



NIEMAND OVER DE SCHUTTING NIEMAND OVER DE SCHUTTING

Professionalisering van de Openbare Geestelijke Gezondheidszorg

DEN HAAG

ROTTERDAM

AMSTERDAM

UTRECHT

DEN HAAG

ROTTERDAM



Jellinek

Riagg Rijnmond

BOUMANGGZ

Bouwen aan nieuw perspectief

Bavo RNO
Groep



altrecht 


delta
psychiatrisch centrum

Een gezamenlijk document over de organisatie van de OGGz voor mensen met psychiatrische ziekten door de GGz uit de vier grote steden in Nederland

GGz G4: Armin Voogt, Albert van Hemert, Niels Mulder, Jan Dietvorst, Wijnand Mulder, Johan Havenaar, Claudia Lipsch, Johan Slegers (redactie), Maart 2006

INHOUD

Inleiding	3
Bredere context OGGz	
Leeswijzer	
Signalering	6
Taak van alle netwerkpartners	
Outreaching werken	
Pro-actieve houding	
OGGz meldpunt	
Goede zorg voorkomt overlast	
Toeleiding	7
Alle patiënten ontvangen zorg	
Toeleiding en zorg niet scheiden	
Toeleiding is een continu proces	
Integrale aanpak	
Bemoeizorg is reguliere zorg	
GGz gaat naar de patiënt toe	
Zorg	8
Intensief en multidisciplinair aanbod op verschillende levensgebieden	
Multidisciplinaire (O)GGz-bemoeizorgteams	
Frequent contact	
Bemoeizorgteam zoekt naar de OGGz patiënt	
Ambulante dwang	
Ook de on(be)handelbare patiënten	
Verstandelijke handicap	
Zorgprogramma voor de OGGz	
Regelgeving en monitoring	10
Een dak boven je hoofd is gezond	
(O)GGz bemoeizorgteam is kerntaak GGz	
De gemeente heeft de regie op het macroniveau	
Dwang kan, indien echt nodig	
OGGz casusregister	
Nodig: een richtlijn OGGz	
Beschouwing	12
Lokale context	
Op weg naar een GGz-richtlijn OGGz	
Bijlage: OGGz-keten en bouwstenen	15
Ideaaltypische OGGz-keten	
Twaalf bouwstenen OGGz	

INLEIDING

Inleiding

De problemen op het terrein van de openbare geestelijke gezondheidszorg zijn complex van aard en in de vier grote steden het grootst. Dat vraagt om een samenhangende aanpak. De geestelijke gezondheidszorg en verslavingszorginstellingen in de vier grote steden hebben begin 2004 hun pleidooi voor verdere krachtenbundeling neergelegd in het pamflet *Zorgen om mensen*.¹ Als vervolg hierop hebben de aanbieders van geestelijke gezondheidszorg en verslavingszorg tezamen met de vier grote gemeenten de brochure *Kwetsbaar in de grote stad*² opgesteld, waarin de gemeenschappelijke visie op een samenhangende openbare geestelijke gezondheidszorg wordt verwoord.

In het najaar van 2005 hebben de GGz-instellingen uit de vier grote steden een discussie gevoerd over de Openbare Geestelijke Gezondheidszorg (OGGz). Volgens de Delphi-methode is op een gestructureerde manier in drie rondes naar consensus toegewerkt. Eerst in twee rondes via het internet, waarbij ongeveer 180 GGz-professionals waren uitgenodigd om deel te nemen. Daarna is op 10 november een afsluitende conferentie gehouden (de derde Delphi-ronde).

Tijdens deze conferentie kon worden vastgesteld dat er al een grote mate van overeenstemming was bereikt in de gevoerde discussie in de eerste twee rondes. Vervolgens zijn een aantal zaken nog iets verder uitgediept en bediscussieerd. In dit document willen we de uitkomsten van de discussie en conferentie presenteren.

Dit is geen eindproduct. Het uiteindelijke doel is om binnen de GGz-sector overeenstemming te bereiken over wat OGGz is en wat er inhoudelijk voor nodig is. Dit geeft een basis om samen met andere maatschappelijke partners tot effectieve oplossingen te komen. Samenhang en verdere professionalisering van de OGGz kortom.

