

# Exit OGGz

Een pleidooi voor het ontwikkelen van individueel precies maatwerk in de ondersteuning en zorg zodat iedereen de kans krijgt op participatie – ook de meest kwetsbare personen.

Achtergrondnotie bij:  
*Op Weg naar Participatie en Herstel*  
Perspectief | **O**ntdekken | **O**ntwikkelen | **R**uimte | **T**oerusten

Nina van den Berg, Tisok  
Johan Slegers, [doen en denken]

Definitieve Versie 4.3  
Juli, 2015

## Inleiding

Tien jaar geleden verscheen *Kwetsbaar in de Grote Stad*, de visie van de G4-gemeenten en instellingen voor verslavingszorg en GGz voor een nieuw beleid voor de openbare geestelijke gezondheidszorg (OGGz). Aanleiding was het OGGz-beleid niet te willen beperken tot overlastgevende zorgmijders, maar alle kwetsbare mensen passende zorg en adequate opvang te bieden. Deze visie leidde binnen een jaar tot een plan van aanpak MO in de G4 om daklozen te voorzien van huisvesting, dagbesteding, inkomen en zorg. Een jaar later vond dit plan van aanpak navolging in de andere centrumgemeenten als Stedelijk Kompas.

Deze aanpak werd in 2014 succesvol afgerond<sup>1</sup>, maar inmiddels worden de gemeenten opnieuw geconfronteerd met mensen die tussen wal en schip vallen. Het meest urgent is de toename van verwarde mensen op straat. Vanuit het veld komen bovendien signalen over jongeren met een licht verstandelijke beperking<sup>2</sup>, justitiabelen, nieuwe (economisch) daklozen, illegalen, etc. De Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling (RMO)<sup>3</sup> constateerde eind 2014 ook dat er met name voor de meest kwetsbare mensen in de samenleving risico's kleven aan de recente veranderingen in het sociale domein, te weten de invoering van de nieuwe Wmo, de Participatiewet, de Wet langdurige zorg en de uitbreiding van de Zvw. De opbrengsten van sociale innovatie lijken vooral ten goede komen aan de mensen die al zelfredzaam zijn.

Het is kortom de vraag of veranderingen in de zorg tot een *revival* van de OGGz leiden of dat er een andere benadering nodig is.

## De ondersteuning en zorg veranderen... de risico's ook?

OGGz is ooit ontwikkeld voor een afgebakende groep mensen met (zeer) complexe problematiek die geen (expliciete) hulpvraag stelden en (nog) niet in de reguliere hulpverlening terecht konden. De OGGz aanpak kenmerkt zich door de specifieke methodiek van bemoeizorg en zorgtoeleiding. Maar de afbakening van de doelgroep is steeds minder duidelijk - ook bij andere doelgroepen is sprake van complexe problematiek - en bemoeizorg lijkt inmiddels gemeengoed binnen de reguliere hulpverlening. Bovendien zijn in de nieuwe Wmo de prestatievelden en daarmee ook specifieke doelgroepen komen te vervallen. Het is kortom de vraag of OGGz nog een valide begrip is. De participatiedoelstelling geldt immers voor iedereen (zie schema 1 volgende pagina<sup>4</sup>) en als het goed is wordt binnen de nieuwe wetgeving de zorg dichter bij huis georganiseerd zodat toeleiding niet meer nodig lijkt.

Tegelijkertijd zien we op dit moment een aantal ontwikkelingen die kunnen leiden tot een *revival* van de OGGz als noodzakelijk vangnet. Ten eerste lijken instellingen voor GGz en verslavingszorg zich steeds meer te beperken<sup>5</sup> tot behandeling. Ten tweede wordt een groot deel van de klinische capaciteit omgezet in ambulante zorg; dat vraagt niet alleen (nieuwe vormen van) ambulante behandeling maar ook intensieve ondersteuning op het gebied van (sociale) participatie, financiën en huisvesting. Ten derde voeren gemeenten zoveel als mogelijk een algemeen beleid ('welzijn nieuwe stijl', 'kantelen' en 'normaliseren') en wordt er veel verwacht van de generalistische ondersteuning die vanuit de sociale wijkteams geboden wordt.

<sup>1</sup> Tuinman, M., Planije, M. Trimbos (2014) Het kan dus – Evaluatie Plan van Aanpak Maatschappelijke Opvang in de vier grote steden.

<sup>2</sup> In Amsterdam constateren ze een flinke toename van jongeren met LVB die worden aangemeld voor beschermd wonen, omdat ze niet binnen de WLZ vallen, te intelligent zijn voor de VG-sector, te oud zijn voor jeugdhulp en te kwetsbaar voor de maatschappelijke opvang.

<sup>3</sup> RMO/Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling (2014) Leren innoveren in het sociaal domein.

