proberen. Wanneer hij iets van zorg nodig heeft weet hij mij en het CCP te vinden.

Met Peter bloedprikken

Peter heb ik een klein jaar geleden leren kennen. Hij lag onder een brug en vroeg om een peuk. De

afgelopen maanden heb ik hem iedere week opgezocht, met een bak koffie. Sindsdien heeft hij -met enige hulp van mij- een legitimatiebewijs aangevraagd en een uitkering. Dat betekent dat ik wel met hem ben meegegaan naar de betreffende instantie, maar dat hij zelf de aanvragen heeft moeten doen. Op die manier heeft hij vertrouwen in mij gekregen. Nu wil hij graag ergens wonen. Daarvoor moet hij eerst een gesprek hebben met de psychiater van Parnassia en hij moet bloed laten prikken. Dit om eventuele risico's uit te sluiten of vast te stellen. Het gesprek met de psychiater heeft al plaatsgevonden, onder de brug. Nou nog bloed laten prikken in het ziekenhuis. Helaas is Peter er niet.

Administratie op kantoor

In mijn werk betekent 'administratie' dat ik beknopte rapportages schrijf van wat ik met de cliënten doe, in het cliëntvolgsysteem Trace. Ik heb een caseload van 25 cliënten. De rapportages dienen ook ter ondersteuning bij de overdracht naar andere hulpverleners.

Casuïstiek

Ook dit is een vorm van overleg met collega's, wanneer je in het werk ergens bent vastgelopen. Een soort intervisie, waarbij je zicht krijgt op je eigen functioneren.

Voortgangsgesprek met de SPVer, de cliënt en mijzelf

De cliënt is Piet, die nu is opgenomen bij de Brijder Stichting vanwege zijn overmatig alcoholgebruik. Omdat Piet al enige tijd droog staat, kan er verder onderzoek worden gedaan. In de kliniek is de diagnose PTSS (Posttraumatisch stress syndroom) gesteld.

Over de auteur:

Joël van der Mheen is outreachend cliëntmanager bij het Haags Straatteam.

Piet kan zich hier goed in vinden, maar de behandeling die hem is aangeboden, vindt hij maar niks. Het gaat om EMDR (voor meer informatie: www.emdr.nl). In het gesprek onderscheiden we de mogelijkheden die hij nu heeft: hij kan in de kliniek starten met de aangeboden behandeling en dan gaan wonen in de Maatschappelijke Opvang (een woonvorm met een eigen kamer, eten en begeleiding, zelf betalen); hij kan ook kiezen voor gaan wonen bij zijn vader, drie keer per week een alcoholtest laten doen bij zijn behandelaar en iedere week een afspraak maken met mij. Het laatste spreken we af. Als hij terugvalt en weer gaat drinken, verwacht hij van de sociaal-psychiatrisch verpleegkundige (SPVer) en mij dat we hem opsporen en een detox aanbieden.

Afspraak met de heer Valdez op kantoor

Het gesprek gaat over een briefadres. De heer Valdez wil graag een briefadres bij het CCP hebben. Wie een daklozenuitkering krijgt, heeft standaard een briefadres bij het CCP. Bij een andere uitkering - AOW, Wajong, WW - zit geen briefadres. Het CCP verstrekt dan een briefadres onder voorwaarde dat

men iedere verandering die in z'n situatie optreedt, meldt. Elke drie maanden wordt dit geëvalueerd. Deze voorwaarde heb ik met de heer Valdez besproken, vervolgens heb ik hem een briefadres verstrekt (meer informatie: www.denhaag.nl/CCP).

Woensdag

Aanmelden Maatschappelijke Opvang

Samen met de heer Lozer een formulier ingevuld, zodat hij naar de Maatschappelijke Opvang kan. Het bevat veel vragen over het verleden en de huidige situatie van de cliënt. Ik voeg daarbij een sociale rapportage.

Met Ferdinand naar het MC

Ferdinand opgehaald bij de bieb en samen met hem op weg naar het MC. Het MC is het Maatschappelijk Centrum van het Leger des Heils aan de Nieboerweg, een vorm van begeleid wonen. We krijgen een rondleiding. Ferdinand woont nu op straat en twijfelt of hij wel begeleid wil wonen. Hij weet van zichzelf dat hij erg veel moeite heeft met zich in groepen te bevinden. Toch kijkt hij positief naar wonen bij het MC.



Vaak wil men geen bemoeienis meer van de hulpverlening

Ook over de rondleiding is hij positief, hij is zeer te spreken over de hygiëne in het MC.

Cliënt opgehaald

Ik haal voor een zieke collega een cliënt op bij een wijkcentrum in een kerk en breng hem naar een opvang waar hij langere tijd kan wonen. Vast onderdak geeft hem de stabiliteit die hij nodig heeft om aan zijn andere doelen te werken. In dit geval is dat het weer oppakken van zijn werk als elektricien.

Naar Jeffrey

Jeffrey is 23 jaar en al sinds zijn vroege jeugd bekend bij de hulpverlening. Vanaf zijn 18e is hij dakloos en zit hij regelmatig vast vanwege openstaande boetes. Nu heeft hij contact met Palier, een organisatie voor begeleiding en reklassering van mensen met complexe meervoudige problemen. Dit contact verloopt redelijk. Bij Palier legt men de verantwoordelijkheid bij de cliënt. Dat bevalt Jeffrey wel. Hij maakt niet altijd de meest verstandige keuzes en komt soms door die keuzes in de problemen. Maar hier laat men hem in zijn waarde, waardoor zijn vertrouwen in de hulpverlening toeneemt. Een paar maanden geleden hebben we samen een Wajong-uitkering aangevraagd. Die is inmiddels toegekend. De vriendin van Jeffrey heeft sinds kort een eigen woning en Jeffrey mag bij haar intrekken. Ze zijn druk aan het verven. Elke kamer krijgt een andere kleur. Samen met Jeffrey bel ik naar zijn toekomstig behandelaar om een afspraak te maken.

De heer Moenster heeft geen inkomen

Hij weet niet wat voor uitkering hij moet aanvragen, WW of naar de sociale dienst? Ik overleg met de sociale dienst, het wordt een uitkering van de sociale dienst. We wachten een uur bij het daklozenloket, daarna is het snel geregeld. De heer Moenster vertelt dat hij voor die avond geen slaapplek heeft. Hij kan gebruik maken van een van de CCP bedden bij het passantenverblijf van de Kessler Stichting. Hier krijgt hij een bed, betaald door het CCP.

Donderdag

Auto in de Herderstraat

De politie meldt mij om 07.45 uur dat er in de Herderstraat een busje staat met ingetikte ruit. Vermoedelijk slaapt er een dakloze in. Samen met een collega ga ik erheen. Wederom vanwege de veiligheid. Het is namelijk onbekend hoe de persoon gaat reageren als er twee vreemden bij zijn slaapplek staan. Ik weet ook niet hoe ik zou reageren wanneer er twee

vreemden in mijn slaapkamer zouden staan. Helaas treffen we niemand in de auto aan. We melden dit aan de politie, die besluit om de auto weg te laten slepen.

Naar de Haagse Zaak

De Haagse Zaak is de dagopvang van de Brijder Stichting, waar daklozen terecht kunnen voor koffie, internetgebruik, sport, etc. Vanuit de Haagse Zaak worden ook de Down Town Tours georganiseerd, rondleidingen door Den Haag, waarbij de bezoeker de stad leert zien door de ogen van de dakloze. Daklozen verzorgen zelf de rondleidingen. Ik ga er af en toe lunchen of een bak koffie drinken. Hier hoor je wat er speelt op straat, wie er is teruggevallen, wie er is opgenomen, met wie het beter gaat. Op deze locatie kom ik direct in gesprek met daklozen. Sommigen wijzen me op schrijnende situaties en vragen me of ik daar wat mee kan doen.