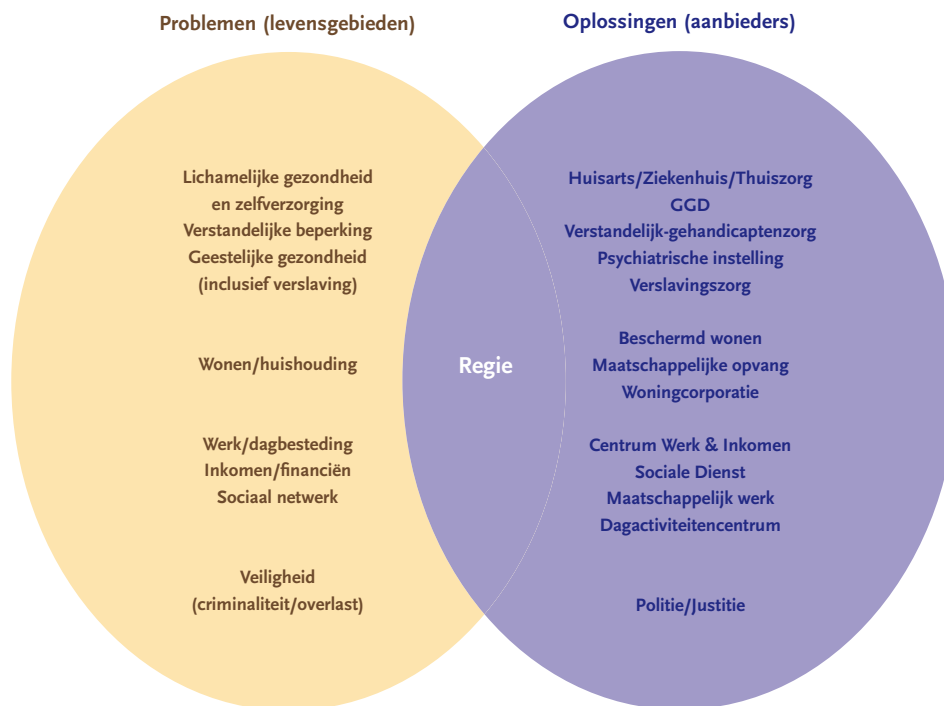
Bredere context OGGz

De OGGz-doelgroep omvat enerzijds kwetsbare mensen (crisishulp en vangnetfunctie) en anderzijds de samenleving in zijn geheel (collectieve preventie). Deze notitie gaat over de groep kwetsbare individuele personen met een psychiatrische ziekte. In deze paragraaf schetsen we eerst de bredere OGGz-context van deze doelgroep aan de hand van het visiedocument OGGz *Kwetsbaar in de Grote Stad*.

Het is van belang op te merken dat het perspectief van de gemeenten op de doelgroep complementair is aan het perspectief van de GGz-aanbieders. De GGz-sector beziet de doelgroep vanuit de professionele deskundigheid en taak; de gemeenten vanuit de brede verantwoordelijkheid voor haar inwoners. Deze notitie gaat over het GGz-aanbod binnen de OGGz.

¹ *Zorgen om mensen – met psychiatrische en verslavingszorgproblemen en de overlast die zij veroorzaken.* Aanbieders van geestelijke gezondheidszorg en verslavingszorg in Amsterdam, Den Haag, Rotterdam en Utrecht, februari 2004

² *Kwetsbaar in de grote stad – G4 visie open een samenhangende openbare geestelijke gezondheidszorg.* Gemeente Amsterdam, Den Haag, Utrecht, Rotterdam en de aanbieders van geestelijke gezondheidszorg en verslavingszorg in deze steden, juli 2005.



Het domein van de OGGz overlapt verschillende beleidsterreinen en verschillende doelgroepen. Op het vlak van de gezondheidszorg omvat de OGGz zowel openbare gezondheidszorg, algemene gezondheidszorg als geestelijke gezondheidszorg, waarbij de laatste ook de verslavingszorg omvat. Dit betekent dat gemeenten, zorgkantoren en zorgverzekeraars als financiers een belangrijke rol hebben bij het vormgeven van het OGGz-beleid. De gemeente heeft de regie over de OGGz. In de uitvoering liggen de zaken nog gecompliceerder. Het schema hierboven illustreert wie er allemaal betrokken zijn bij de uitvoering van de OGGz.

De OGGz-doelgroep met een psychiatrische ziekte is een brede heterogene groep personen met complexe problemen en kan (daarom) op verschillende manieren worden onderverdeeld, afhankelijk van het aspect dat men wil benadrukken³. De groep onderscheidt zich van andere langdurig zorgafhankelijke patiënten door de hoeveelheid aan problemen op verschillende levensgebieden en door het feit dat ze niet zelf adequaat om hulp kunnen of willen vragen. De doelgroep mag niet beperkt worden tot overlastgevend patiënten met een chronisch psychiatrische aandoening; een deel van de zorgmijders is voor de hulpverlening en anderen nog verborgen (zogenaamd 'stil leed' zoals depressieve ouderen en vereenzaamde alcoholisten). Helder is ook dat een meervoudig probleem als de OGGz niet op te lossen is met een beperkte focus op veiligheid.

³ Het accent kan worden gelegd op de problematiek van deze personen (verslaving, sociale relaties, psychiatrie, inkomen, etc.), op de verschijningsvorm (in de publieke ruimte/wijk, of juist verborgen), of op de verblijfplaats (eigen huis, maatschappelijke opvang, gevangenis).

Wij weten uit ervaring dat de zorg en ondersteuning in het kader van de OGGz zelden lineair verloopt, volgens een gedetailleerd plan. Er moet vooral voldoende ruimte zijn om - met een helder doel voor ogen - te temporiseren als dat nodig is: de ene keer iets meer tijd nemen om te motiveren en de andere keer een crisismoment aangrijpen om een aantal zaken tegelijkertijd in gang te zetten. De OGGz vraagt om gecoördineerde actie in een sluitende keten. Hieronder sommen we de bouwstenen op die in meer of mindere mate nodig zijn in het individuele resocialisatietrajecten van individuele personen (zie de bijlage voor verdere details).

- | | |
|---|--------------------------------|
| 1 Signalering en geïndiceerde preventie | 7 Begeleid (zelfstandig) wonen |
| 2 Integrale toegang en screening | 8 Integrale bemoeizorg GGz/Vz |
| 3 Maatschappelijke opvang | 9 Financiële hulp |
| 4 Medische basiszorg | 10 Dagbesteding |
| 5 Curatieve GGz/Vz | 11 Sociaal netwerk |
| 6 Verblijf GGz/Vz en Beschermd wonen | 12 Veiligheid |

Zoals reeds opgemerkt, het navolgende gaat vooral over het specifieke aandeel van de GGz-sector in de OGGz vanuit een GGz invalshoek. In het laatste hoofdstuk komen we terug op de bredere OGGz-context en de noodzaak om de andere OGGz-partners te betrekken bij de verdere uitwerking van de zorg.