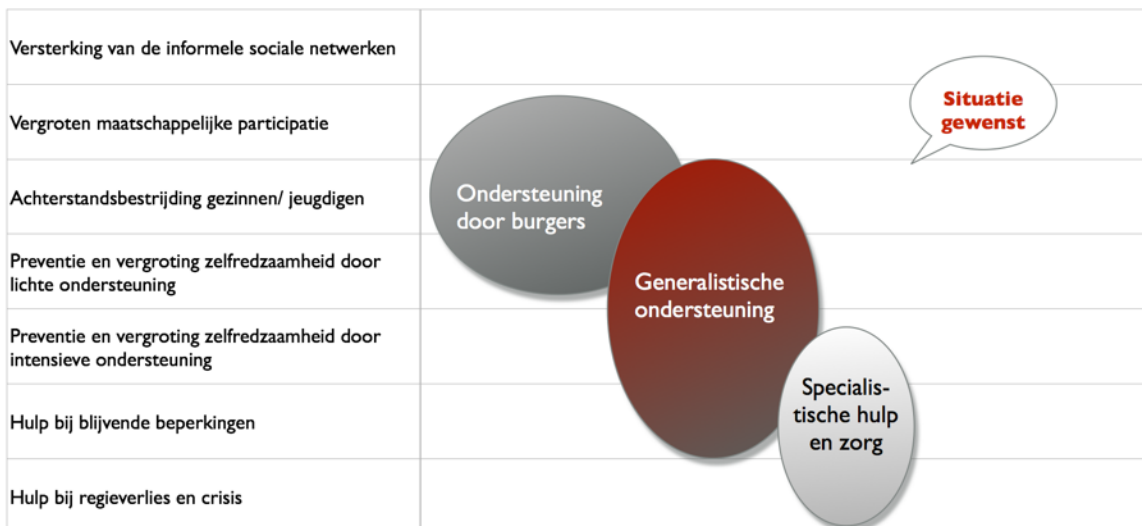
<sup>4</sup> Schema 1 is overgenomen uit Van Delden, P. (2014) Steunend stelsel – transformatie van het sociaal domein. Amsterdam: Uitgeverij Van Gennip. Schema 2 is onze eigen 'alternatieve toekomst' (term scenariodenken).

<sup>5</sup> Van Geel van GGz-Nederland stelt in Binnenlands Bestuur: "dat op sommige plekken in het land ambulante teams worden afgebouwd."

Schema 1: Gewenste situatie systeem ondersteuning en specialistische zorg

**[d]**

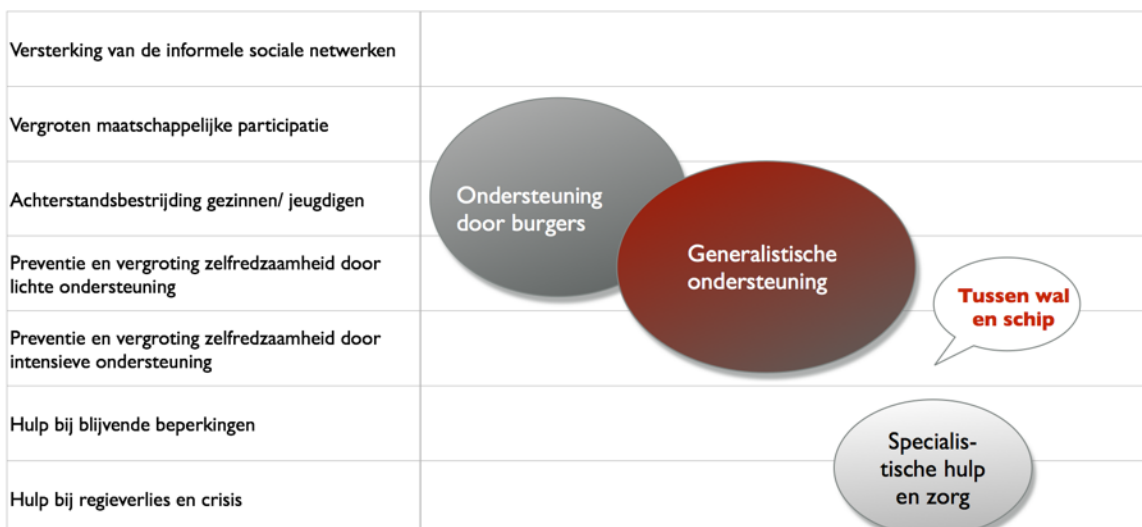
## ONDERSTEUNING (1)