Overleg bij Parnassia TOPteam

Elke week ga ik of een van mijn collega's naar een overleg bij het TOPteam, waar alle meldingen van die week worden besproken. De doelgroep van het TOPteam heeft veel gelijkenis met die van het CCP. Soms is zorg van het TOPteam nog niet mogelijk, omdat er een ziektekostenverzekering ontbreekt of omdat de stap naar zorg voor de cliënt nog te groot is. Dan is het mogelijk dat het CCP de toeleiding naar zorg start.

Peter

Peter was weer niet onder de brug. Hier is hij anders altijd te vinden. Zou er iets gebeurd zijn? (Later blijkt dat hij 's nachts bonje heeft gehad met een stel herrieschoppers, die zijn spullen in het water hebben gegooid. Peter is uitgeweken naar zijn broer in Utrecht. Inmiddels heb ik hem weer opgespoord.)

Bureaudienst

Van 12.00 tot 17.00 uur. Administratie bijgewerkt, ondertussen de telefoon aangenomen. Hulpverleners, cliënten, familieleden bellen met de meest uiteenlopende vragen. Een paar voorbeelden:

Linda van de vrouwenopvang Leger des Heils belt. Een vrouw zou bij hen worden opgenomen. Na dossieronderzoek blijkt dat de vrouw gisteren een woning heeft gevonden voor zichzelf en haar aanstaande kind. De casus wordt bij de vrouwenopvang afgesloten.

De moeder van een dakloze jongen belt. Ze is ten

einde raad en weet niet meer wat ze met haar zoon aan moet. Besloten dat morgen twee collega's de jongen op gaan zoeken op zijn slaapplek, om contact met hem te leggen. Misschien kan het CCP iets voor hem betekenen.

De heer in 't Veld belt en vertelt dat hij in detentie zit. Opgepakt door de politie vanwege een biertje drinken op een bankje in het park. Toen bleek dat hij nog meerdere bekeuringen had openstaan is hij meegenomen naar het bureau. Over ongeveer drie weken komt hij vrij.

De heer Koster belt. Hij wil weten of er al bekend is wanneer hij kan gaan wonen bij Limor Om&Bij. Morgen kan hij een afspraak maken voor een kennismakingsgesprek.

Vrijdag

Gebeld met Jeffrey

Jeffrey heeft gisteren met zijn behandelaar gepraat en is daar erg over te spreken. Erg belangrijk vond hij dat ze naar hem luisterde. Ook heeft ze hem geïnformeerd over de mogelijkheden van schuldhulpverlening en een therapie voor agressieregulatie. Jeffrey heeft haar verteld dat hij graag fietsenmaker wil worden en toevallig wist zij een project waar hij de basisvaardigheden kan leren. Zo'n eerste gesprek tussen cliënt en behandelaar is meestal het belangrijkste, daar wordt de basis gelegd voor verder hulpverlening.

Staatsbosbeheer

Patrick van Staatsbosbeheer belde. Collega's van hem hebben een slaapplek in het bos gevonden. Later op de dag ga ik er met Patrick heen. We treffen er een man aan met een bezem. Hij vertelt dat hij aan het

uitrusten is, hij heeft de hele ochtend de stoep geveegd bij het ministerie. Dat is zijn taak, zegt hij. Dat doet hij al lange tijd op verschillende locaties in Nederland. Hij heeft geen inkomen en leeft van wat de mensen hem geven. Hij wil niet naar de nachtopvang: 'daar is het altijd zo druk, hier is het rustig. Rust is wat ik wil'. Toen hij in Amsterdam was heeft hij met een psychiater gesproken. We spreken af dat ik hem maandag opzoek samen met een collega SPVer.

Met Patrick spreek ik af dat meneer niet wordt weggestuurd en nog even in het bos mag blijven slapen. Zo heb ik de tijd om de problemen te inventariseren.

Man op plantenbak

Terwijl ik door de stad rijd zie ik een man zitten op een plantenbak met een blikje bier in zijn handen. Ik stop en maak een praatje, over het mooie weer en dat het zo lekker is in de zon. De aangesprokene denkt daar heel anders over. Drie dagen geleden is hij uit zijn woning gezet en nu heeft hij niets meer, alleen nog een rugzak met belangrijke spullen. Hij is van plan te gaan slapen in de container, waar hij ook de afgelopen nachten heeft geslapen. Hij zegt het alsof het de gewoonste zaak van de wereld is. Ik informeer hem over de nachtopvang van het Leger des Heils, hier zou hij graag naartoe willen. Ik neem hem achterop mijn scooter en breng hem naar de nachtopvang, waar hij de komende dagen terecht kan voor twee euro per nacht. Ik maak een afspraak met hem voor aanstaande dinsdag. Dan kunnen we starten met het inventariseren van zijn problemen.

Schroeder van der Kolk Stichting:

“Wij willen een brug naar werk vormen. Mensen in een veilige omgeving zich laten ontwikkelen naar grotere zelfstandigheid”

De Stichting Dr. Schroeder van der Kolk Bedrijven (kortweg Schroeder) heeft een lange historie, vanaf 1923, in de zorg voor zwakzinnigen. Die taak is in de jaren negentig van de vorige eeuw overgenomen door o.a. Steinmetz-De Compaan, die dagbesteding en woonbegeleiding voor verstandelijk gehandicapten organiseert. Sindsdien concentreert Schroeder zich op het begeleiden van mensen met een grote afstand tot de arbeidsmarkt. Directeur Hans Klein: “Wij willen een brug naar werk vormen. Betaald werk, vrijwilligerswerk, participatiewerk, voor sociaal kwetsbare mensen. Werk bevordert het gevoel van eigenwaarde, brengt het dag- en nachtritme terug in het bestaan en door te werken nemen ze weer deel aan de maatschappij.”

Om wat voor mensen gaat het?

“Vaak om mensen met een psychiatrische, verslavings- of detentie-achtergrond, soms ook dak- en thuislozen. We begeleiden zo’n 3.000 mensen per jaar, allemaal al langer werkloos. Een 600 hiervan heeft een sollicitatieplicht, de helft van die groep bemiddelen we in gemiddeld negen maanden naar werk. Bij wie dat niet lukt kijken we naar de mogelijkheden, zodat ook zij zich verder kunnen ontwikkelen. We creëren rust voor de mensen en proberen ze te motiveren tot het nemen van de volgende stap, zodat ze geen beroep meer hoeven te doen op een uitkering. De groep die geen sollicitatieplicht meer heeft proberen we zo dicht mogelijk bij de arbeidsmarkt te brengen. Het meeste succes hebben we daarbij met de daklozen, voor zover ze geen structurele beperking hebben. Zij hebben het meeste te winnen bij onze bemiddeling en bij hen zien we ook de meeste beweging. De meesten zijn binnen drie jaar aan het werk. Het langst zijn we bezig met mensen met een psychiatrische achtergrond. Bij hen kan het traject wel langer dan drie jaar duren.”

Hoe weten de mensen Schroeder te vinden?

“Mensen met een sollicitatieplicht worden door de Werkpleinen naar Schroeder gestuurd. Anderen weten ons te vinden via de hulpverlenende instellingen waar ze terecht komen. En mensen vinden ons via de website www.jekuntmeer.nl, waarop alle projecten van Schroeder staan. Als wij weten waar ze zitten, halen we de mensen desnoods met een busje op. Medewerkers van Schroeder zitten ook aan de ‘werktafels van het maatschappelijk steunsysteem’, samen met organisaties als Parnassia, het Leger des Heils en de Kessler Stichting. Daar worden iedere

maand ongeveer dertig moeilijke gevallen besproken. Als de mensen dan met hun begeleider bij ons komen, kennen we hun verhaal al, dan hoeven ze dat niet steeds opnieuw te vertellen.”