Leeswijzer

Het vervolg van dit document is ingedeeld in vijf hoofdstukken. Eerst schetsen we de consensus die de GGz-sector in de vier grote steden heeft bereikt na een gestructureerde discussie volgens de Delphi-methode (via internet en een afsluitende conferentie)⁴. Dit doen we in vier hoofdstukken: signalering, toeleiding, zorg, regelgeving en monitoring. Daarna volgt een korte beschouwing waarin we ook ingaan op de gewenste vervolgstappen die moeten leiden tot de ontwikkeling van een richtlijn/handleiding OGGz. In het navolgende stuk wordt soms gesproken van cliënten en soms van patiënten. Met patiënten worden personen bedoeld bij wie een psychiatrische ziekte (inclusief verslaving) aanwezig is, bij cliënten is dit (nog) niet vastgesteld.

⁴ Voor meer gedetailleerde informatie over de mate van overeenstemming bij de afzonderlijke Delphi-stellingen kunt u de samenvattende presentatie tijdens de conferentie op het internet raadplegen via: www.doenendenken.nl/Publicaties.htm of www.ggzkennisnet.nl domein bemoeizorg/GGz G4.

SIGNALERING

Taak van alle netwerkpartners

Signalering is een taak van alle netwerkpartners in het OGGz-domein: woningcorporaties, politie, maatschappelijke opvang en hulpverleners. Signalering is een momentopname, het is een vorm van triage (“niet pluis”) op basis waarvan besloten wordt dat er iets moet gebeuren aan het gesignaleerde. De uitkomst van de signalering is een keuze voor het hulpverleningskanaal waar de cliënt of patiënt naar toe moet.

Outreachend werken

Patiënten met ernstige psychische aandoeningen mogen niet uit beeld raken. De GGz mag daarom de signalering van verkommering en sociaal verval van bestaande patiënten niet (alleen) overlaten aan anderen. Veel van de patiënten ontberen immers een adequate sociale omgeving. Dit betekent dat de GGz elk signaal van de netwerkomgeving aangrijpt om (meer) in actie te komen richting de patiënt. Meer outreachend werken door de GGz (in woonwijken, ziekenhuizen, politiebureaus, gevangenissen) zal zeker leiden tot betere signalering, waardoor ook het zogenaamde “stil leed” beter in zicht zal komen. Deze signalen moeten vervolgens opgepakt worden en waar nodig leiden tot zorg en ondersteuning, huisvesting, schuldhulpverlening, et cetera (zie het volgende hoofdstuk).

Pro-actieve houding

Bij signalering is de attitude even belangrijk als de kennis en kunde. De GGz en de netwerkpartners moeten hiervoor dan ook het personeel inzetten dat zowel vakkundig is als een pro-actieve houding heeft. Opzoeken, beetpakken en vasthouden is het devies (ofwel, iets warmer geformuleerd: verleiden tot zorg, volgen en een relatie opbouwen).

OGGz meldpunt

Elke stad/stadsdeel moet een OGGz-meldpunt hebben, waar de sociale omgeving en andere instellingen hun signalen kunnen neerleggen - en waarna gecoördineerde en snelle actie wordt ondernomen. Dit OGGz-meldpunt kan echter alleen werken als er voldoende gekwalificeerd personeel werkt dat de bevoegdheden heeft om beslissingen te nemen en bindende verwijzingen te doen. Het is niet de bedoeling om nieuwe meldpunten op te zetten naast bestaande loketten en meldpunten - voortbouwen vanuit succesvol gebleken meldpunten is het devies. Anoniem aanmelden bij het OGGz-meldpunt moet mogelijk zijn om laagdrempelige toegang te garanderen.

Goede zorg voorkomt overlast

In geval van overlast moet de politie optreden als er regels of wetten zijn overtreden. De GGz heeft een verantwoordelijkheid in het vervolgtraject, maar ook in de preventie (proberen overlastgevend gedrag te voorkomen). Door het leveren van integrale goede zorg op alle niveaus kan overlast afnemen.

TOELEIDING

Alle patiënten ontvangen zorg

Het vinden van het beste hulpverleningsaanbod voor een persoon is de kern van toeleiding. Het impliceert dat er altijd iets geboden wordt, de meest passende oplossing. Kortom: iedere persoon krijgt zorg die hij of zij nodig heeft en niemand wordt uitgestoten (uit de boot vallen) of uitgesloten (tussen wal en schip raken).

Toeleiding en zorg niet scheiden

Toeleiding is een proces dat de verbinding vormt tussen de signalering en de zorgverlening. De laatste stap van signalering bestaat uit toeleiding naar het juiste hulpverleningskanaal, maar daar houdt de toeleiding niet op. Vervolgens moet bepaald worden welke specifieke zorg passend is voor de persoon en zijn problemen. Bij de OGGz-populatie kan het motiveren van de persoon om zorg te accepteren enige tijd in beslag nemen. Soms kan een deel van de behandeling al worden uitgevoerd, terwijl het voor de rest van de noodzakelijk geachte zorg nog nodig is om vertrouwen te winnen, te motiveren en te verleiden. Dit laatste betekent dat een strikte scheiding in de tijd tussen toeleiding en zorg ook lastig te maken is. Soms zijn dat parallel lopende processen.

