

**Visiedocument
Openbare Geestelijke
GezondheidsZorg
(OGGZ)**

December 2009

De leden van de NVAG zijn actief binnen het sociaal geneeskundige domein “Maatschappij en Gezondheid” (M&G). De vereniging is opgericht in 1980 door en vóór artsen met de sociaal geneeskundige specialisatie “Algemene Gezondheidszorg”. Naam en logo van de vereniging vinden hier hun oorsprong.

De NVAG is de thuishaven voor artsen die actief zijn in Beleid, Management en sociaalgeneeskundig Onderzoek (BMO). Wij noemen ons Nederlandse Vereniging voor Artsen Beleid, Management en Onderzoek. Alle artsen die zich bewegen binnen het werkveld zijn welkom als lid, ook als ze niet geregistreerd zijn als sociaalgeneeskundige M&G. De arts BMO kan zich onder voorwaarden laten registreren in het profiel ‘Beleid en Advies’. Artsen in opleiding kunnen eveneens lid worden. Ook nietartsen werkzaam binnen het werkveld en et interesse voor de doelstellingen van de vereniging kunnen lid worden.

Nederlands copyright © NVAG 2009

De inhoud van dit document mag vrij worden overgenomen onder vermelding van de bron.

Redactie: Jac Drewes, Marij van Eijndhoven, Willem Beaumont en Peter Bob Peerenboom.
Nederlandse auteurs: leden van het platform OGGZ van de NVAG

Druk: Drukkerij Libertas

Utrecht, NVAG, december 2009

Inhoud

- 1 Inleiding
 - 1.1 Visie van de NVAG op de OGGZ
 - 1.2 Doel en deelnemers van het platform OGGZ
 - 1.3 Definities en werkterreinen van de OGGZ
- 2 Omgevings- en beleidsanalyse
 - 2.1 Lokaal OGGZ-beleid
 - 2.2 Geestelijke gezondheidszorg
 - 2.3 Maatschappelijke opvang
- 3 Uitgangspunten voor toekomstig OGGZ-beleid
 - 3.1 Zwaartepunt OGGZ ligt lokaal
 - 3.2 Preventief perspectief
 - 3.3 Netwerkbenedering
- 4 Naar een effectieve en permanente OGGZ



1 Inleiding

In dit document wordt de visie verwoord van de Nederlandse Vereniging voor Artsen Beleid, Management en Onderzoek (NVAG) op de ontwikkelingen in de Openbare Geestelijke Gezondheidszorg (OGGZ). Deze visie is opgesteld door het Platform OGGZ van de NVAG. Zij vormt de basis van waaruit de activiteiten van de vereniging en van het platform op het terrein van de OGGZ worden ondernomen. Deze activiteiten betreffen onder andere het organiseren van themamiddagen, het geven van bijdragen aan congressen, het innemen van standpunten en het bevorderen van de aandacht voor OGGZ in diverse opleidingen. Dit document vormt voor de NVAG de start van een nieuwe beleidsontwikkeling; het zal door het platform OGGZ worden aangevuld met werkdocumenten, om zo meer de diepte in te gaan dan wel om op nieuwe ontwikkelingen te reageren.

1.1 Visie van de NVAG op de OGGZ

De Openbare Geestelijke Gezondheidszorg is van oudsher een gemeenschappelijk werkterrein van de Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ) en de maatschappelijke gezondheidszorg. Met de start van de OGGZ als apart aandachtsgebied bij de overdracht van verantwoordelijkheden rond het RIAGG-besluit van 1980, leek een en ander goed geregeld. Daarbij lag het zwaarte-

punt, en daarmee ook een groot deel van de regie, lange tijd bij de GGZ. Recente ontwikkelingen brengen een verschuiving met zich mee. Te noemen zijn onder andere de veranderingen in verzekeringsstelsel, waaronder de opname van de GGZ in de zorgverzekering en de beperking van de aanspraken krachtens de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ), en de invoering van de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO). Daarnaast vindt een verdere decentralisatie naar de gemeenten plaats met versterking van de Maatschappelijke Opvang (MO) en een steeds restrictiever vreemdelingenbeleid. Dit alles veroorzaakt een verschuiving van het zwaartepunt van de OGGZ naar enerzijds de sociaal-medische zorg en anderzijds een meer intersectorale aanpak.

Deze ontwikkelingen hebben volgens de NVAG een aantal belangrijke gevolgen. Met het verschuiven van het zwaartepunt in de OGGZ naar de sociaal-medische zorg, verschuift ook de regie en de coördinatie in die richting;

1. Op bijna alle terreinen van de publieke gezondheidszorg wordt het OGGZ-perspectief belangrijker;
2. Het ontstaan van nieuwe (OGGZ-) problemen op te onderscheiden leef- en probleemgebieden.