Schema 2: Alternatieve situatie systeem ondersteuning en specialistische zorg

**[d]**

## ONDERSTEUNING (2)



Als deze specialistische ambulante zorg en de intensieve ondersteuning vanuit de wijkteams niet goed op elkaar aansluiten, ontstaat een nieuw hiaat. Dat betekent voor kwetsbare mensen mogelijk een extra risico om tussen wal en schip te vallen<sup>6</sup>. In schema 2, hierboven, is dit risico geïllustreerd. Het schema laat ook zien dat dit risico niet beperkt blijft tot mensen met psychische problemen, maar alle mensen kan treffen die zowel intensieve vormen van ondersteuning als specialistische zorg nodig hebben. Een praktijkvoorbeeld van dit risico is de toename van verwarde mensen op straat. Zowel de politie als de GGD in Amsterdam<sup>7</sup> constateren een toename van het aantal verwarde personen in de openbare ruimte. Als een van de oorzaken wordt de snelle afbouw van klinische capaciteit<sup>8</sup> genoemd zonder dat de ambulante hulp goed geregeld is. Ook in Utrecht<sup>9</sup> ziet men een sterke stijging van incidenten met verwarde personen. Het Trimbosinstituut<sup>10</sup> noemt de bezuinigingen op dagbesteding als mogelijke oorzaak voor de toename van verwarde personen op straat.

In Den Haag is in 2012 een pilot<sup>11</sup> uitgevoerd rond “opvang verwarde personen” (OVP). In die pilot zaten 190 personen die door de politie van de straat waren meegenomen naar het politiebureau. Opvallend was dat de meeste personen reeds bekend waren bij de reguliere GGz-aanbieder in Den Haag<sup>12</sup>. Doordat er tijdens de pilot altijd medewerkers van de GGz op het hoofdbureau van politie aanwezig waren om snel de problemen te verhelderen en hulp te regelen, werd het behandelcontact hersteld en/of behouden.

Ook vanuit de maatschappelijke opvang komen signalen<sup>13</sup> dat het aantal dakloze mensen met actieve symptomen van psychische stoornissen toeneemt. Het gaat om mensen in de laagdrempelige opvang (dag- en nachtopvang). Als mogelijke oorzaken worden genoemd:

1. Wachtlijsten voor beschermd wonen, begeleid wonen en zelfstandige huisvesting (doorstroming in de keten stopt, m.n. door het tekort aan betaalbare woningen);
2. Eigen risico zorgverzekering en andere bureaucratische drempels tot zorg (adres nodig voor zorgverzekering, verwijzing huisarts nodig voor toegang zorg, diagnose in DBC-termen nodig voor betaling zorg, etc.);
3. Terugtrekkende bewegingen van instellingen op kerntaken waardoor (keten) samenwerking lastiger wordt.

Deze signalen wijzen erop dat mensen in het nieuwe zorgstelsel opnieuw tussen wal en schip dreigen te vallen. Om na te gaan wat de nieuwe risico's zijn en of een *revival* van de OGGz mogelijk een oplossing hiervoor kan zijn hebben we in het voorjaar van 2015 een verkenning uitgevoerd.

<sup>6</sup> Zie uitzending Nieuwsuur van 27 maart 2015.

<sup>7</sup> De politie besteedt 13% van de tijd aan verwarde personen en bij de GGD Amsterdam is het aantal meldingen van 3000 naar 6000 toegenomen.

<sup>8</sup> Onderzoeker van Hoof betwijfelt dit argument: “Tussen 2000 en 2010 nam het totale aantal opnameplaatsen en verblijfs- en woonvoorzieningen in de ggz nog met ruim een derde toe van 26.500 tot 36.500 plaatsen. Inmiddels is afgesproken deze groei te stoppen en te keren. Vanaf 2011 neemt het aantal plaatsen in het kortdurende opnamecircuit dan ook af, met ongeveer 6 procent per jaar.” (Zorgvisie 9 feb 2015).

<sup>9</sup> In 2014 waren er 1319 incidenten met verwarde personen, 312 keer was de situatie zo gevaarlijk dat personen gedwongen opgenomen moesten worden in een psychiatrische inrichting.

<sup>10</sup> “Voorzieningen voor inloop en dagbesteding zijn in 2015 overgeheveld vanuit de AWBZ naar de Wmo. Eind 2014 gaf 55% van de GGz-instellingen aan een deel van deze voorzieningen te hebben gesloten of te gaan sluiten.” Position paper ten behoeve het ronde tafelgesprek GGz van de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport van de Tweede Kamer, 18 mei 2015. Trimbosinstituut, 12 mei 2015.

<sup>11</sup> Koffijberg & Guyt (2013) Pilot 'opvangvoorziening verwarde personen' Den Haag — Businesscase en verslag van de pilotresultaten.

<sup>12</sup> Iets meer dan 80% was bekend bij Parnassia en 46% van de totale groep had een actueel behandelplan.