Toeleiding is een continu proces

Toeleiden is een proces met stabiele zorg als einddoel, maar het is geen eenmalige actie. Motiveren om zorg te (blijven) accepteren is een taak die blijvende aandacht vraagt van de hulpverlener die bij de persoon betrokken is. Dit vraagt om vasthoudendheid en creativiteit. Het gaat om het vinden van de uitzonderingen op de regels. Naast kennis en kunde vergt dit ook bepaalde karaktereigenschappen van de hulpverlener.

Integrale aanpak

Elke patiënt heeft één vast (O)GGz-team⁵ en binnen dat team één persoon die verantwoordelijk is en voor anderen het aanspreekpunt. Uit de probleeminventarisatie moet blijken wat er aan zorg nodig is en wat de hoogste prioriteit heeft. De patiënt wordt vervolgens toegeleid naar de instelling met de meeste deskundigheid op het geprioriteerde probleem. Het (O)GGz-team maakt afspraken⁶ met andere hulpverleners voor een integrale aanpak van de problemen op alle leefgebieden.

Bemoeizorg is reguliere zorg

Laagdrempelige signalering en snelle toeleiding hebben alleen zin als bemoeizorg direct toegankelijk is en blijft. Daarvoor is voldoende capaciteit nodig. Bemoeizorgteams behoren tot de reguliere GGz en patiënten kunnen langdurige zorg en ondersteuning nodig hebben. Maar, afhankelijk van de wijze waarop het team is vorm gegeven⁷, is doorgeleiding vanuit het bemoeizorgteam naar andere teams wel of niet een expliciete doelstelling.

GGz gaat naar de patiënt toe

Psychiatrische zorg voor mensen met psychische aandoeningen is een taak van de GGz, op welke plek zij zich ook bevinden: ook op straat en ook in de gevangenis. De gevangenis is verantwoordelijk om op tijd de GGz in te schakelen, zodat de continuïteit van zorg gewaarborgd is tijdens en na detentie.

⁵ ACT-team, bemoeizorgteam of zorgcoördinatieteam.

⁶ Uitgangspunt is dat de afspraken worden bewaakt op het uitvoerende niveau. Als een conflict op dit niveau niet kan worden opgelost, is er een escalatieprocedure via managers en directeurs.

⁷ Zie ook laatste hoofdstuk: ACT, FACT, CTI, of andere methodieken.

ZORG

Intensief en multidisciplinair aanbod op verschillende levensgebieden

OGGz-problematiek is GGz-problematiek die zich in het publieke domein manifesteert. Het is een maatschappelijk probleem dat niet zonder psychiatrische deskundigheid kan worden opgelost. Soms begint de OGGz bij bed, bad, brood. Soms moet de psychiatrische stoornis eerst behandeld worden om (zelfs) verblijf in de maatschappelijke opvang mogelijk te maken. Instellingen voor wonen, zorg en welzijn moeten niet op elkaar wachten maar samenwerken. De OGGz vraagt om een intensief en multidisciplinair aanbod op verschillende levensgebieden. Het vraagt ook om snel en doelgericht handelen van de GGz-medewerker, in een netwerk van betrokken partijen. OGGz betekent dan ook vaak professioneel verantwoordelijkheid nemen.

Multidisciplinaire (O)GGz-bemoeizorgteams

OGGz-bemoeizorg wordt uitgevoerd door multidisciplinaire (O)GGz-teams. Het team biedt zo lang als nodig behandeling en begeleiding, en regelt hulp en ondersteuning op alle levensgebieden, maar voert niet alle taken zelf uit - voor een huis of een uitkering is immers de inzet van woning-corporaties en gemeentediensten nodig. Gedurende het gehele zorgproces is het team van begin tot eind verantwoordelijk voor de continuïteit en de samenhang van het multidisciplinaire hulpverleningsplan. Bij de toeleiding is bepaald welk team dit is (op basis van het kernprobleem).

Frequent contact

Om de integrale bemoeizorg te kunnen bieden is het nodig om zeer frequent (face-to-face) contact te hebben met de patiënt. Dit is afhankelijk van de zorgzwaarte: zeker meerdere keren per week, soms dagelijks.

Bemoeizorgteam zoekt naar de OGGz patiënt

Het zoeken van een patiënt die (tijdelijk) zorg mijdt is ook een taak van het bemoeizorgteam waar de patiënt in behandeling is. Zij kunnen daarbij natuurlijk gebruik maken van de expertise van andere partijen, zoals de politie.

Ambulante dwang

Het kunnen toepassen van ambulante dwang kan nodig zijn voor een goede behandeling van patiënten in het OGGz-domein. Voor patiënten met een BOPZ-maatregel kan dit in de praktijk al (bijvoorbeeld: patiënten even kort naar de kliniek halen voor een depot). Nieuwe patiënten moeten soms eerst opgenomen worden om goede diagnostiek mogelijk te maken. De ervaring leert dat de vertrouwensrelatie tussen de patiënt en de behandelaar niet hoeft te lijden onder zo'n dwanginterventie - integendeel, de patiënt kan achteraf dankbaar zijn.

Ook de on(be)handelbare patiënten

De GGz heeft de verantwoordelijkheid voor therapieresistente en onhandelbare patiënten uit het OGGz domein en kan z'n handen hier niet van aftrekken. De GGz moet hiertoe beschikken over mogelijkheden tot langdurige gesloten opname in het kader van de BOPZ om deze doelgroep adequaat te kunnen behandelen, begeleiden, structureren en opvangen.