Tegelijkertijd signaleert de NVAG dat de politieke en beleidsmatige aandacht voor de OGGZ afneemt, omdat het niet meer als een belangrijke, met veel geld belegde, sector wordt gezien.

De NVAG ziet het als zijn missie deze

verminderende aandacht voor de OGGZ tegen te gaan, de inspanningen op dit terrein te stimuleren, nieuwe OGGZ-problemen tijdig te signaleren, de samenwerking tussen de vele betrokkenen te bevorderen, met name ook de aandacht en de inspanning van de zijde van de GGZ vast te houden, en het OGGZ-perspectief in alle sectoren van de sociaal-medische zorg te propageren. Zij voelt zich daarbij gesteund door diverse maatschappelijke initiatieven, zowel binnen als buiten de publieke gezondheid, om de aandacht en zorg voor de (geestelijke) gezondheid van oude en nieuwe probleemgroepen (weer) op de agenda te krijgen en aan te pakken. De toegenomen aandacht voor overlastbestrijding opent nieuwe mogelijkheden, waar een meer geïntegreerde aanpak gebruik van kan maken en op kan meeliften.

1.2 Doel en deelnemers van het platform NVAG-OGGZ

Het platform OGGZ van de NVAG heeft als doel:

Het creëren van nieuw inzicht bij de deelnemers en derden in de samenhang en samenwerking op het terrein van de OGGZ, op micro-, meso- en macroniveau, waarbij sociaal geneeskundige elementen worden geïntegreerd met andere relevante invalshoeken.

Deze meer theoretische algemene doelstelling staat ten dienste van een aantal praktische doelen van de NVAG, zoals:

- 1 **Over de grenzen van het werkveld heen:** Verbetering van de organisatie van de OGGZ, door het versnipperde veld van de OGGZ in Nederland te verbinden. De OGGZ vormt een belangrijk maatschappelijk probleemveld, meest in het oogspringend in de grote steden, maar ook daarbuiten.
- 2 **Binnen het werkveld van de publieke gezondheid:** De OGGZ te verbinden met de andere werkvelden. De OGGZ is bij uitstek een multidisciplinaire problematiek die de afzonderlijke sociaal-geneeskundige beroepsverenigingen overstijgt.
- 3 **Op het terrein van scholing:** Het verbeteren van de kennis over OGGZ, in de opleidingen en na en bijscholing, door middel van kennisoverdracht en bundeling van kennis, ook aan en met derden.
- 4 **Binnen de NVAG zelf:** Het inbrengen door leden van actuele praktijkproblemen en het signaleren van relevante ontwikkelingen in beleid, management en onderzoek op het terrein van de OGGZ.

Aan het platform kan worden deelgenomen door:

- NVAG-leden
- Al diegenen die betrokken zijn bij het ontwikkelen en uitvoeren van (onderdelen van) de OGGZ.

Het initiatief voor het platform is genomen door leden van de NVAG die niet werkzaam zijn in de geestelijke gezondheidszorg. Maar voor veel van deze artsen is, zoals verderop zal worden toegelicht, OGGZ problematiek echter wel een belangrijk onderdeel van hun dagelijks werk.

1.3 Definities en werkerreinen van de OGGZ

‘Of men sociale geneeskunde beoefent, wordt echter niet bepaald door het gebied van de geneeskunde, waarin men zich beweegt, maar uitsluitend en in zoverre als in het medisch handelen op welk gebied ook, het sociale element beleefd wordt ... Het is volstrekt onmogelijk, dat de arts nu en in de toekomst zijn taak goed zou kunnen uitvoeren, doch dit sociale element zou kunnen blijven negeren zoals hij tot nu toe gedaan heeft...’

Dit schreef Prof. Dr. Arie Querido in zijn inaugurele rede in 1952, bij de aanvaarding van de leerstoel Sociale Geneeskunde aan de Universiteit van Amsterdam.¹ Een citaat van platformlid

Igor van Laere geeft de cruciale plaats van de OGGZ daarbinnen goed weer:

‘Binnen de gezondheidszorg vraagt de Openbare Geestelijke Gezondheidszorg (OGGZ) bij uitstek om de beleving van het sociale element naar de essentie van de sociale geneeskunde. De OGGZ betreft de ontmoeting van arts en een gemarginaliseerde maatschappij. De mens in de marge van de maatschappij heeft zonder uitzondering sociale problemen, met onderdak, inkomen en bezigheden, en medische problemen van verslaving, geest en lichaam. Hiermee is de behoefte aan sociaal medische zorg gedefinieerd.’²

In het verleden werd de OGGZ vooral vanuit de GGz geformuleerd en dit is ook zo in het overheidsbeleid terechtgekomen. De ingeburgerde definitie van OGGZ was:

‘Bij OGGZ gaat het om alle activiteiten op het terrein van de geestelijke volksgezondheid, die niet op geleide van een vrijwillige individuele hulpvraag tot stand komen’ (NRV 1991)³.