Hoe krijgen jullie de mensen aan het werk en hoe vind je werk voor ze?

“Op dit moment doet Schroeder nog niet aan bemiddeling, in de toekomst willen we dat wel gaan doen. Nu trainen en begeleiden we en laten de mensen binnen een bedrijfsmatige omgeving werken, waardoor de stap richting arbeidsmarkt gemakkelijker wordt. Bij de begeleiding maken we gebruik van onze eigen activiteiten, zoals de veertien kringloopwinkels, een afdeling inpak en assemblage, een fietsreparatie-werkplaats en een bedrijfsrestaurant. Het werk is onderdeel van een stappenplan, dat met iedereen wordt opgesteld en door twee partijen wordt ondertekend. De mensen zijn meestal niet gewend om zo serieus te worden genomen. Ze zitten vaak in een slachtofferrol, zijn erg kwetsbaar en onzelfstandig. Ze hebben bescherming nodig en moeten leren dat hun bijdrage ook belangrijk is. Maar we doen meer. We zijn nu bezig om banen in bepaalde sectoren geschikt te maken voor werkzoekenden. Daarbij willen we gebruik maken van ‘jobcarving’, ofwel het opknippen van een baan in bijvoorbeeld gespecialiseerd werk en ongeschoold werk. Deze manier van werken willen we gaan toepassen in de zorgsector, de transportwereld en de detailhandel. In die sectoren zijn binnen de regio Haaglanden veel vacatures.”

Waardoor onderscheidt Schroeder zich van andere hulp- en opvangorganisaties in Den Haag?

“Ons specifieke werkterrein is werk bieden aan sociaal kwetsbare mensen, activeren en motiveren en

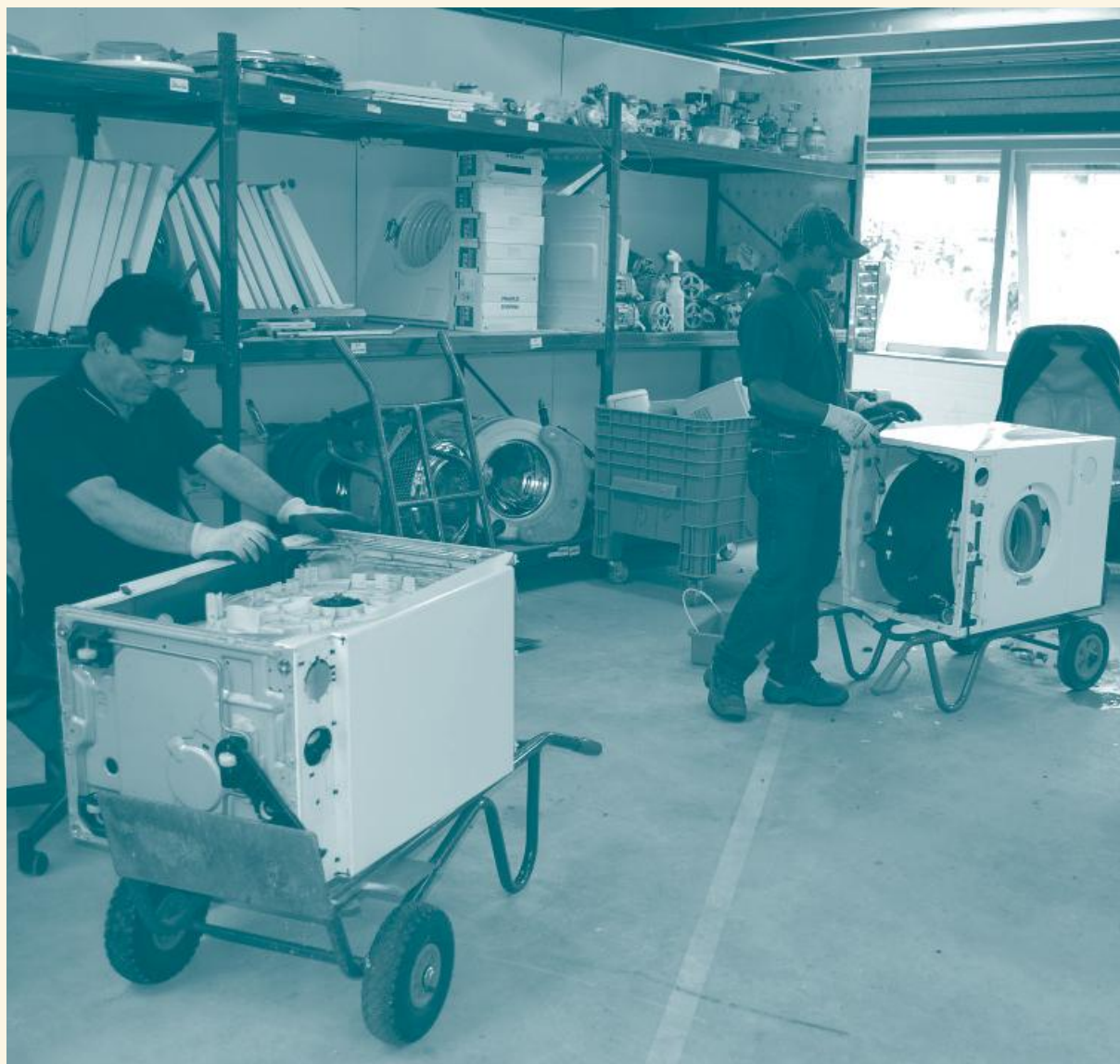
vervolgens toeleiden naar werk. Daar concentreren wij ons op. Blijkt er andere hulp nodig te zijn dan verwijzen we naar andere instellingen.”

En wat zijn de plannen voor de komende jaren?

“We zijn van plan nog heel lang door te gaan. We willen nog veel meer mensen ontwikkelen en begeleiden naar de arbeidsmarkt. Daartoe zijn we bezig bepaalde werkgevers te betrekken bij onze trajecten. De bedoeling is dat de mensen in een

veilige omgeving kunnen werken en zich daar kunnen ontwikkelen naar een grotere zelfstandigheid. Zo zijn we nu bezig met de Hema, waar onze mensen onder leiding van mensen van de Hema hun werk leren doen. Hetzelfde doen we met de eigen kringloopwinkels, met verhuisbedrijven en bijvoorbeeld met de ziekenhuizen.”

Stichting Schroeder van der Kolk, Zilverstraat 40, 2544 ER Den Haag, tel. 070 - 330 02 22.



Clënten van Schroeder aan het werk in de witgoedwerkplaats

Stichting Straatconsulaat

“Als dakloze word je voortdurend geconfronteerd met de onmogelijkheid van je situatie. Bij ieder loket mis je wel iets van de vereiste papieren en niemand die je helpt”

Sinds een aantal jaren zijn daklozen - in Den Haag en elders in het land- bezig zich te organiseren om verandering te krijgen in hun situatie en in het beeld dat doorgaans van daklozen bestaat bij de bevolking. Lang niet alle daklozen zijn verslaafd of psychiatrisch patiënt, om maar een voorbeeld te noemen. En lang niet alle hulpverleningsinstellingen nemen daklozen zo serieus als zou moeten, want ook bij de instellingen leven vooroordelen.

De ervaringsdeskundigen bij uitstek zijn uiteraard de daklozen zelf. In Den Haag hebben zij vier jaar geleden een platform gevormd, waarin daklozen opkomen voor hun belangen: De Achterban. (www.deachterban.info) De Stichting Straatconsulaat ondersteunt en faciliteert De Achterban.

Hoezo vooroordelen en verkeerde beeldvorming??