Verstandelijke handicap

Als een verstandelijke beperking gepaard gaat met sociale teloorgang hoort de zorg voor deze patiënt ook thuis in de (O)GGz. Meestal gaat het om patiënten met een licht verstandelijke beperking, die tussen wal en schip raken. Verstandelijke beperkingen worden nog onvoldoende gesignaleerd omdat de deskundigheid niet meer aanwezig is binnen de GGz-sector. Daarom is een inhaalslag nodig om de deskundigheid op dit gebied op peil te brengen zodat behandeling, begeleiding en toeleiden naar passende vervolgzorg mogelijk is. Dat kan door scholing van eigen medewerkers, maar ook door de sector voor verstandelijk gehandicaptenzorg meer bij de OGGz te betrekken.

Zorgprogramma voor de OGGz

De OGGz vergt van de GGz flexibiliteit en improvisatie, maar er zijn beslist terugkerende patronen in de problematiek, in de oplossingsrichtingen, en in de methoden die je kunt hanteren. Het is een misverstand dat de hulpverleningsmethodieken bij ieder contact met iedere cliënt weer opnieuw moet worden uitgevonden. Standaardiseren en protocolleren van de OGGz is niet alleen mogelijk, maar ook noodzakelijk. Het is nodig om de verschillende werkprocessen te beschrijven, omdat dit de werkers een kader geeft waarbinnen creatieve oplossingen kunnen worden gevonden. Het is ook nodig omdat het helderheid schept in de samenwerking met andere partijen. Tot slot is het nodig voor gerichte sturing en de verantwoording aan de financiers.

REGELGEVING EN MONITORING

Een dak boven je hoofd is gezond

Het leven op straat is voor niemand gezondheidsbevorderend, zeker niet voor mensen die al ernstig ziek zijn. Een (eigen) dak boven je hoofd is gezond! Daarom stellen we⁸ het volgende doel voor de OGGz centraal: in 2010 zijn er geen patiënten met psychiatrische en/of verslavingsproblemen meer dakloos. Deze doelstelling is ambitieus, en de haalbaarheid is ook afhankelijk van de inspanningen van de netwerkpartners. Toch zijn we van mening dat dit het streven moet zijn, van de GGz-sector en haar partners in de OGGz.

(O)GGz bemoeizorgteam is kerntaak GGz

De OGGz is een zaak van en voor veel partijen, waaronder: GGD, woningbouwcorporaties, maatschappelijk werk en andere welzijnsdiensten, politie, justitie, begeleid en beschermd wonen, GGz, verslavingszorg, maatschappelijke opvang en reclassering. Om de kluwen aan problemen van de OGGz-doelgroep effectief aan te pakken, moet een adequaat lokaal OGGz-netwerk opgezet worden, samenkomend in een (O)GGz bemoeizorgteam.

Hierbij heeft de GGz een belangrijke functie te vervullen. De OGGz behoort tot het kern-domein en de kerntaken van de GGz. De GGz-instellingen moeten daarom de ruimte creëren voor de uitvoerende GGz-werkers om flexibel en creatief oplossingen te realiseren voor de patiënten met complexe problemen. Hiervoor zijn helder afspraken nodig met de overheid en de samenwerkende instellingen.

De gemeente heeft de regie op het macroniveau

Het perspectief van de gemeenten op de doelgroep is complementair aan het perspectief van de GGz-aanbieders. De GGz-aanbieders bezien de doelgroep vanuit hun professionele deskundigheid en taak; de gemeenten vanuit een brede verantwoordelijkheid voor haar inwoners.

Het OGGz-netwerk wordt gevormd door onderling afhankelijke partners. De gemeente heeft de regie op het macroniveau - is de spelbepaler. De gemeente zorgt ervoor dat het spel wordt gespeeld volgens de regels, dat afspraken worden nagekomen door de spelers, maar speelt zelf niet mee (in de uitvoering).

Dwang kan, indien echt nodig

Bemoeizorg vraagt om verleiding, drang en dwang. Het zwaardere middel wordt pas toegepast als de lichtere middelen ruim zijn geprobeerd en onvoldoende effect hebben. Voor dwang is een wettelijk kader noodzakelijk dat richting geeft aan de zeer zorgvuldige afweging tussen conflicterende belangen: het gevaar en zelfbeschikkingsrecht. De WGBO en de BOPZ bieden voorlopig voldoende ruimte. Het huidige gevaarscriterium van de BOPZ inruilen voor het aloude bestwil-criterium levert geen verbetering op.

⁸ Na een discussie tijdens de conferentie op 10 november 2005 is dit door de GGz G4 als doelstelling vastgesteld.

OGGz casusregister

Voor de bewaking van de voortgang van individuele OGGz-trajecten is een lokaal OGGz-casusregister nodig. Zo'n casusregister maakt het ook mogelijk om op het niveau van het lokale OGGz-netwerk vast te stellen of de aanpak werkt aan de hand van enkele sociaalmaatschappelijke uitkomsten, zoals dakloosheid, schuldenproblematiek, overlast en criminaliteit. Het casusregister kan ook gebruikt worden om specifieke resultaatsafspraken te toetsen, bijvoorbeeld de afspraak om het aantal crisisopnamen van personen die reeds in zorg zijn bij de GGz-instellingen te reduceren met x%. Tot slot kan het OGGz-casusregister gebruikt worden voor beleidsontwikkeling.