<sup>13</sup> Zie memo van de Federatie Opvang over verwarde mensen in de opvang, van 7 april 2015.

## Uitkomsten eerste verkenning

In het voorjaar van 2015 hebben we een reeks gesprekken gevoerd met cliëntenvertegenwoordigers, beleidsmakers en behandelaars<sup>14</sup>. Op 25 juni 2015 volgde een expertmeeting om het onderwerp nader te verkennen. Hieronder geven we enkele punten weer die uit deze verkenning naar voren zijn gekomen:

1. De doelstelling van de Wmo en de beleidsdoelen op het gebied van participatie worden door iedereen onderschreven. De nieuwe wetgeving biedt daar ook de mogelijkheden voor, omdat de gemeente beter de regie kan voeren. Er moet nog wel betere afstemming plaatsvinden tussen de Wmo en de Participatiewet en tussen de Wmo en de Zorgverzekeringswet (Zvw). Ook wordt door bijna alle gesprekspartners benadrukt dat nog niet alles is “ingeregeld”.
2. Het risico dat de meest kwetsbare mensen tussen wal en schip kunnen vallen door de veranderingen in het systeem van ondersteuning & zorg, wordt door alle gesprekspartners gezien. Sommigen zien het nu al op straat (meer zwervende mensen) en verwijzen naar de situatie eind vorige eeuw.
3. Het risico om tussen wal en schip te vallen geldt niet alleen voor verwarde mensen, mensen met een psychiatrische aandoening of ernstige verslaving, maar ook voor jongeren met een licht verstandelijke beperking, justitiabelen, illegalen, etc. Daarom is het onderwerp niet “de toekomst van de OGGz”, maar “hoe ook mensen die (nog) niet zelfredzaam zijn, kunnen participeren in de samenleving (zodat ‘tussen wal en schip’ voorkomen wordt)?”.
4. Als de beleidsdoelen breed gedeeld worden, maar er ook getwijfeld wordt of deze doelen gerealiseerd kunnen worden voor de meest kwetsbare mensen, dan is het zaak om de uitvoering van het beleid goed te volgen. Een kwantitatieve beleidsmonitor is daarvoor niet het beste instrument, omdat het te laat informatie oplevert (als het rapport klaar is, is de wereld al weer flink veranderd – er is immers een transformatie van het systeem gaande), maar ook omdat het te weinig rekening houdt met de ervaringen van cliënten en werkers.
5. De meest kwetsbare mensen zijn als eerste de dupe van de zaken die (nog) niet goed werken. Het is belangrijk daarvan te leren en zo de ondersteunings- en zorgstructuren te verbeteren. Eigenlijk moet je continue op zoek gaan naar zaken die niet goed werken.
6. De meeste uitvallers en incidenten worden gesignaleerd door politie, maatschappelijke opvang, woningcorporaties en veiligheidshuizen. Rond die signalen kan de innovatie van de samenwerking<sup>15</sup> tussen sociale wijkteams en specialistische hulp (bijvoorbeeld FACT, maar ook schuldhulpverlening) worden uitgedacht/uitgewerkt tot een echt sluitend systeem.
7. De meest kwetsbare mensen in de samenleving hebben vaak vele problemen, ook op het terrein van inkomen, werk, wonen, sociale relaties, enz. Deze problemen kunnen bepalend zijn voor het ontstaan van een crisis (verward raken) en daarom moeten deze onderwerpen in de analyse en uitwerking meegenomen worden.
8. Tussen wal en schip vallen is niet alleen een kwestie van de signalering die tekort schiet, of de toeleiding naar zorg en ondersteuning die onvoldoende is. Het gaat ook over de toegang tot hulp en ondersteuning in brede zin. Dit is steeds meer een kwestie van (te) ingewikkelde administratieve organisatie: van het voldoen aan de vele toegangscriteria, van het strikt volgen van bureaucratische regels en van de toepassing van gestandaardiseerde

---

<sup>14</sup> We hebben op (persoonlijke titel) gesproken met: Reinier Schippers, Walter Kamp, Dick Reinking, Annelies van Loon, Stef van de Weerd, Jaap van der Stel, Rina Beers, Vanessa Bal, Niels Mulder, Hamp Harmsen, Elly Burgering, Joy Falkena, Lizebeth Melse, Wim van Beek, Peter van Zuidam, Elsbeth de Ruijter en Paul Stemerding.

<sup>15</sup> Bijvoorbeeld hoe financiële prikkels gebruikt kunnen worden om samenwerken te belonen (in plaats van tegen te werken, zoals nu het geval is). Denk aan vormen van populatie-financiering of cliëntvolgende budgetten.

werkprocessen<sup>16</sup>. Bovendien lijkt het er op dat op onderdelen de financiële prikkels ervoor zorgen dat mensen met complexe problemen eerder worden uitgesloten ('cherry picking' / afromen van de markt door eerst/vooral lichtere problematiek te nemen).