Deze definitie is naar de mening van de NVAG achterhaald, omdat dit een beperking tot zorg- en hulpverleningsrelaties veronderstelt, terwijl OGGZ ook activiteiten en maatregelen buiten de hulpverlening in strikte zin kan en zou moeten omvatten. Daarnaast wordt OGGZ omschreven als een activiteit van de geestelijke gezondheidszorg/volksgezondheid, terwijl in de praktijk

de OGGZ altijd een mengvorm is van activiteiten op het terrein van de GGZ, eerstelijnsgezondheidszorg, sociaal-medische zorg, maatschappelijke opvang en ondersteuning, en lokaal en bovenlokaal intersectoraal beleid. Eigenlijk kloppen alle vier de onderdelen van de benaming niet: OGGZ is niet uitsluitend des overheids, niet alleen gericht op het psychische, niet beperkt tot gezondheid, en niet exclusief een zorgactiviteit.

Daarom kiest de NVAG voor een andere benadering van de OGGZ, gericht op risico's, die mensen lopen op verschillende leef- en probleemgebieden. En dat van de prenatale tot op hoge leeftijd. Het gaat bij OGGZ altijd om een combinatie van sociaalmedische en geestelijke zorg voor mensen, die om uiteenlopende redenen, niet bij de reguliere zorg terecht kunnen, te kort komen of anderszins buiten de boot vallen. Zo geformuleerd, sluit het meer aan bij de huidige maatschappelijk realiteit.

OGGZ-problematiek speelt zich, steeds wisselend in de tijd, af op de volgende leef- en probleemgebieden:

- **Wonen:** Hoe langer dakloos, hoe meer sociale en medische problemen zich opstapelen, waarvoor langdurige en kostbare hulp moet worden ingezet.⁴ De strikte scheiding tussen de zorg voor 0-19 jarigen en volwassenen kan er toe leiden, dat een jongere ineens op straat staat, omdat de
- leeftijdsgrens is over schreden.
- **Inkomen/opleiding:** Volgens de armoedemonitor verblijft tien procent van de Nederlandse huishoudens in financiële ongezondheid.⁵ Het rapport *Sociale uitsluiting in Nederland* meldt eenzelfde aantal huishoudens in sociale exclusie en medische ongezondheid.⁶ Gebrekkige opleiding vormt een steeds groter maatschappelijk en gezondheidsrisico.
- **Dagbesteding:** Zonder zinvolle dagbesteding lopen mensen groter risico op (geestelijk) ongezond gedrag.
- **Psychiatrie/verslaving:** Psychische stoornissen inclusief verslavingen leiden, indien niet behandeld, bijna altijd tot ook een breed scala aan problemen op medisch en maatschappelijk terrein.
- **Verstandelijke beperkingen:** Steeds vaker wordt duidelijk dat het maatschappelijk niet mee kunnen teruggevoerd kan worden op een lager dan gemiddeld IQ. Een belangrijke bevinding in dit kader is, dat een niet onaanzienlijk aantal dak- en thuislozen en gedetineerden verstandelijk gehandicapt blijkt te zijn.
- **Lichamelijke gesteldheid:** Nu de situatie van de dak- en thuislozen door de door het rijk gesteunde aanpak in de vier grote steden verbeterd, blijkt steeds meer, dat veel somatische gezondheidsproblematiek bij deze groep jarenlang op de achtergrond is gebleven.

Het convenant VWS/Grote steden voegt aan deze zes probleemgebieden nog twee terreinen toe:

- **Sociale vaardigheden:** Een steeds grotere maatschappelijke complexiteit doet een steeds groter beroep op sociale vaardigheden, en niet iedereen is daar even ruim mee bedeed.
- **Juridische status:** Veel van de mogelijkheden in het maatschappelijk functioneren, en ook van de toegang tot gezondheidszorg en andere voorzieningen, worden bepaald door de wettelijke status die iemand hier in Nederland bezit.