Nodig: een richtlijn OGGz

Er moet een richtlijn OGGz komen. Het schept duidelijkheid in wat verwacht mag worden van de bemoeizorg in de OGGz. Door criteria te stellen wordt ook de kwaliteit van de zorg bewaakt. De richtlijn moet vanuit de praktijk (lokale best practices) worden vormgegeven. Het geeft aan *wat* men moet doen; in regionale protocollen kan worden uitgewerkt *hoe* men het moet aanpakken in de specifieke regionale of lokale context.

BESCHOUWING

De OGGz vraagt om de inzet van velen. Dit document gaat vooral over de inhoudelijke aspecten van de OGGz die van belang zijn voor de specifieke bijdrage van de GGz-sector in het OGGz domein. Maar de verdere professionalisering van de GGz-rol in de OGGz kan niet geïsoleerd van de rest van het OGGz-netwerk ontwikkeld worden; daarvoor is ook overleg met de partners nodig. Daarom in de volgende paragrafen eerst een paar opmerkingen over de lokale context. Daarna schetsen we hoe de GGz-sector de OGGz-aanpak verder kan ontwikkelen, op basis van de consensus die we in de voorgaande hoofdstukken hebben geschetst.

Lokale context

De gemeenten hebben de taak om het OGGz-netwerk te regisseren.

Naar onze mening moet dat via vijf stappen tot stand worden gebracht:

- **Beleidskader** - Het vaststellen van een beleidskader⁹, waarin is aangegeven welke doelen de gemeente wil realiseren in de komende periode¹⁰.
- **Planning** - Het regelen van voldoende en adequate zorg (in overleg met de financiers), opvang, en algemene voorzieningen op het gebied van inkomen, wonen, werk, opleiding en welzijn.
- **Samenwerking** - Het coördineren van het brede netwerk van OGGz-partners. De OGGz-aanpak vraagt om interdisciplinaire samenwerking.
- **Uitvoering van de zorg** - De gemeente besteedt de uitvoering van de zorg uit aan de instanties die daarvoor het beste geschikt zijn. Voor patiënten met ernstige psychiatrische aandoeningen is dat de GGz/Vz.
- **Evaluatie/monitoring** - De gemeente moet op macro- en microniveau (monitoring van OGGz-personen) toezien op de uitvoering; of geleverd is wat eerder is afgesproken en of de aanpak in zijn totaliteit tot de gewenste effecten leidt.

Voor het organiseren van de samenwerking is het zeer belangrijk dat de rollen van alle partners helder zijn - gebaseerd op de specifieke competenties - en dat iedereen zich vervolgens ook houdt aan het principe: "schoenmaker blijf bij je leest". Dat betekent dat de GGz/Vz het regelen (de regievoering) van huisvesting, uitkering en arbeidsreïntegratie overlaat aan woningcorporaties en gemeentelijke diensten. De GGz/Vz ondersteunen de patiënt zodanig dat huisvesting, uitkering en arbeidsreïntegratie daadwerkelijk door de betreffende instanties gerealiseerd wordt. Bij problemen kan de gemeente als regievoerder worden ingeschakeld. De GGz/Vz richten zich op het daadwerkelijk realiseren van een integraal aanbod van GGz en verslavingszorg. Het betekent ook dat de gemeente de behandeling overlaat aan de behandelaren: zich met name richt op de regie en regelt dat er ook voldoende opvang en huisvesting is. Heldere rolverdeling, goede samenwerking en gecoördineerde actie gaan hand in hand; zeker bij begeleid wonen en arbeidsreïntegratie is ook de specifieke kennis van psychiatrische ziektebeelden nodig.

Voor de samenwerking in het OGGz-netwerk is vertrouwen tussen de deelnemende partners nodig en het vermogen om over de grenzen van de eigen vakgebieden heen te kijken¹¹. De gemeente moet een klimaat scheppen waarin alle betrokkenen de gemeenschappelijke doelstellingen formuleren en vasthouden.

⁹ In de aanstaande Wet maatschappelijke ondersteuning vormen de maatschappelijke opvang, de verslavingszorg en de OGGz elk een apart prestatieveld, maar in de praktijk zullen deze onderdelen veelal in een integraal plan worden uitgewerkt.

¹⁰ Natuurlijk zal de gemeente de gewenste maatregelen, de benodigde capaciteit en specifieke deskundigheid baseren op een analyse van:

- Lokale demografische gegevens die samenhangen met psychische stoornissen en andere factoren die samenhangen met de OGGz-problematiek;
- Omvang van de doelgroep, naar aard en ernst van problemen;
- Peiling van hulpbehoefte van de doelgroep (en eventueel helder af te bakenen subgroepen); Het huidige gebruik van zorg en ondersteuning.

¹¹ Zonder in de val te trappen de ander voor te gaan schrijven wat hij/zij moet doen.

Op weg naar een GGz-richtlijn OGGz

De consensus die we in de vorige hoofdstukken hebben beschreven, schetst een algemeen kader voor het handelen van de GGz-professional in het OGGz-domein. De beschreven uitgangspunten zijn echter te abstract om het handelen ook concreet te kunnen ondersteunen bij praktische keuzes. Daarvoor moeten deze algemeen gedeelde uitgangspunten verder worden uitgewerkt. Dit kan door stap-voor-stap een GGz-richtlijn voor de OGGz te ontwikkelen.