9. Ondersteuning en behandeling voor de meest kwetsbare mensen kan niet los gezien worden van ondersteuning op het gebied van financiën, wonen en werk c.q. dagbesteding. Participatie c.q. maatschappelijk herstel is gedoemd te mislukken als iemand geen veilige plek heeft om te wonen en het aan werk en/of financiële steun ontbreekt. Kortom: het gaat altijd om integrale hulp en dat kan geen enkele GGz-aanbieder of welzijnsinstelling alleen, daarvoor is altijd samenwerking nodig.
10. Maatwerk, precieze zorg en persoonsgerichte aanpak zijn veel gebruikte woorden in het hedendaagse sociaal domein. Het doel is maximaal mogelijke zelfredzaamheid door herstelgericht te werken (nadruk op mogelijkheden in plaats van beperkingen: eigen kracht). Dat vraagt van cliënten en van uitvoerende medewerkers een andere benadering, maar niet alleen van hen: ook van managers en beleidsmakers vergt het anders kijken en anders handelen. Met name in de GGz zijn er naar aanleiding van het Bestuurlijk Akkoord GGz diverse initiatieven om te experimenteren met deze aanpak<sup>17</sup>. Kenmerken van deze projecten zijn:
  - (a) cliënt heeft de regie;
  - (b) inzet van ervaringsdeskundigen en/of informele zorg (vanuit het sociaal netwerk);
  - (c) samenwerkingsverband tussen verschillende aanbieders met ieder zijn eigen expertise op het terrein van ondersteuning en/of behandeling;
  - (d) financiering wordt onderling geregeld, achteraf, aan de achterkant.

### **Het is de vraag van de cliënt – niet van het systeem**

Uit de gespreksronde en de afsluitende expertmeeting blijkt dat het hiaat tussen de ondersteuning vanuit de buurtteams<sup>18</sup> en de specialistische zorg een reëel risico vormt om tussen wal en schip te vallen. Ook de aansluiting tussen de sociale ondersteuning door de buurtteams en de uitvoering van de participatiewet (dagbesteding, werk, inkomen) en de gemeentelijke schuldhelpverlening laat te wensen over. Tot slot is de toegang tot de gemeentelijke (maatwerk-)voorzieningen en specialistische zorg bureaucratisch georganiseerd. Daardoor vergt het beroep op de voorzieningen voor sociale en materiële ondersteuning de nodige kennis, administratieve vaardigheden en ook een stevig sociaal netwerk. In de praktijk zien we het volgende nog teveel:

- (a) Er wordt niet of onvoldoende uitgegaan van de vraag van de cliënt zelf en te veel gedacht vanuit het aanbod en wettelijke kaders. Iemand die schulden heeft en dreigt zijn of haar huisvesting te verliezen, is niet gebaat met enkel sociale ondersteuning en/of specialistische zorg voor zijn of haar psychische problemen. Maar huisvesting of tijdelijke financiële ondersteuning behoort niet tot het domein van de Zvw of de Wmo en kan niet door de buurtteammedewerker of behandelaar geregeld worden. Met andere woorden de vraag vanuit de cliënt is duidelijk, maar de systemen zijn te complex om de

<sup>16</sup> Zoals huisarts en straatdokter Marcel Sloekers in *Medisch Contact* stelt: "maar de boeteclausules en voorwaarden zijn zo ingewikkeld dat je een registeraccountant nodig hebt om je erdoorheen te loodsen".

<sup>17</sup> In *Over de Brug* zijn de doelstellingen van het bestuurlijk akkoord uitgewerkt in concrete ambities op het gebied van (maatschappelijk) herstel voor mensen met Ernstige Psychiatrische Aandoeningen (EPA). Aanvullend op de initiatieven van de zorgaanbieders is zorgverzekeraar Zilveren Kruis EPA-Taskforces gestart om de ambulantisering samen met de zorgaanbieders en in overleg met gemeenten via de inkoop uit te realiseren.

<sup>18</sup> We gebruiken de termen "buurtteam", "sociale wijkteam" en "sociale team" door elkaar. Er zijn in het land vele verschillende vormen met verschillende namen.

vraag adequaat te kunnen beantwoorden, waardoor de situatie van de cliënt nodeloos verslechterd. Ofwel “mensen raken in verwarring van de verwarrende systemen”<sup>19</sup>.