Deze benadering via diverse leefgebieden, biedt de mogelijkheid voor het platform om gefaseerd via themagroepen aandacht te schenken aan de grote variëteit in OGGZ-problematiek.

Altijd raken groepen mensen in onze maatschappij gemarginaliseerd. Steeds nieuwe groepen kunnen het tempo, de verlokkingen en de complexiteit van de maatschappij niet meer volgen. Recente voorbeelden daarvan zijn het optreden van internetverslaving en de problematiek van oost-europeanen. Zowel de politiek alsmede de hulp- en zorgverlening weten niet altijd onmiddellijk een antwoord te vinden op deze nieuwe problemen, zodat deze groepen voor de kortere of langere tijd in de kou komen te staan. Deze doen vaak een beroep op de vangnetfunctie van de O(G)GZ. De acceptatie van de bevolking en daarmee van de politiek en de

zorgverlening wisselt ten aanzien van de vraag of voor deze nieuwe problemen een reguliere maatschappelijke oplossing of opvang voor moet komen. Daardoor ontstaan er steeds nieuwe OGGZ-cliënten waarmee de lokale samenleving wordt geconfronteerd.



2 Omgevings- en beleidsanalyse

De hiervoor geschetste problemen hebben, zeker wanneer ze ook grote effecten hadden voor de openbare orde, in toenemende mate geleid tot grote programma's waarin de samenhang tussen de verschillende beleidsterreinen wordt benadrukt en nagestreefd. De zogenaamde grotestedenproblematiek en het daaruit voortvloeiende grotestedenbeleid en wijkaanpak gaan voor in een bredere landelijke ontwikkeling.

In dit hoofdstuk worden een aantal ontwikkelingen in de zorg en in het beleid ten aanzien van de gezondheidszorg en specifiek de OGGZ en de Maatschappelijke Opvang onder de loep genomen. Deze ontwikkelingen en dit beleid bieden zowel voor- als nadelen voor de OGGZ. De onderstaande analyse is echter voorlopig, omdat veel van deze ontwikkelingen en beleidslijnen nog maar net in gang gezet zijn.

2.1 Lokaal OGGZ-beleid

Ondanks de grote verscheidenheid aan betrokken organisaties en de veranderingen in de OGGZ zijn er in de loop van de tijd toch wel een aantal kernactiviteiten en -instellingen aanwijsbaar, te weten de Gemeentes, de GGZ en de maatschappelijke opvang (MO). Deze zullen hier kort besproken worden. Een

brede analyse van deze betrokken instellingen zou in het kader van dit document te ver voeren, maar het is van belang ontwikkelingen die raakvlak hebben met de OGGZ hier kort te benoemen. Eerst worden de Gemeenten besproken. Bij een OGGZ, die idealiter hulp- en zorgverlening wil verbinden met intersectorale activiteiten en beleid, is de gemeente vaak het scharnierpunt in de regio, aansturing en coördinatie.

Door de lokale overheid verantwoordelijk te maken voor de collectieve preventie en voor de samenhang en samenwerking op o.a. het terrein van OGGZ is de mogelijkheid gecreëerd om beleid en uitvoering op maat mogelijk te maken. Niet overal is hier echter al consequent invulling aan gegeven. De GGD-en hebben van oudsher zowel uitvoerende als coördinerende taken op het OGGZ-terrein. Veel van met name de uitvoerende taken zijn onder invloed van maatschappelijke en beleidsontwikkelingen in de afgelopen decennia afgebouwd. Echter de regiefunctie is bij de gemeentes gebleven, zoals ook wettelijk verankerd in de Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid (WCPV), en later in de Wet Publieke Gezondheid (WPG) en de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO). Hiervoor zijn twee belangrijke redenen. Soms zijn in de OGGZ maatregelen noodzakelijk, die alleen vanuit publiek bestuurlijke kaders genomen kunnen worden. En ten tweede is de verbinding

met publiek en democratisch gecontroleerd beleid eigenlijk alleen goed te leggen door een instantie, die zelf ook in de publieke ruimte opereert.