Elly Burgering, coördinator bij het Straatconsulaat: “Er komen steeds meer mensen op straat te staan zonder dat er sprake is van verslaving of een psychiatrisch probleem, maar door pure armoede als gevolg van de bezuinigingen. Er komen ook steeds meer jongeren bij, die van school zijn weggebleven en geen mogelijkheid meer hebben om nog iets te leren waarmee ze een beroep uit kunnen uitoefenen. Ze zijn thuis weg, logeren in het begin nog bij vrienden en raken langzaam maar zeker op straat.”

Het Straatconsulaat traint in samenwerking met ROC Mondriaan ‘straatambassadeurs’, die daklozen opzoeken, inventariseren wat voor problemen er leven en de mensen aansporen er iets aan te doen. De ambassadeurs wijzen de weg naar bijvoorbeeld De Achterban, waar ze terecht kunnen bij de werkgroepen jongeren, vrouwen of verslavingszorg, bij de werkgroep Communicatie, die via de website allerlei zaken aanhangig maakt, of bij Den Haag onder Dak, de organisatie die waar mogelijk rechtstreeks de politiek benadert. De straatambassadeurs helpen bij het indienen van klachten en ze helpen mensen de goede kant op te sturen, maar het principe is en blijft dat iedere dakloze leert voor zichzelf op te komen. Waar mogelijk proberen de straatambassadeurs de aangetroffen problematiek om te vormen tot politieke issues, waarvoor daklozen actie voeren. Dat varieert van inspreken bij raadscommissies en handtekeningen verzamelen tot meer ludieke activiteiten, zoals een sponsorloop om het stadhuis, waarvan de opbrengst gaat naar het ouderenwerk in de stad (‘om te laten zien dat ook daklozen betrokken zijn bij de stad waarin ze leven’) en het in de nieuwsbrief ‘langs de meetlat leggen’ van de cliëntenraden bij de

verschillende hulpverleningsorganisaties in Den Haag. Een van de straatambassadeurs is Frank van der Schee, zelf ooit dakloos.

Hoe word je een actieve dakloze? Het zal wel weer een verkeerd beeld zijn, maar daklozen associeer je in het algemeen toch niet met politiek activisme...

Frank: “Ik ben zelf acht jaar dakloos geweest. Juist op straat zie je dat er heel veel mis is. Je wordt voortdurend geconfronteerd met de onmogelijkheid van je situatie. Bij ieder loket mis je wel iets van de vereiste papieren en dan is er niemand die je helpt om eraan te komen. Zo heb ik negen maanden moeten wachten op een uitkering. Om te overleven ben ik het Straatnieuws gaan verkopen en straten gaan vegen bij een buurtbeheermaatschappij. Maar dat was niet bepaald een eigen keuze. Vooral in het begin wil je daar helemaal niet bij horen, je schaamt je dood, maar je moet iets. Op een gegeven moment ben ik met een kennis meegegaan naar De Achterban, uit nieuwsgierigheid en uit frustratie dat je door niemand serieus wordt genomen. Ook niet door de hulpverlening. Achterban en Straatconsulaat proberen de mensen te organiseren, zodat ze bepaalde zaken gericht, met z’n allen, aan gaan pakken. Zoiets bevordert het gevoel van eigenwaarde en dat heb je hard nodig als je ooit van de straat af wilt komen.”

Volgens jullie gaan ook de hulpverleningsinstellingen af op vooroordelen en nemen ze daklozen niet serieus. Kun je dat toelichten?

Frank: “De instellingen moeten ook hun targets halen en daarvoor hebben ze liever inschikkelijke personen dan lastige. De lastigen missen daardoor de boot, want voor hen wordt niks gedaan. Verder zie je veel bureaucratie bij de instellingen. Het klakkeloos



Frank van der Schee, voorheen dakloos, nu straatadvocaat, die mensen individueel bijstaat

snijden in voorzieningen omdat er nou eenmaal bezuinigd moet worden, leidt juist tot steeds meer daklozen. Achterban en Straatconsulaat proberen te laten zien waar allerlei beslissingen ‘achter het bureau’ toe leiden.”

En Elly: “Veel geld zou kunnen worden bespaard als de instellingen zouden samenwerken. Nu weet de een van de ander niet wat ze doen. Ook de dakloze wordt niet goed geïnformeerd. Waar kun je je was doen? Kun je daar echt achter de computer?? etc. Straatambassadeurs zitten ook in de cliëntenraden van de instellingen en merken dan dat een cliëntenraad nogal eens wordt gepasseerd bij het nemen van maatregelen. Een voorbeeld? Deze winter veranderde het Leger des Heils zomaar, zonder overleg met de cliëntenraad, de openingstijden van de dagopvang, waardoor mensen in de kou werden gezet. Ook werden mensen weggestuurd bij de nachtopvang, terwijl was toegezegd dat er tijdens de winterregeling niemand buiten hoefde te slapen. De straatambassadeur heeft dat toen aangekaart bij de gemeenteraad, met als resultaat: extra nachtopvang.”

Frank: “Het Leger is inspraaktechnisch niet om over naar huis te schrijven. Maar bijvoorbeeld ook de Kesslerstichting gaat nu bezuinigen op de Soepbus. Die gaat minder vaak rijden. Nota bene de meest laagdrempelige voorziening, die iedere nieuwe dakloze weet te vinden. Het gaat hier om niet-geregistreerde

kwetsbare mensen, die niet aan een instelling zijn gebonden en die het makkelijkst te pakken zijn.”

Wat willen jullie concreet bereiken met jullie werk?

Frank: “Empowerment van de dakloze, corrigeren van de beeldvorming en bieden van perspectief, want dat is er niet op straat. Daklozen worden geworven voor vrijwilligerswerk, zoals straten vegen of fietsen repareren. Ten eerste is dat niet echt vrijwillig, want op straffe van verlies van uitkering. Maar erger is dat dat werk geen enkel perspectief biedt, er is geen vervolg, er zijn geen banen in. Je wordt dus verplicht om heel goedkope arbeid te leveren, terwijl je eigen capaciteiten helemaal niet aan bod komen.”

Zelf heeft Frank aan den lijve ondervonden hoe snel het kan gaan. Opgeleid aan de middelbare detailhandelschool en de bestuursacademie in Rotterdam, werkte hij als freelancer voor de sociale dienst met daklozen en woonwagenbewoners. Toen hij oververmoeid raakte en tijdelijk niet kon werken, had hij geen inkomen, zijn doorlopend krediet werd ingetrokken, en hij kreeg een belastingschuld. Voor schuldhulpverlening kwam hij niet in aanmerking en voor hij het wist stond hij letterlijk op straat. Na acht jaar is hij er uit gekomen en sinds kort heeft hij een betaalde baan als Straatadvocaat in Rotterdam, waar hij mensen individueel bijstaat:

“Ik ben eruit gekomen, maar dat is niet bepaald te danken aan de sociale dienst. Die wilden mij fietsen laten maken in een project van de Schroeder van der Kolk Stichting. Door De Achterban leerde ik het netwerk van ambtenaren kennen, zodat ik wist waar ik protest kon aantekenen tegen die tewerkstelling. Dat protest is erkend: het werk van straatambassadeur is nu erkend als dagbesteding. Wie dat werk doet kan niet meer worden gedwongen iets anders te gaan doen.”

Wat zijn de plannen van het Straatconsulaat voor de toekomst?

Elly: “Wij zullen er alles aan doen om ondanks de bezuinigingen, de belangenbehartiging overeind te houden. Daarvoor zullen we nog actiever dan tot nu toe contact zoeken met de politiek, dus met de raadscommissies en raadsleden, om die te interesseren voor wat er mis is op straat en met de instellingen.”