Volgens de Gezondheidsraad¹² zijn richtlijnen: “systematisch ontwikkelde aanbevelingen bedoeld om hulpverleners en patiënten te helpen bij het nemen van beslissingen over de gewenste zorg bij concrete gezondheidsproblemen. (...) Richtlijnen of standaarden ondersteunen de praktijkvoering, doordat medische evidentie daarin zo is verwerkt dat ze in praktisch hanteerbare vorm ter beschikking staat. Een richtlijn of een standaard is de weergave van een bepaald standpunt over juist geacht handelen. Invoering ervan maakt vaak deel uit van een programma voor kwaliteitsbevordering.”

De GGz-richtlijn voor de OGGz moet natuurlijk *evidence-based* zijn, maar omdat onderzoek op dit terrein nog onvoldoende is, zal de eerstvolgende stap nog voor een groot deel gebaseerd zijn op professionele meningen en op voorbeelden die in de dagelijkse praktijk blijken te werken (*best practices*). Pas in een later stadium valt te denken aan de ontwikkeling en implementatie van een GGz-richtlijn voor de OGGz.

Op dit moment is GGZ-Nederland bezig om een landelijk normenkader te ontwikkelen voor de bemoeizorg, waaruit duidelijk zal blijken wat men op het terrein van de OGGz van de GGz kan en mag verwachten. Daarnaast wordt door een werkgroep binnen GGZ-Nederland gewerkt aan een document over de kwaliteit van bemoeizorg. Het normendocument zal in 2006 gereed komen. De gezamenlijke verantwoordelijkheid voor het ontwikkelen - in de toekomst - van een landelijke GGz-richtlijn voor de OGGz ligt bij GGZ-Nederland en de beroepsgroepen.

Het Delphi-onderzoek en de conferentie hebben duidelijk gemaakt dat er behoefte is aan een soort handleiding die vastlegt welke maatstaven voor kwaliteit gelden voor professioneel handelen in het OGGz-veld. Zoals uit het eerder aangehaalde visiedocument *Kwetsbaar in de Grote Stad* blijkt, is de OGGz-problematiek in de grote steden het grootst. In deze steden is (daardoor) ook veel ervaring met de OGGz-praktijk. De GGz-instellingen in de vier grote gemeenten willen daarom actief aan de slag met het ontwikkelen van een GGz-handleiding OGGz voor de G4. Het recente Plan van aanpak Maatschappelijke Opvang dat de vier grote gemeenten en het rijk hebben opgesteld benadrukt het belang¹³ van een (O)GGz-handleiding. Vanzelfsprekend zal in overleg met GGZ-Nederland het ontwikkelproces van de handleiding worden afgestemd op de bovengenoemde processen binnen GGZ-Nederland.

¹² Gezondheidsraad (2000). *Van Implementeren naar leren: het belang van tweerichtingsverkeer tussen praktijk en wetenschap in de gezondheidszorg*. Den Haag: Gezondheidsraad, publicatie nr. 2000/18.

¹³ Centraal in het plan van aanpak staat een persoonsgerichte aanpak gebaseerd op sluitende samenwerking. Voor de GGz is met name de rol van de cliëntmanager relevant (en de relatie van deze met het coördinatiepunt en de veldregisseur).

Een te ontwikkelen GGz-handleiding OGGz dient in ieder geval ook de volgende vragen mee te nemen:

Bemoeizorg

- Welke methodieken verdienen aanbeveling voor het uitvoeren van bemoeizorg (ACT, FACT, CTI, of een andere methoden) en in welke situaties?
- Welke aanbevelingen kunnen gedaan worden voor de diagnostiek van comorbiditeit, met name middelengebruik, persoonlijkheidsstoornissen en verstandelijke beperkingen in combinatie met andere psychische stoornissen?
- Welke aanbevelingen kunnen gedaan worden voor de behandeling en begeleiding van patiënten met meervoudige psychische stoornissen (waarlijk integrale GGZ/Vz; veilige opnamemogelijkheden, etc.)?
- Op welke manier kan de continuïteit van de zorg gewaarborgd worden - met name ook over de grenzen van de verschillende (sub)sectoren van zorg heen?
- In welke situaties kunnen welke vormen van drang overwogen worden (denk aan de mogelijkheden die de Wet werk en bijstand biedt, maar ook justitiële drang)?

Individuele preventie

- Welke vormen van individuele preventie zijn gewenst/noodzakelijk, rekening houdend met veranderingen in bevolkingssamenstelling, veranderingen in maatschappelijke structuren, gesignaleerde trends (b.v. geweld achter de voordeur leidend tot GGz problemen)?
- Welke vormen van outreachend werken dragen bij aan een verbetering van de signalering (op welke plaatsen moet de GGz fysiek aanwezig zijn-en wanneer)?
- Welke deskundigheid moet de GGz zich (meer) eigen maken om goed te kunnen signaleren (denk aan verstandelijke beperkingen)?
- Op welke wijze kan de GGz-sector deskundigheid overdragen aan de OGGz-partners?