Gemeenten hebben in het verleden een wisselend pakket aan OGGZ-taken bij hun GGD ondergebracht. In de afgelopen jaren zijn veel van deze uitvoerende taken echter verdwenen, maar niet volledig. Grotestads GGD-en hebben vaak de traditionele functies ten aanzien van specifieke groepen OGGZ-cliënten behouden, zoals rond de verslavingszorg. Daarnaast hebben GGD-en hun vangnetfunctie behouden. Dat betekent dat mensen, die elders niet terecht kunnen of willen, toch weer bij de GGD-en in beeld komen, al dan niet via overlast, criminaliteit of na detentie. Op een aantal onderdelen functioneren GGD-en goed in hun uitvoerende, adviserende, coördinerende en regisserende taken op het vlak van de OGGZ, maar er zijn ook nog belangrijke verbeterpunten aanwijsbaar. Bij bijna alle lokale en regionale convenanten OGGZ zijn ook de GGz, de CAD's en de MO betrokken. Opvallend is daarbij dat dat niet geldt voor alle gemeenten in het werkgebied van een GGD. Nog steeds lijken een aantal gemeenten een eigenstandig lokaal OGGZ-beleid niet noodzakelijk te vinden, of laten het helemaal over aan de GGz. De recente schaalvergroting van de GGD-en kan het uitvoeren van OGGZ-taken door de GGD-en in positieve zin beïnvloeden. Er is echter geen landelijke uniforme werkwijze ontwikkeld.

2.2 Geestelijke gezondheidszorg

In de jaren tachtig maakten veranderingen in de GGz het moeilijk nog verder OGGZ-taken van de GGD-en naar de zich vernieuwende GGz over te dragen. Eén van de kernproblemen was daarbij, dat dergelijke functies moeten worden uitgeoefend door uiteenlopende GGz-instellingen, ambulant, residentieel en met specifieke functies, die geen gezag over elkaar hadden, deels met elkaar in competitie waren, en ieder voor zich niet in staat waren de totale verantwoordelijkheid voor de OGGZ in hun werkgebied op zich te nemen. Ook de verschillende financieringsbronnen werkten er niet aan mee om tot de benodigde afstemming en samenwerking te komen. Tegenwoordig wordt de structuur van de GGz vooral gekenmerkt door regionaal opererende grote functionele organisaties. Daarin heeft ook de OGGZ een plaats gekregen, meestal in de vorm van een OGGZ-team of bemoeizorgteam, dat nauw samenwerkt met de GGD en instellingen voor maatschappelijke opvang, met name bij de grotestadsinstellingen.

Enerzijds zou gesteld kunnen worden, dat de steeds grotere GGz-instellingen meer mogelijkheden krijgen om via OGGZ- en bemoeizorgteams de OGGZ-cliënten te bereiken en vast te houden. Anderzijds is een proces herkenbaar van reïstitutionalisering, waarbij de grote GGz-instellingen nieuwe psychiatrische ziekenhuizen



bouwen. Dit lijkt een kentering teweeg te brengen in de vermaatschappelijking van de GGz, wat ook van invloed zal zijn op de OGGZ.

Hoe vanuit de moderne GGz tegen de OGGZ wordt aangekeken is terug te vinden in het document: "Niemand over de schutting" van de GGz in de vier grote steden⁷. Opvallend is, dat inmiddels ook in die kringen de OGGZ duidelijk als een werkterrein van verschillende instanties wordt gezien. Met name de regiefunctie van gemeente alsook de noodzaak van een brede integrale en intersectorale aanpak worden uitdrukkelijk erkend.

2.3 Maatschappelijke opvang

De maatschappelijke opvang zit de laatste jaren in de lift. De maatschappelijke tolerantie tegenover overlastgevende verslaafden, zwervers en psychisch gestoorden lijkt het afgelopen decennium duidelijk afgenomen. Werd in 1997 het beleid in de beleidsbrief OGGZ nog hoofdzakelijk geformuleerd vanuit het zorg- en hulpverleningsperspectief, en de aanwezigheid van

psychische problematiek nog als absoluut kenmerk van de OGGZ-cliëntenpopulatie beschouwd, zo'n tien jaar later lijkt er een kentering opgetreden. In het plan van aanpak Maatschappelijke Opvang van de vier grote steden en het Rijk van begin 2006 wordt de vermindering van overlast en criminaliteit als eerste doel geformuleerd.

Om dat doel te bereiken mag de MO verder groeien, met inzet van AWBZ- en gemeentegelden.

Al eerder was signaleerd, dat de MO verstopt dreigde te raken door een te grote toeloop. Dat was niet alleen een gevolg van de instroom van de toegenomen groep ambulante psychiatrische patiënten, maar ook van een daadwerkelijke toename van oude en nieuwe probleemgroepen⁸. Om de toeloop te verminderen en doorstroming te verbeteren wordt met name ook gepleit voor een beter preventief aanbod aan voorzieningen. Het verhogen van het aantal opvang plaatsen heeft recentelijk wel geleid tot een vermindering van overlast en (kleine) criminaliteit, en tot een terugdringing van het aantal dak- en thuislozen⁹.