- (b) De toeleiding naar adequate ondersteuning en specialistische zorg werkt niet voor iedereen goed. Intensieve ondersteuning en specialistische zorg zijn gepositioneerd in de top van ‘zorgpiramides’ en in sommige gemeente zijn de meldpunten zorg en overlast in het kader van de buurtteam aanpak wegbezuinigd. De routes naar de intensieve ondersteuning en specialistische zorg worden daardoor juist voor mensen die extra kwetsbaar zijn onbegaanbaar. Omdat de maatwerkvoorzieningen in de Wmo alleen toegankelijk zijn via buurtteams of verwijzers, omdat ze geen zorgverzekering hebben, omdat ze geen huisarts hebben die ze kan doorverwijzen naar specialistische zorg, omdat de eigen bijdrage voor hen onbetaalbaar is, en/of omdat ze geen adres of stabiel onderdak hebben en daardoor niet in aanmerking komen voor een bijstandsuitkering of een zorgverzekering<sup>20</sup>.
- (c) De wetgeving en de voorzieningen gaan vaak uit van zelfredzame, goed opgeleide burgers die de bureaucratische regels begrijpen en ook een beroep kunnen doen op hun sociaal netwerk. Maar de voorzieningen zijn er juist voor de mensen die nog onvoldoende zelfredzaam zijn. Veel van hen hebben geen sociaal netwerk en beschikken niet over voldoende vaardigheden om brieven goed te begrijpen en de vele formulieren juist in te vullen. Daardoor lukt het ze niet in aanmerking te komen voor de juiste voorzieningen, wordt ze ten onrechte een uitkering ontzegd en/of worden hun schulden nodeloos groter.

Onze gesprekspartners, maar ook de medewerkers van de politie, GGD en zorgaanbieders onderschrijven de participatiedoelstelling van de landelijke en lokale overheid, maar ze merken in praktijk ook dat participatie niet vanzelf gaat. Dat komt eveneens naar voren in het rondtafelgesprek dat de Tweede Kamer organiseerde over de GGz (en meer in het bijzonder rond “verwarde personen”) op 18 mei 2015. Tijdens dat gesprek<sup>21</sup> hebben vertegenwoordigers van cliënten, zorginstellingen, koepelverenigingen en politie aangegeven wat de knelpunten zijn in de (O)GGz en aanpalende beleidsvelden (huisvesting, inkomen, schulden, werk, dagbesteding).

De discussie die we willen aanzwengelen gaat echter niet over de strategische uitgangspunten, maar over de nieuwe risico's op uitval en uitsluiting in de praktijk en het zoeken naar oplossingen hiervoor. Oplossingen op individueel niveau in de uitvoering, maar ook op het niveau van structuren en systemen. Dit is ons inziens nodig omdat de decentralisaties per 1 januari 2015 als een vorm van ‘big bang’ zijn ingevoerd. De transitie is achter de rug, maar de echte transformatie zal de komende jaren moeten plaatsvinden. Dat stelt de betrokken partijen voor de opgave om enerzijds de continuïteit van zorg te borgen en anderzijds te innoveren op grond van de praktijkervaringen. Tegelijkertijd gaat de decentralisatie gepaard met forse bezuinigingen; de gemeenten en zorgaanbieders moeten hun nieuwe taken op het terrein van zorg en participatie met een (veel) beperkter budget uitvoeren. Het gevolg van deze bezuinigingen is o.a. dat de toegang tot ‘dure voorzieningen’ steeds meer wordt afgeschermd c.q. aan regels wordt gebonden.

- Binnen de nieuwe Wmo wordt veel verwacht van de generalistische wijkteams. Specifieke kennis over bijvoorbeeld GGz ontbreekt veelal in de sociale wijkteams en de noodzakelijk hulp zal cliënten daardoor niet bereiken.

<sup>19</sup> Zie ook Position Paper ten behoeve van Rondtafelgesprek van de Vaste Commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport van de Tweede Kamer. COMO G4 / Werkplaats MO, 18 mei 2015.

<sup>20</sup> In de kamerbrief van minister Schippers over “Plan van aanpak problematiek verwarde Personen” dd 30 juni 2015 wordt voorgesteld om op basis van het BSN nummer en de gemeente waarin iemand opgepakt is, dezelfde dag nog de zorgverzekering te regelen. Deze “shortcut” zou voor iedereen moeten gelden (zie ook voetnoot 15).

<sup>21</sup> Zie de [position papers](#) die de deelnemers hebben gemaakt.