Netwerk

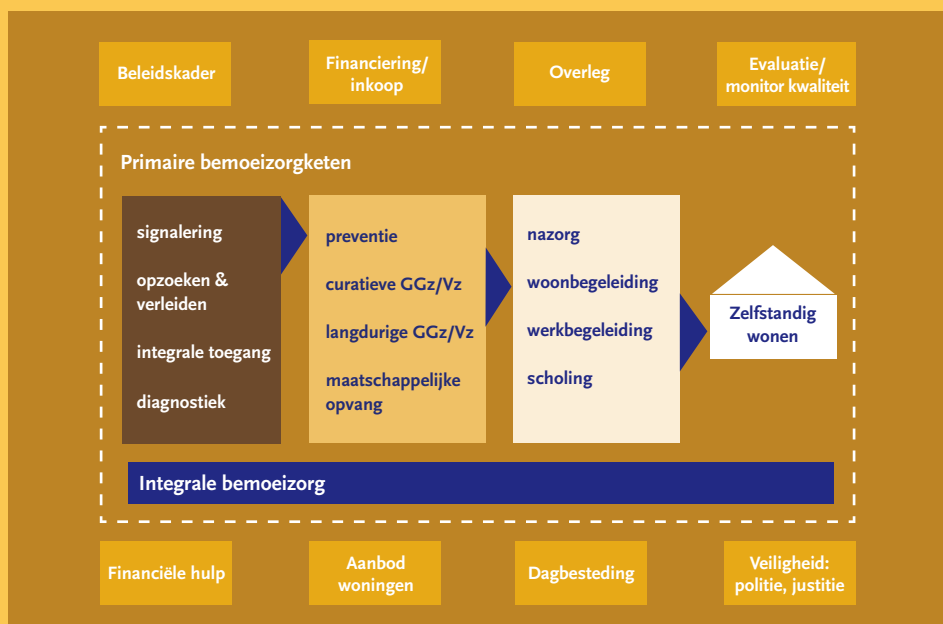
- Op welke wijze kan concreet en helder geregeld worden dat het bemoeizorgteam direct toegang heeft tot zorg, gemeentediensten en een breed aanbod aan maatschappelijke ondersteuning (onderdak, schuldhulpverlening, uitkering, dagbesteding et cetera)?

Dit zijn slechts enkele vragen die in het GGz-handleiding OGGz aan bod moeten komen. Vanzelfsprekend kan de handleiding niet alleen binnen de GGz-sector ontwikkeld te worden. Overleg met vertegenwoordigers van de OGGz-partners is noodzakelijk, met name om die onderdelen waar intensieve samenwerking nodig is verder uit te werken.

OGGZ-KETEN EN BOUWSTENEN

In het visiedocument OGGz *Kwetsbaar in de grote stad* is een ideaaltypische OGGz-keten geschetst en zijn twaalf bouwstenen voor de OGGz benoemd. Hieronder geven we ze nog een keer.

Ideaaltypische OGGz-keten



Twaalf bouwstenen OGGz

- 1 Signalering en geïndiceerde preventie**
 - Meldpunt/lokaal zorgnetwerk/signaleringsteam
 - Laagdrempelige inloopvoorziening
 - Veldwerk
 - Vroege interventie
- 2 Integrale toegang en screening**
 - Inschatten zorgbehoefte en treffen van de noodzakelijke maatregelen
 - Integrale diagnostiek
 - Toeleiden naar opvang en (bemoei)zorg
- 3 Maatschappelijke opvang**
 - Nachtopvang, passantenopvang, ziekenboegbedden, crisisbedden
 - 24-uurs opvang, meerzorgbedden
 - Activerende begeleiding
 - Ondersteunende begeleiding
 - Verpleging en verzorging

- 4 Medische basiszorg**
- Huisarts
 - GGD (infectieziektebestrijding/vangnet/gezondheidsbevordering)
- 5 Curatieve GGz/Vz**
- Medisch psychiatrische diagnostiek
 - Behandeling (ambulant/klinisch)
 - Acute psychiatrie
- 6 Beschermd wonen/Langdurig verblijf**
- Beschermd wonen
 - Verblijf psychiatrie/verslavingszorg
 - Verblijf dubbele diagnose patiënten
- 7 Begeleid (zelfstandig) wonen**
- Aanbod woningen
 - Groepswonen
 - Ambulante woonbegeleiding individueel
 - Extra intensieve woonbegeleiding individueel
- 8 Integrale bemoeizorg GGz/Vz**
- Standaard bemoeizorg en trajectbewaking
 - Intensieve bemoeizorg (bijvoorbeeld conform ACT methode)
- 9 Financiële hulp**
- Stabiel inkomen/uitkering
 - Schuldhulpverlening
 - Verantwoord omgaan met geld (eventueel inkomensbeheer)
- 10 Dagbesteding**
- Werk
 - Reïntegratietraject/vrijwilligerswerk/werkprojecten
 - Opleiding/cursus
 - Dagactiviteiten
- 11 Sociaal netwerk**
- Herstel relatie ouders, familie, burens en vrienden
 - Uitbreiden van het sociaal netwerk (buiten de doelgroep)
 - Opbouwen professionele netwerk (huisarts/tandarts/etc.)
- 12 Veiligheid**
- Extra veilige plekken maatschappelijke opvang en GGz/Vz-verblijf
 - Signaleringsfunctie politie
 - Inrichting stelselmatige daders
 - Inbewaringstelling/rechtelijke machtiging





Mentrum

GGZ Groep Europoort
Instituut voor Maatschappelijke
Geestelijke Gezondheidszorg

GGZ buitenamstel



Parnassia
PSYCHO - MEDISCH CENTRUM

CENTRUM
Maliebaan



de Meren

Organisatie voor regionale, academische en
forensische geestelijke gezondheidszorg

GGz G4
p/a Bavo RNO Groep
Westersingel 93
3015 LC Rotterdam
bestuurscentrum@bavornogroep.org

www.ggzkennisnet.nl
informatieservice Bemoeizorg/G4



NIEMAND OVER DE SCHUTTING NIEMAND OVER DE SCHUTTING

AMSTERDAM

UTRECHT

DEN HAAG

ROTTERDAM

AMSTERDAM

UTRECHT