3 Uitgangspunten voor toekomstig OGGZ-beleid

In dit slothoofdstuk wordt de visie van de NVAG nader uitgewerkt. Het gaat er om, hoe de OGGZ zich in de naaste toekomst idealiter zou moeten ontwikkelen.

Een ideaalbeeld van de OGGZ zou er volgens het platform als volgt uit kunnen zien:

OGGZ en OGGZ-beleid maken deel uit van alle relevante zorg- en beleidsterreinen. OGGZ speelt in de samenleving een rol in de openbare ruimte, de openbare orde, opvoedingsondersteuning, de stadsontwikkeling en huisvesting, bij werk en inkomen en/of bij de sociale dienst, en uiteraard in welzijn en gezondheid. Vanuit al deze sectoren wordt gewerkt vanuit een preventief perspectief.

Cruciaal voor de maatschappelijke aanpak van OGGZ-problematiek is een netwerkbenadering met intersectoraal beleid op micro-, meso- en macroniveau, en integrale zorg- en hulpverlening over de grenzen van gezondheidszorg, geestelijke gezondheidszorg en welzijnszorg heen, onder gemeentelijke regie en coördinatie. Deze netwerken functioneren in samenhang op wijk, gemeentelijk en regionaal niveau, zijn gericht op effectiviteit en kennen een permanent karakter.

Hieronder zullen de afzonderlijke punten van dit ideaalbeeld kort worden uitgewerkt.

3.1 Zwaartepunt OGGZ ligt lokaal

De NVAG is van mening dat het zwaartepunt van de OGGZ op wijk en gemeentelijk niveau moet liggen. Daar worden een verscheidenheid aan OGGZ-problemen, individueel, in de huiselijke kring, via de leefomgeving of via hulp-, dienst- en/of zorgverleners zichtbaar en bespreekbaar. Burgers doen een beroep op de lokale overheid om in te grijpen wanneer er sprake is van objectieve of subjectieve overlast, van ervaren of geobserveerde misstanden en/of van slachtoffers van OGGZ-problematiek. De verschillen tussen gemeenten en tussen wijken binnen gemeenten maken lokaal maatwerk en lokale regie noodzakelijk en mogelijk. Naast overeenkomsten op hoofdlijnen zijn er vaak duidelijk verschillen in aard, omvang, ernst en intensiteit van de OGGZ-problematiek tussen gemeenten en wijken.

De belangrijkste spelers in de OGGZ op wijkniveau zijn, afhankelijk van de betrokken risicogroep, binnen de OGGZ: de politie, de dienst stadsvernieuwing, de woningbouwverenigingen, de sociale dienst inclusief schuldsanering, en de sectoren welzijn en gezondheid. De OGGZ en de regie over de brede samenhang en samenwerking in

de OGGZ is primair een verantwoordelijkheid van de gemeentelijke overheid zoals verwoord in de WPG, ook na de recente overheveling van de OGGZ naar de WMO.

De aanpak van OGGZ-problemen met de openbare orde als primaire insteek, vanuit criminaliteit- en overlastbestrijding, blijkt veel effectiever dan de aanpak voor dezelfde doelgroepen, vanuit de sector gezondheid/welzijn. Gezondheids- en welzijnsbeleid zijn zo meer een instrument geworden om de doelen op een ander beleidsterrein te verwezenlijken.

Hetzelfde gaat ook op voor de onderwerpen op het terrein van stadsontwikkeling en het onderbrengen van OGGZ-patiënten/cliënten in woningen. Bij het zoeken naar oplossingen zijn vaak de andere gemeentelijke diensten invloedrijker en effectiever in hun beleid. Dat wil niet zeggen, dat de invalshoek gezondheid/welzijn niet belangrijk zou zijn. Een interventie op dit terrein maakt juist de oplossingen en maatregelen vanuit andere sectoren mogelijk.

3.2 Preventief perspectief

Heeft in het verleden het accent in de OGGZ vooral op het bieden van zorg en hulpverlening gelegen, de NVAG pleit er voor dat in de toekomst de OGGZ meer preventief van karakter zal zijn. De nadruk ligt dan op het tijdig

intervenieren op de grond oorzaken van OGGZ-problematiek, zoals opvoedingsonmacht, het verlies van een eigen woning, schulden, huiselijk geweld en verslaving. Daarvoor is het nodig dat aan dit preventief perspectief een brede intersectorale invulling wordt gegeven op alle relevante beleidsterreinen, zoals wonen, werken, schuldsanering, politie, justitie en vreemdelingenbeleid.