- Door de invoering van de Participatiewet ontstaat er een grote groep mensen met zeer uiteenlopende vragen en problematieken, allen aangewezen op (financiële) ondersteuning en waar de gemeente een financieel belang bij heeft om het beroep op een uitkering te minimaliseren. Hoe minder uitkeringen, hoe meer de gemeente overhoudt. Medewerkers van de afdeling Werk & Inkomen worden primair aangestuurd op zoveel mogelijk 'uitplaatsen', op het verdienen of beperken van de schadelast. Betaald werk staat op de eerste plaats; zorg (ook in de vorm van dagbesteding) is een kostenpost en de vraag is hoe die verschillende belangen te verenigen zijn.
- Gemeenten hebben ook de toegangspoort tot het verkrijgen van een uitkering verkleind. Een obstakel is bijvoorbeeld dat de aanvraag voor nieuwe uitkeringen pas na vier weken in behandeling wordt genomen. Het verstrekken van uitkeringen is bovendien een specifiek administratief proces met rechten maar vooral plichten: zoals het hebben van een vaste woon- en verblijfplaats, voldoen aan bijvoorbeeld sollicitatieplicht en deelname aan stages, etc. Dat vraagt om een zekere mate van gereguleerd bestaan. De benadering van mensen met schulden, geen baan, en psychische problemen vraagt om onderlinge samenhang en afstemming in de geboden hulp – en juist die samenhang ontbreekt. Ook door verschillen in belangen (werk boven zorg, bijvoorbeeld).

### Focus: uitgangspunt en opgaven

Al met al kunnen we stellen dat er sprake is van een *'wicked problem'*<sup>22</sup>. Bij het oplossen van een *wicked problem* is het van belang de complexiteit niet uit het oog te verliezen, maar tegelijkertijd doelgericht en met duidelijke focus aan de slag te gaan omdat niet alles tegelijk kan. Uit de expertmeeting kwam naar voren dat het centrale uitgangspunt c.q. de focus voor dit probleem *daadwerkelijk de vraag en daarmee ook de gelijkwaardigheid van de cliënt* moet zijn. Alleen *samen* met de cliënt zelf kan de gewenste en benodigde (sociale en materiële) ondersteuning en specialistische zorg *precies* worden vormgegeven. Zo kan een cliënt zijn of haar kansen op participatie ook echt benutten en krijgt de term 'eigen kracht' ook werkelijk betekenis.

Dit uitgangspunt impliceert twee duidelijke organisatorische opgaven:

- A. Realiseren van integrale ondersteuning, d.w.z. zowel psychosociale ondersteuning als materiële ondersteuning — zoals werk, financiële dienstverlening en huisvesting. Dit gaat m.n. over integraal 3D-werken binnen een sociaal wijkteam en de link met andere gemeentelijke loketten/diensten.
- B. De aansluiting tussen de ondersteuning vanuit de gemeentelijke wijkteams en de specialistische zorg of behandeling, tussen generalisten en specialisten, ofwel: de aansluiting tussen Wmo/gemeente/ondersteuning en de Zvw/zorgverzekeraars/ behandeling. Dit is inclusief het regelen van de toegang tot (en toeleiding naar) specialistische ondersteuning en zorg/behandeling.

Ten opzichte van de actuele discussie over "verwarde personen" zijn deze twee thema's zowel een versmalling als een verbreding. Een versmalling omdat de focus hier niet ligt op de crisisketen die politie, GGD en GGZ samen vormgeven<sup>23</sup>. We beperken ons tot de

<sup>22</sup> Kenmerken van een *'wicked problem'*: onderling verbonden (probleem hangt sterk samen met andere problemen); gecompliceerd (veel elementen en aspecten die meespelen); onzekerheid (dynamische omgeving maakt uitkomsten onzeker); ambiguïteit (verschillende perspectieven op het probleem zijn mogelijk); conflict (belangentegenstellingen kunnen leiden tot machtspeel); beperkingen in oplossingen (wat sociaal of maatschappelijk mogelijk is, maar ook technisch). Bron: Manson, R. & Mitroff, I. 1999. Complexity: the nature of real world problems. In: Wit de, B. & Meyer, R. (1999) Strategy Synthesis –Resolving strategy paradoxes to create competitive advantage. London, Thomson Learning.

<sup>23</sup> In de position papers (zie noot 21) over verwarde personen van Antes, de politie en LPGGZ wordt ook gepleit voor een tweesporen aanpak: (1) verbeteringen in de ketenzorg bij acute crisissituaties; (2) verbeteren van de samenwerken in de buurt (via persoonsgerichte aanpak ("versterken lifetime structuur"). Verbeteren van de crisisaanpak heeft al de aandacht van betrokken partijen, zie o.a. [conferentie 11 juni 2015](#).



uitgangspunten en voorzieningen die kunnen helpen om crisissituaties te voorkómen of vroegtijdig op te lossen. Een verbreding omdat het niet alleen gaat om ‘verwarde personen’, maar om *alle* kwetsbare personen – en omdat het niet alleen gaat over specialistische zorg, maar ook om het sociale domein en de samenhang tussen deze twee.