*Stichting Straatconsulaat, Postbus 371, 2501 C7
Den Haag, tel. 070 - 318 16 33.*

Verklaring gebruikte afkortingen

Hoewel bij alle in de teksten gebruikte afkortingen een verklaring staat, volgen ze hieronder nog eens op alfabetische volgorde:

ACT-team	: Assertive Community Treatment-team, ofwel 'bemoeizorg'
AMW	: Algemeen Maatschappelijk Werk
AWBZ	: Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
CCP	: Centraal Coördinatie Punt
DHOD	: Den Haag Onder Dak, 1 en 2, uitvoeringsplannen gemeente voor aanpak dak- en thuisloosheid
GGD	: Gemeentelijke Gezondheidsdienst
GGZ	: Geestelijke Gezondheidszorg
GMS	: Geïntegreerd Meldkamersysteem
G4	: de vier grote steden Amsterdam, Rotterdam, Den Haag en Utrecht
Den Haag OpMaat	: afdeling van de gemeentelijke dienst Sociale Zaken en Werkgelegenheid, voor hulp bij financiële problemen
Haags Straatteam	: team van het CCP dat dak- en thuislozen op straat opzoekt en motiveert tot het accepteren van begeleiding
Haags Thuissteam	: team van het CCP dat mensen thuis op zoekt en motiveert tot het schoonmaken van de woning
IMP	: Instituut voor Medische (later Multidisciplinaire) Psychotherapie
JGZ	: Jeugd Gezondheidszorg
KZ	: Krankzinnigenwet
MEE	: landelijke organisatie voor ondersteuning van mensen met een beperking
MO	: Maatschappelijke Opvang
MOB	: Medisch Opvoedkundig Bureau
MOE-landers	: mensen afkomstig uit Midden- en Oost Europa
NRV	: Nationale Raad voor de Volksgezondheid
OGGZ	: Openbare Geestelijke Gezondheidszorg
OGZ	: Openbare Gezondheidszorg
PAAZ	: Psychiatrische Afdeling van een Algemeen Ziekenhuis
PerspeKtief	: organisatie voor hulp bij problemen rond wonen, werken en huiselijk geweld
PVH	: Project Vermindering Huisuitzetting
RIAGG	: Regionaal Instituut voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg
RIBW	: Regionale Instelling voor Beschermd Wonen
SHG	: Steunpunt Huiselijk Geweld
SPD	: Sociaal-Psychiatrische Dienst
SPV	: Sociaal- Psychiatrisch Verpleegkundige
SUNA	: Suïcide Nazorg project
TOP	: Team Openbare geestelijke gezondheidszorg Parnassia
WCPV	: Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid
WHO	: Wereld Gezondheidsorganisatie
WMO	: Wet Maatschappelijke Ondersteuning
WPG	: Wet Publieke Gezondheidszorg

Korte berichten

Symposium

'(N)iets nieuws onder de zon'
afscheidssymposium Willem
Beaumont, donderdag 13 oktober
2011 - 13.00 uur, Theater Concordia
Den Haag.

De gemeente Den Haag voert actief beleid op het terrein van de Openbare Geestelijke Gezondheidszorg (OGGZ) en stimuleert de medische en maatschappelijke samenwerking in de keten. Het plan van aanpak Den Haag Onder Dak I (2007-2010) is zeer succesvol geweest in het bieden van een stabiele situatie aan mensen zonder dak boven hun hoofd. Nu volgt Den Haag Onder Dak II (2011-2014), met de nadruk op participatie en zelfredzaamheid. Zijn de problemen daarmee opgelost en kan de gemeentelijke inzet daarna worden afgebouwd?

De samenleving verandert en daarmee ook de problemen waar mensen mee te maken krijgen. Er zijn steeds weer mensen die tussen wal en schip vallen, van kinderen die geboren worden bij verstandelijk gehandicapte ouders of in geweldsituaties tot en met ouderen die plotseling alleen komen te staan en de weg kwijt raken.

Wat is de rol van de gemeente in beleid en uitvoering in een tijd waarin de overheid - financieel gedwongen - terugtreedt. Welke risico's en kansen levert dat op?

Ter gelegenheid van het afscheid van Willem Beaumont, die ruim 25 jaar bij de GGD Den Haag heeft gewerkt, organiseert de GGD '(N)iets nieuws onder de zon', een symposium over de

OGGZ. Onder leiding van dagvoorzitter Barend Middelkoop biedt dit symposium een programma van sprekers en workshops. Sprekers zijn wethouder Rabin Baldewsingh, psychiater en hoogleraar OGGZ Bert van Hemert, directeur GGD Den Haag Ton van Dijk en Willem Beaumont zelf. In de workshops onder leiding van vakspecialisten worden de deelnemers uitgedaagd mee te denken en eigen inbreng te leveren. Verschillende doelgroepen en thema's worden onder de loep genomen: licht verstandelijk gehandicapten, zwerfjongeren, verborgen doelgroepen, samenhang en samenwerking, OGGZ en JGZ, de participatieladder en ontwikkelingen achter de voordeur.

De OCW band o.l.v. Onno Mostert zorgt tijdens de receptie na afloop voor een luchtige noot. Accreditatie ABSG wordt aangevraagd.

Aanmelding en inlichtingen bij jolanda.vandenberg@denhaag.nl, tel. 070 - 35 37 269

Onderzoek en praktijk

USER: Landelijke Academische Werkplaats OGGZ van start

Op 10 juni vond in Utrecht de officiële start plaats van de Academische Werkplaats Openbare Geestelijke Gezondheidszorg van de vier grote steden, de 'G4': Amsterdam, Rotterdam, Den Haag en Utrecht. Zo'n honderd genodigden woonden het openingsymposium

bij: onderzoekers, beleidsmedewerkers, medewerkers van het vangnet Zorg en Advies of Centraal Coördinatiepunt van diverse GGD'en, vertegenwoordigers van de klanten van de Maatschappelijke Opvang etc. De geanimeerd verlopen middag stond onder leiding van de Directeur Publieke Gezondheid van het Ministerie van VWS, Marianne Donker. Zelf was zij indertijd als directeur van de GGD Rotterdam nauw betrokken bij het ontstaan van deze Academische Werkplaats. In de werkplaats werken de GGD'en van de G4 samen, evenals de vier universiteiten die op het onderwerp OGGZ zijn verbonden met deze GGD'en: de Vrije Universiteit, de Erasmus Universiteit, de Universiteit Leiden en de Radboud Universiteit Nijmegen. En dan wordt in zo'n Academische Werkplaats tegelijkertijd ook samengewerkt tussen beleid (van de betrokken gemeenten), onderzoek (door de betrokken universiteiten en afdelingen Epidemiologie van de betrokken GGD'en) en praktijk (van de betrokken GGD'en).

De Academische Werkplaats heeft zichzelf USER gedoopt: Urban Social Exclusion Research. Binnen de werkplaats wordt gezamenlijk een conceptueel kader ontwikkeld (zie hierover het artikel van Judith Wolf en Bert van Hemert op pagina 14 e.v. van dit bulletin) en een OGGZ-monitor opgezet. Maar er worden ook al twee promotieonderzoeken uitgevoerd: één naar de mannelijke klanten van de Amsterdamse Sociale dienst, van wie bekend is dat zij

een verhoogd risico lopen om op de eerste of een verdere trede te komen van de OGGZ-ladder (zie nogmaals het artikel van Wolf en van Hemert). En één naar de vraag of huisuitzettingen kunnen worden voorkomen door vroegsignalering. Bijvoorbeeld door actiever beleid op schuldhulpverlening. Naast deze onderwerpen werd natuurlijk ook het gezamenlijk uitgevoerde Winterkoudeonderzoek gepresenteerd (zie hierover het artikel van Renske Gilissen op pagina 37 van dit bulletin). De start van USER was veelbelovend. De komende jaren zullen we zien of de hooggespannen verwachtingen worden waargemaakt.