De individuele zorg- en hulpverlening op alle genoemde terreinen dient integraal signalerend, outreachend en vasthoudend op te treden. Daarnaast dienen meer collectief gerichte preventieve activiteiten in elk van de werkvormen een vast bestanddeel te zijn.

Vooraf moet sterk worden ingezet op vroegsignalering bij jongeren door samenwerking met de Jeugdgezondheidszorg (JGZ) van de GGD en thuiszorg en met andere instanties van jeugdzorg en onderwijs. De JGZ heeft alle kinderen en ouders in beeld en onder zorg en zou potentiële OGGZ-klienten kunnen opsporen. Een probleem bij een gezonde ontwikkeling, bijvoorbeeld scheiding, verwaarlozing, mishandeling of schoolverzuim kan vroeg gesignaleerd worden, waarna door een goede samenwerking voorkomen kan worden dat deze risicokinderen ook daadwerkelijk in het OGGZ-circuit terecht komen. Aparte aandachtsgroepen in dit opzicht zijn jongeren met een licht verstandelijke handicap en meer recent de jongeren met een WAJONG-uitkering.

3.3 Netwerkbenedering

Omdat OGGZ zich over vele terreinen van beleid en zorgverlening uitstrekt is een netwerkbenedering onontbeerlijk. Dit brengt, zoals het verleden ook geleerd heeft, de nodige problemen met zich mee. Toch zijn de voorwaarden wel verbeterd. Vooral de rollen van de gemeente als regisseur en van de GGD als 'netwerkbeheerder' komen steeds beter uit de verf, mede omdat deze rollen steeds meer erkend wordt. Ook het feit dat de financiering steeds meer in handen van de gemeente zelf komt, waarbij keuzes gemaakt kunnen worden tussen investering in preventief intersectoraal beleid en hulpverlening, kan theoretisch gunstig uitpakken.

Deze netwerkbenedering wordt in de somatische gezondheidszorg tegenwoordig vaak aangeduid als ketenzorg. Dat zou op psychosociaal vlak ook voor de OGGZ-cliënten moeten gelden, waar het gaat om afstemming van therapie en de medicatieverstrekking, door een goede samenwerking met de eerstelijns - gezondheidszorg en de GGz inclusief de verslavingszorg.

De GGD is van oudsher vangnet voor personen die bij de reguliere zorg voor kortere of langere tijd niet terecht kunnen, niet terecht willen, primair of na slechte ervaringen, of die te maken hebben met "verkeerde bedden of stoelen" en voortdurend doorverwijzen. Maar voor deze vangnetfunctie ten aanzien OGGZ-cliënten kan de GGD

het niet alleen. Te vaak worden zij nu nog geconfronteerd met andere zorgorganisaties die delen van de populatie als te lastig weigeren. GGzers pleiten er soms voor personen die te lastig zijn uit de intramurale setting te verwijderen. Hoe moet de samenleving dan met deze mensen omgaan? Schorsen voor kortere of langere tijd is ook een bekend gegeven. Wie vangt deze mensen dan op? Alsof ze buiten de instelling niet voor problemen zorgen. Jarenlang is niet onderkend, dat een niet onaanzienlijk aantal van de personen die agressief optreden een verstandelijke handicap heeft. Ook onder de meisjes die in de prostitutie belanden en worden uitgebuit bevindt zich een grote groep met een verstandelijke handicap, gemakkelijk te beïnvloeden door kwaadwillende derden. Voor al deze en andere groepen dient de GGD te kunnen beschikken over een "vangnetwerk" in samenwerking met de reguliere hulp- en zorgverlening. Dat zal een belangrijke opdracht zijn voor de komende tijd.

4 Naar een effectieve en permanente OGGZ

Men kan zich de vraag stellen, of het mogelijk is met een meer preventieve aanpak, het probleem van de OGGZ definitief op te lossen? De ervaring vanuit het verleden laat zien, dat het totaal aantal mensen met OGGZproblematiek in een samenleving redelijk gelijk blijft. Alleen de consequenties voor individu en omgeving zijn door preventie en door effectiever en efficiënter ingrijpen afgestemd op het individu/de subgroep, beter op te vangen. Het verraderlijke is dan, dat de samenleving het idee krijgt dat die problemen zijn opgelost en dat er dus geen constant onderhoud van het beleid op de doelgroep nodig is. Voorkomen van diefstallen, berovingen en andere vormen van criminaliteit leidt ongetwijfeld tot minder overlast en daardoor tot minder klachten en gevolgen voor derden. Maar in de praktijk blijken steeds weer nieuwe groepen en/of problemen op te treden. In de visie van de NVAG moet idealiter de OGGZ een structureel onderdeel zijn van een breed gemeentelijk beleid en uitvoering, in samenhang met openbare orde, ruimtelijke planning, spreiding over de stad, werkgelegenheid, preventie van school verzuim, ambachtelijke opleidingen voor personen met leer- en/of taal probleem, en vele andere zaken. Dit beleid moet een permanent karakter dragen.