Houvast

In dit themanummer OGGZ van het bulletin mag een verwijzing naar het themanummer van het blad Houvast over gezondheid, in het bijzonder de gezondheid van sociaal kwetsbaren, niet ontbreken. Deze bijzonder prettig leesbare uitgave biedt een inkijkje in de praktijk van de hulp en opvang die wordt georganiseerd voor mensen aan de rand van de samenleving. Het themanummer bevat o.a. artikelen over het dak- en thuislozensprekeuur, gezondheidsproblemen bij verslaafden, gezond eten bij Leger des Heils, Kessler en Schroeder van der Kolk, en de daklozentandarts. Houvast is een kwartaaluitgave van de gemeente Den Haag, geïnteresseerden kunnen dit themanummer -het meinumner- opvragen bij Miranda de Haan, 070 - 353 53 13, e-mail: m.j.dehaan@ocw.denhaag.nl.

Actueel

Anticonceptievoorjou.nl laat meiden bewust kiezen

Sinds 23 mei kunnen meiden een test doen op Anticonceptievoorjou.nl om te zien welk anticonceptiemiddel het best bij hen past. Dat is lang niet altijd de pil. Vanwege persoonlijke of cultuurgebonden redenen kan een ander anticonceptiemiddel geschikter zijn. Deze digitale test houdt rekening met deze factoren. De test is gemaakt door Rutgers WPF (voorheen Rutgers Nisso Groep, kenniscentrum seksualiteit) en is met name bedoeld voor laag opgeleide en allochtone meisjes. Anticonceptievoorjou.nl vervangt niet het advies van de huisarts of Sense-verpleegkundige, maar is wel een goede voorbereiding daarop. Anticonceptiemiddelen als ring, pleister en vrouwencondoom zijn bij veel vrouwen en mannen nog onbekend. Van de vrouwen die anticonceptie gebruiken, slikt 35% de pil. Grootste bezwaar voor velen is dat je daar iedere dag aan moet denken.

Anticonceptievoorjou.nl laat meisjes bewust nadenken over anticonceptie en welke aspecten zij daarbij belangrijk vinden.

Ook jongens hebben kennis nodig. De meeste jongeren vinden anticonceptie belangrijk en willen die ook goed toepassen. Een deel van de jongeren is echter niet goed voorbereid op seksueel contact en heeft problemen met plannen en goed gebruiken van anticonceptie, blijkt uit onderzoek van Rutgers WPF. Daarbij wordt het condoom nog altijd gezien als de verantwoordelijkheid van de jongen en de pil als die van het meisje. Jongens verwachten dat een meisje dagelijks de pil slikt en meisjes verwachten dat de jongen

een condoom bij zich heeft en weet hoe dit te gebruiken. Maar dat is lang niet altijd het geval. Er is nog veel te winnen als ze samen de verantwoordelijkheid voor anticonceptie nemen en beiden goed geïnformeerd zijn over het gebruik. Aan de voorlichting de taak op allerlei vooronderstellingen die leven bij jongeren, zoals dat je onvruchtbaar zou worden van de pil, of dat bij gebruik van het spiraaltje het (onreine) bloed in je lichaam blijft.

De test

'Ik wil niet dat een dokter mijn anticonceptie inbrengt in mijn baarmoeder'. 'Ik wil dat ik mijn ongesteldheid kan plannen'. 'Ik wil dat niemand erachter kan komen dat ik anticonceptie gebruik'. De test bevat dergelijke stellingen, waarbij aangegeven moet worden of dit belangrijk is of niet. Uiteindelijk rolt er dan een anticonceptieadvies uit.

Cursussen

Schrijfvaardigheid en argumentatie

Werk aan een eigen advies, (beleids)notitie, publicatie of artikel en leer hoe u helder, onderbouwd en overtuigend kunt schrijven.

Doelgroep: de schrijver van adviesteksten, die zijn schrijftaak efficiënter en professioneler wil aanpakken. We denken daarbij aan sociaal geneeskundigen, beleidsmedewerkers, epidemiologen, gezondheidswetenschappers, projectmanagers of projectcoördinatoren.

Data: donderdag 13 oktober, 3 en 17 november 2011

Kosten: €1.155

Locatie: Utrecht

Link: <http://www.nspoh.nl/page.ocl?pageid=32&id=66>

Veranderen, samenwerken en procesmanagement

Loopt u aan tegen weerstand, gebrek aan motivatie en andere prioriteiten in een samenwerkingsverband? Leer zelf meer sturing te geven aan samenwerking door zicht te krijgen op het samenwerkingsproces en op uw persoonlijke rol en vaardigheden hierin.

Doelgroep: preventied medewerkers, gezondheidsbevorderaars, beleidsmedewerkers, projectleiders, programmamanagers met minimaal 2 jaar werkervaring. U bent werkzaam bijvoorbeeld bij een GGD, GGZ-instelling, in de verslavingszorg, thuiszorg, patiëntenvoorlichting, een landelijke categorale instelling of een ondersteuningsinstituut. Ook andere professionals die vaak in complexe samenwerkingsverbanden werkzaam zijn, kunnen met deze module hun voordeel doen.
Data: woensdag 26 oktober en 9 november 2011
Kosten: € 770
Locatie: Amsterdam
Link: <http://www.nspoh.nl/page.ocl?pageid=32&id=82>

Mogelijkheden voor preventie

Ken de actuele ontwikkelingen in gezondheidsbevordering, gezondheidsbescherming en ziektepreventie en leer zelf de validiteit en bruikbaarheid van interventies te bepalen.
Doelgroep: beleidsmakers, projectleiders, project- en afdelingsmanagers, artsen en onderzoekers in de volksgezondheid met een academisch denk- en werkniveau.
Data: vrijdag 11, 18 en 25 november, 2 en 9 december 2011 en een nader te bepalen datum
Kosten: € 3.990
Locatie: Utrecht

Link: <http://www.nspoh.nl/page.ocl?pageid=32&id=622>

Effectiviteit van preventie

Leer hoe u complexe interventies in de volksgezondheid kunt beoordelen op de kwaliteit en bruikbaarheid.
Doelgroep: beleidsmakers, projectleiders, project- en afdelingsmanagers, artsen en onderzoekers in de volksgezondheid met een academisch denk- en werkniveau.
Data: woensdag 14 en vrijdag 16 december 2011
Kosten: € 770
Locatie: Utrecht
Link: <http://www.nspoh.nl/page.ocl?pageid=32&id=619>

Strategie, beleid en leiderschap in de publieke gezondheid

Leer acteren in het complexe veld van de publieke gezondheid en ontwikkel een plan voor een vernieuwing in het veld.
Doelgroep: beleidsmakers, projectleiders, project- en afdelingsmanagers, artsen en onderzoekers in de volksgezondheid met een academisch denk- en werkniveau.
Data: donderdag 16 februari, 8 en 22 maart, 12 april, 10 en 31 mei en 14 juni 2012
Kosten: € 4.110
Locatie: Utrecht
Link: <http://www.nspoh.nl/page.ocl?pageid=32&id=623>

Informatie over alle cursussen via www.nspoh.nl

Aangiften infectieziekten

Meldingen tijdens het eerste kwartaal 2011, voor de stad Den Haag

De hieronder besproken cijfers en analyse zijn gebaseerd op de gegevens van Osiris, de database van het RIVM waarin alle meldingsplichtige infectieziekten geregistreerd worden. Het aantal meldingsplichtige infectieziekten, door de GGD Den Haag doorgegeven aan het Centrum Infectieziektebestrijding bij het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) in het eerste kwartaal 2011, was 130 (exclusief de meldingen van TBC). Dit is hoger dan het aantal in dezelfde periode in 2010 (100, exclusief de meldingen van TBC). Deze stijging wordt veroorzaakt door een groter aantal meldingen van bof en nieuwe influenza H1N1. Hieronder volgen commentaren op de gemelde infectieziekten.