Met het formuleren van deze visie start de NVAG een meerjarige inspanning om in samenwerking met anderen de OGGZ in Nederland op een hoger plan te brengen en nieuwe impulsen te geven waar dat nodig is.

Speerpunten daarbij zullen zijn:

1. Het bevorderen van aandacht voor de OGGZ in bestaande opleidingen en bij- en nascholing voor artsen;
2. Het bepleiten van de verlenging van de JGZ tot 23 jaar en een betere overgang van de hulpverlening voor jeugdige volwassenen;
3. Een verbetering van de opsporing van verstandelijk gehandicapten binnen de OGGZ-hulpverlening, startend bij de intake;
4. Het stroomlijnen van diverse bestaande gezondheidsmonitoren;
5. Het bepleiten van een verankering van de OGGZ als gemeentelijke taak in de volgende tranche van de Wet Publieke Gezondheid.



Leden van het Platform OGGZ

- voorzitter Ineke Smidt
- secretaris Peter Bob Peerenboom
- Jac Drewes,
- Willem Beaumont
- Marij van Eijndhoven
- Renee van Erven Dorens
- René Héman
- Igor van Laere
- Yvonne van Pareren
- Ronald Smit
- Jan Vosters
- Joeske Verburg
- Chantal Verzijl (secretariaat)

Daarnaast zijn een aantal agendaleden betrokken geweest .

Lijst van gebruikte afkortingen

AWBZ	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
CAD	Consultatiebureau voor Alcohol en Drugs
GGD	Gemeentelijke Gezondheidsdienst
GGz	Geestelijke Gezondheidszorg
JGZ	JeugdGezondheidsZorg
MO	Maatschappelijke Opvang
NRV	Nationale Raad voor de Volksgezondheid
NVAG	Nederlandse Vereniging voor Artsen Beleid, Management en Onderzoek (voorheen Nederlandse Vereniging voor Algemene Gezondheidszorg)
OGGZ	Openbare Geestelijke GezondheidsZorg
OGZ	Openbare GezondheidsZorg
PG	Publieke Gezondheid
RIAGG	Regionale Instelling voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg
VWS	Volksgezondheid Welzijn en Sport
WAJONG	Wet Arbeidsongeschiktheid JONGgehandicapten
WCPV	Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid
WMO	Wet Maatschappelijke Ondersteuning
WPG	Wet Publieke Gezondheid

Noten

- 1 Querido A. *Geneeskunst in transcendentie*. Inaugurele Rede. Leiden: Stenfert Kroese 1952; 24-5.
- 2 Laere I.R.A.L. van. *Sociaal medische zorg: basis van gezonde zorg*. G - vakblad over gezondheid en maatschappij 2006; 4(1):24-5.
- 3 Nationale Raad voor de Volksgezondheid: Advies Openbare Geestelijke Gezondheidszorg, Zoetermeer, 1991.
- 4 Laere, Igor van (2009). *Social medical care before and during homelessness in Amsterdam*, Proefschrift Universiteit van Amsterdam
- 5 Vrooman, C., Soede, A., Dirven, H.J., & Trimp, R. (2005). *Armoedemonitor 2005* (SCP-publicatie 2005/16). Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- 6 Jehoel-Gijsbers, G. (2004). *Sociale uitsluiting in Nederland* (SCP-publicatie 2004/17). Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau. In deze studie wordt onderzocht hoe sociale uitsluiting in Nederland kan worden gedefinieerd en vastgesteld. Eerst vindt een theoretische verkenning plaats, waarbij het begrip in een aantal dimensies wordt uiteengelegd. Uitsluiting wordt niet alleen gekenmerkt door tekorten op materieel en financieel gebied, maar ook door een geringe sociale en culturele participatie en onvoldoende toegang tot sociale basisrechten (bijv. adequate huisvesting, onderwijs, zorg).
- 7 Slegers J. (red.) *Niemand over de schutting, professionalisering van de OGGZ*. Namens de GGz van de vier grote steden, maart 2006.
- 8 IBO-rapport *De Maatschappelijke Opvang verstopt*, 2003
- 9 Leger des Heils Jaarverslag 2007