Bof

Van deze ziekte werden 24 meldingen ontvangen. De leeftijd van de patiënten lag hoofdzakelijk tussen 19 en 30 jaar. Bijna alle patiënten maakten deel uit van een uitbraak van bof in een beroeps-schul in Den Haag.

Buiktyfus

Een 55 jarige man heeft de besmetting opgelopen tijdens een reis in India. Hij was niet gevaccineerd.

Hepatitis B

Het aantal hepatitis B meldingen (52: 51 chronische gevallen en 1 acuut geval) was iets lager dan tijdens de zelfde periode in 2010 (60). In de categorie chronische gevallen waren evenveel mannen als vrouwen, vooral in de leeftijds-categorie van 20-39 jaar. De

besmettingsbron van hepatitis B is doorgaans niet bekend. Bij bijna de helft van de gevallen wordt verticale transmissie als meest waarschijnlijke bron aangegeven. Daarbij geeft een besmette moeder het virus door aan haar kind rond de bevalling. Meestal gaat het om personen afkomstig uit landen waar de ziekte veel voorkomt. Acute hepatitis B werd gemeld bij één man van 27 jaar die mogelijk bij een tandarts in Iran was besmet.

Hepatitis C

Hepatitis C is alléén meldingsplichtig indien deze recent is opgelopen. Hiermee beoogt de GGD Den Haag de mogelijke besmettingsbron te vinden en zo mogelijk uit te schakelen. In dit kwartaal werd een uit Egypte afkomstige patiënt gemeld met een recente hepatitis C besmetting. Het was onmogelijk een besmettingsbron aan te duiden.

Invasieve groep A-streptokokkeninfectie

Infectie met deze bacterie kan leiden tot zeer ernstige ziektebeelden, waaronder sepsis (bloedvergiftiging) en uitgebreide bijna onbehandelbare infecties van het onderhuidse weefsel. Twee vrouwen en drie mannen werden gemeld, allen op één na boven de leeftijd van 80 jaar. Twee patiënten behoorden tot een kleine uitbraak in een verpleeghuis. Vier van hen zijn helaas overleden. Middels verder onderzoek hebben wij de contacten van deze patiënten in kaart gebracht en indien nodig beschermd tegen deze aandoening. Verdere ziektegevallen deden zich niet voor.

Invasieve Haemophilus influenzae type b-infectie (Hib)

Infectie met deze bacterie kan leiden tot zeer ernstige ziektebeelden, waaronder hersenvliesontsteking, kroep, longontsteking en septicke gewrichtsontsteking. Deze aandoening is meldingsplichtig. Het doel hiervan is kinderen die nauw contact hebben gehad met de patiënt en die nog onvolledig gevaccineerd zijn of om een andere reden kwetsbaar zijn voor deze bacterie, met antibiotica te kunnen behandelen om te voorkomen dat zij de ziekte doormaken. Een 70-jarige man met deze aandoening werd gemeld.

Invasieve pneumokokkenziekte (bij kinderen)

Pneumokokken kunnen diverse ziektebeelden veroorzaken waaronder oorontsteking, sinusitis, bronchitis en longontsteking. Hersenvliesontsteking en sepsis (bloedvergiftiging) zijn de ernstigste vormen. Kinderen tot en met 5 jaar met deze aandoening moeten gemeld worden bij de GGD om de werking van het vaccin dat hiertegen in het Rijksvaccinatieprogramma gegeven wordt, te volgen. Er werd 1 kind van een jaar gemeld. Het had al 2 doses van het vaccin gekregen.

Kinkhoest

Het aantal gemelde gevallen van kinkhoest (14) is vergelijkbaar met het aantal gevallen dat in de zelfde periode in 2010 werd gemeld (19). De patiënten waren op twee na tussen 5 en 20 jaar oud. Het betrof, voorzover bekend, bijna allemaal gevaccineerde personen.

Listeriose

Deze infectieziekte die zeer diverse verschijnselen kan geven is vooral gevaarlijk voor mensen met een sterk verzwakte afweer en voor

het ongeboren kind bij zwangere vrouwen die de ziekte doormaken. De besmettingsbron ligt vooral in voeding. Voorbeelden van risico-producten zijn: zachte kazen zoals brie en camembert die met ongepasteuriseerde melk zijn bereid, paté en andere vleeswaren, gerookte of gemarineerde vis, gerookte mosselen, ongepasteuriseerde melk, kant-en-klare pannenkoeken en softijs. Van deze aandoening werd één patiënte van 56 jaar gemeld. Bij deze patiënte was het niet mogelijk de besmettingsbron te achterhalen.

Malaria

Een kind van 7 en een volwassen man werden gemeld. Het kind was in Ghana besmet en had geen profylaxe geslikt tegen malaria. Over de man zijn geen verdere gegevens bekend.

Meningokokkenziekte

De melding betrof 1 klein kind dat besmet was door het type B meningokok waartegen nog geen vaccin bestaat.

MRSA infectie

Infecties met deze bacterie (Multi Resistente Staphylococcus Aureus) moeten bij de GGD gemeld worden indien twee of meer personen ziek zijn geworden met de zelfde bacterie en er een sterke aanwijzing is dat deze patiënten (buiten een zorginstelling) door dezelfde bron zijn besmet. Het doel van de melding is eventuele uitbraken van deze ziekte buiten zorginstellingen te voorkomen. Binnen zorginstellingen bestaat al een streng beleid ter voorkoming van MRSA. Een jonge vrouw en haar partner hadden beiden een huidinfectie doorgemaakt, waarschijnlijk tijdens hun reis in India opgelopen. De partner was bij een andere GGD gemeld.

Aandoening	Verpleeg- en verzorgingshuis	Ziekenhuis	Kinderopvang	School	Eindtotaal
Ander	1				1
Huiduitslag (ringwormen impetigo)			2		2
Influenza			2	2	4
Invasieve groep A streptokokken	1				1
Maag-darm aandoening	15	2	3	2	22
Pneumonie (RSV)			1		1
Vlekjesziekten			2	2	4
Eindtotaal	17	2	10	6	35

Nieuwe Influenza A (H1N1)

Deze infectie, veroorzaakt door het griepvirus dat sinds 2009 een wereldwijde epidemie heeft veroorzaakt, maakt nog steeds deel uit van de jaarlijks terugkerende griepgolf. De griep veroorzaakt door dit virus, verloopt niet ernstiger dan de griep veroorzaakt door de andere griepvirussen. Toch moeten patiënten die omwille van complicaties na infectie met dit virus worden opgenomen in een ziekenhuis, op basis van de Wet Publieke Gezondheid, nog steeds gemeld worden. In het eerste kwartaal 2011 zijn 23 zulke patiënten bij ons gemeld. Twee van de gemelde patiënten zijn overleden aan de complicaties van deze infectie.

Paratyfus

Deze ziekte lijkt op buiktyfus maar is doorgaans minder ernstig. Een vrouw van 36 jaar liep de ziekte op in Bali (Indonesië).

Shigellose (bacillaire dysenterie)

Een man en een vrouw van boven de 65 jaar die bij de GGD zijn gemeld, hadden de ziekte in Indonesië opgelopen.

STEC/Enterohemorragische E.coli-infectie

Van deze ziekte, meestal opgelopen door eten van onvoldoende gebakken vlees, werd een patiënte van 77 jaar gemeld. Onbekend is waar zij de bacterie had opgelopen.

Infectieziekten gemeld door instellingen

In de onderstaande tabel wordt een overzicht gegeven van de meldingen door instellingen in het 1ste kwartaal 2011. Deze instellingen behoren tot instellingen waar 'kwetsbare' groepen zoals kinderen, ouderen of zieken verblijven. Op grond van artikel 26 van de Wet op de Publieke Gezondheid moeten die instellingen sommige infectieziekten melden bij de GGD.

Het aantal meldingen uit instellingen is minder dan het aantal meldingen in de zelfde periode in 2010 (58). Het verschil is te wijten aan minder meldingen van maag-darm aandoeningen. De oorzaak hiervoor is mogelijk het feit dat het buikgriepseizoen al vroeg in het najaar 2010 is begonnen. Deze uitbraken betroffen bijna allemaal buikgriep waarbij het norovirus werd

aangetoond dan wel de waarschijnlijke verwekker was. Meldingen van vlekjesziekten betroffen roodvonk in de kinderopvang en in scholen. Verder waren er uitbraken van griep in een kinderdagverblijf en een kleine uitbraak van het respiratoir syncytiaal virus (RSV) in een kinderdagverblijf. Sinds half december 2010 is er een uitbraak gaande van bof in een school in Den Haag. Deze wordt niet in de tabel vermeld want deze beroepsschool valt niet onder de wettelijke regeling voor artikel 26.

Meldingen tijdens het eerste kwartaal 2011 voor de regio Zuid-Holland West

Bof

Het aantal bof meldingen was in het eerste kwartaal 18. De trend is vergelijkbaar met de andere regio's in Nederland.

Hepatitis A

Er was 1 melding van hepatitis A. De patiënt was naar Indonesië op vakantie geweest en had zich niet laten vaccineren

Hepatitis B

Er waren 10 meldingen van hepatitis B, in alle gevallen ging het om chronisch dragerschap.

Hepatitis C

Eén melding van (acute) hepatitis C. Alleen acute hepatitis C is meldingsplichtig. Het genotype wordt geassocieerd met MSM (mannen die seks hebben met mannen).

Invasieve GAS

Er is vier keer een invasieve GAS gemeld. De GGD is verantwoordelijk voor de profylaxe van de gezinscontacten.

Invasieve pneumokokkenziekte

Er is 1 kind gemeld met een invasieve pneumokokkenziekte. Het kind was wel gevaccineerd maar het type dat is gevonden, zit niet in het vaccin.

Kinkhoest

Er zijn 26 meldingen van kinkhoest geweest.

Malaria

Er is 1 keer malaria gemeld. De patiënt was in Nigeria geweest. Het ging om een Plasmodium falciparum. Er was geen profylaxe gebruikt.

Meningokokkenziekte

Er is 1 patiënt gemeld met groep B meningokok. De patiënt had een onderliggend lijden en al twee keer eerder een bacteriële meningitis gehad.

Nieuwe Influenza A

Nieuwe influenza is meldingsplichtig wanneer de patiënt is opgenomen in het ziekenhuis vanwege de ernst van het ziektebeeld of complicaties. Er werden in het eerste kwartaal 13 patiënten gemeld.

Paratyfus B

Er was 1 melding van paratyfus B. De patiënt was in Thailand is geweest en had daar gewerkt met de lokale bevolking.

Shigellose

In het eerste kwartaal waren er 2 meldingen van Shigellose. Het betrof een Shigella boydii en een Shigella sonnei. De ziekte was opgelopen in Mali en Indonesie.

STEC

Er is vier maal een Shiga-toxine producerende E-Coli gemeld.

Aan deze rubriek werkten mee:

E.J.M. de Coster

K.B. Yap

E.M. Huisman

Overzicht aangiften infectieziekten regio Haaglanden

Ziekte	Het eerste kwartaal 2011****			De voorgaande 4 kwartalen				t/m het desbetreffende kwartaal vergeleken met dezelfde periode in het voorgaande jaar		
	GGD Den Haag	GGD-Zuid-Holl. West	Tot. regio Haaglanden	Tot. regio Haaglanden	Tot. regio Haaglanden	Tot. regio Haaglanden	Tot. regio Haaglanden	Tot. regio Haaglanden	Tot. regio Haaglanden	
	1e kw. 2011	1e kw. 2011	1e kw. 2011	1e kw. 2010**)	2e kw. 2010**)	3e kw. 2010**)	4e kw. 2010**)	1e kw. 2011	1e kw. 2010**)	
A-ziekten	nieuwe influenza A (H1N1)	23	13	36				36		
B-ziekten	bacillaire dysenterie	2	2	4	3	6	19	7	4	3
	buiktyfus	1	1	2		2	1	2	2	
	Creutzfeld-J's disease				1					1
	hepatitis A	1	1	2	1	1	4	3	2	1
	hepatitis B *)	51	10	61	75	82	54	70	61	75
	hepatitis C	1	1	2					2	
	kinkhoest	14	26	40	54	58	49	52	40	54
	legionella pneumonie					1	22	3		
	mazelen									
	meningokokkose	1	1	2	2	4	3	4	2	2
	paratyfus A				1		1			1
	paratyfus B (C)	1	1	2			1		2	
	tuberculose	15		15	25	25***	28	19	15	25
	voedselinfectie				2	3	4			2
	invasieve GAS	5	4	9	4	6	3	4	9	4
C-ziekten	brucellose									
	E.coli 0157	1	4	5		2	7	8	5	
	leptospirose									
	malaria	2	1	3	3	4	10	12	3	3
	ornithose/psittacose				2	3	2	2		2
	Q-koorts						2			
	rode hond									
	bof	24	17	41	63	33		3	41	63
	invasieve pneumokokken	1	1	2	3	2	1	1	2	3
	inv. haemophilus influenzae typ	1		1					1	
MRSA	1		1					1		
totaal	145	83	228	239	233	212	193	228	239	

*) Inclusief dragers.

**) Deze cijfers kunnen afwijken van eerder gepubliceerde cijfers, als gevolg van verandering van bron.

***) Dit aantal is een schatting. Door problemen met het computerprogramma kon dit keer het exacte aantal niet worden achterhaald.

****) Met ingang van EB3 van 2010 worden alle meldingen weergegeven op het tijdstip waarop de GGD deze doet bij het RIVM. We hebben de cijfers met terugwerkende kracht gecorrigeerd tot begin 2009.

De GGD Den Haag doet opgave over de gemeente Den Haag en de GGD Zuid-Holland West over de gemeenten Rijswijk, Leidschendam-Voorburg, Wassenaar, Zoetermeer, Delft, De Lier, 's-Gravenzande, Maastrand, Monster, Naaldwijk, Nootdorp en Schipluiden.



Het Epidemiologisch Bulletin is een kwartaaluitgave van de GGD Den Haag. Het blad heeft een semi-wetenschappelijk karakter en belicht de uitkomsten van recent epidemiologisch onderzoek op het terrein van de volksgezondheid. Daarnaast bevat het Bulletin artikelen die signaleren welke gezondheidsproblemen er spelen in een grote stad als Den Haag en wat voor beleid er wordt gevoerd om die het hoofd te bieden.

Geïnteresseerden krijgen het blad *kostenloos* toegestuurd.*

• **Hierbij geef ik mij op als abonnee van het Epidemiologisch Bulletin:**

Naam/organisatie:

Straat:

Postcode/stad:

• **Ik ben abonnee van het Epidemiologisch Bulletin.**

Mijn oude adres was:

Naam:

Straat:

Postcode/stad:

• **Mijn nieuwe adres is:**

Naam:

Straat:

Postcode/stad:

• **Ik wil het Epidemiologisch Bulletin niet langer ontvangen:**

Naam:

Straat:

Postcode/stad:

* **Stuur deze bon aan: zie achterkant**

Gemeente Den Haag, Dienst OCW/VG&Z/Epi, Antwoordnummer 13034, 2501 VG Den Haag.



Gemeente Den Haag
Dienst OCW/VG&Z/Epi
Antwoordnummer 13034
2501 VG Den Haag