### **Precies maatwerk voor cliënt en regio**

Voor de opgaven die we geformuleerd hebben zijn geen pasklare oplossingen. Alle partijen zoeken naar werkwijzen, methoden en juiste-mensen-op-de-juiste-plaats<sup>24</sup> om iedereen daadwerkelijk perspectief op herstel te bieden en de risico’s op uitval te verkleinen. Dat betekent *geen* revival van de OGGz zoals we die kennen, maar eerder *precies* maatwerk voor *iedereen*, ook de mensen die (nog) niet zelfredzaam zijn of van wie de vraag niet makkelijk binnen een zorgaanbod of domein is op te lossen.

Bovendien is duidelijk dat een landelijke aanpak of blauwdruk geen soelaas zal bieden, omdat zo’n centralistische algemene benadering haaks staat op de uitgangspunten van het nieuwe stelsel. Lokaal maatwerk, gemeentelijke verantwoordelijkheid en eigen kracht van de inwoners zullen niet gerealiseerd worden met centraal opgelegde maatregelen. Een lokale aanpak is nodig die uitgaat van de inwoners.

De aanbevelingen die de RMO in het eerder aangehaald rapport<sup>25</sup> doet over de lokale organisatie van het sociale domein, kunnen bij de uitwerking richting geven:

- *Erken dat verandering niet vanzelf plaatsvindt, maar organisatie vergt;*
- *Leg de verandering niet van bovenaf op, rol haar niet uit en implementeer niet; verandering slaagt als iedereen het zich op eigen wijze eigen maakt;*
- *Zorg als bestuurder of leidinggevende in organisaties dat je weet wat er echt gebeurt in de wijk door daarover in gesprek te zijn met de wijkteams;*
- *Wijk af van de standaardoplossing als de praktijk daarbij gebaat is;*
- *Schrap procedures en protocollen of pas ze aan wanneer de oude niet bijdragen aan maatschappelijke doelstellingen of ze zelfs schaden;*
- *Organiseer leeromgevingen om te reflecteren op de werkwijzen en deze telkens weer aan te passen aan de beoogde maatschappelijke doelstelling;*
- *Zorg voor permanente feedbackloops en creëer zodoende nieuwe verhoudingen met andere betrokkenen om de nieuw opgedane inzichten te verankeren in de organisatie of het samenwerkingsverband;*
- *Zet als leidinggevende maatschappelijke doelen voorop, zelfs als dat botst met het belang om als organisatie te overleven.*

Uit deze aanbevelingen komt ook het belang naar voren van voortdurend ontwikkelen en uitwerken. Dat betekent dat alle betrokken partijen, van cliënten tot hulpverleners, van beleidsadviseurs tot inkopers, al doende moeten leren<sup>26</sup>. Crisissituaties, zoals die rond ‘verwarde personen’ waarbij de politie ingeschakeld wordt, vormen daarvoor een bron van informatie. Een crisis is ten slotte een symptoom dat er iets mis is gegaan en biedt zo aanknopingspunten tot verbeteringen of nieuwe inzichten. Dat geldt ook voor andere vormen van uitsluiting, zoals bijvoorbeeld huisuitzettingen, stopzetting bijstandsuitkering, schuldhulpverlening en beroep op de crisis- of nachtopvang. Gezien het uitgangspunt dat de

<sup>24</sup> *Best practitioner* in plaats van *best practice*.

<sup>25</sup> RMO/Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling (2014) *Leren innoveren in het sociaal domein*, p.58.

<sup>26</sup> De landelijke cliëntentafel Hervorming Langdurige Zorg, waar knelpunten aan de orde kunnen komen die bij meerdere cliënten spelen, is een voorbeeld van leren in de praktijk.

cliënt een gelijkwaardige positie moet hebben, dient bij dit leerproces het cliëntperspectief expliciet betrokken te worden. Bovendien geeft de ervaring van cliënten aanvullend zicht op de praktijk en hoe het proces werkt (of niet).

Aan het uiteindelijke risico op uitval of uitsluiting liggen een aantal andere risico's ten grondslag, die zijn samengevat in Tabel 1.

**Tabel 1:** Risico's die mogelijk leiden tot uitsluiting of uitval

Betreft de verwachtingen ten aanzien van	Mogelijke risico's
De redzaamheid van kwetsbare mensen	Risico dat de situatie van een individuele persoon verslechtert, de draaglast groter wordt dan de draagkracht.
De omvang en draagkracht van het sociale netwerk	Risico dat het sociale netwerk deze verslechtering onvoldoende door heeft of onvoldoende steun kan bieden.
Wat sociale wijkteams aankunnen en mogen doen	Risico dat de verslechtering niet tijdig gesignaleerd wordt, niet juist wordt ingeschat, of dat men niet weet hoe te handelen/ondersteunen (bijvoorbeeld omdat niet alle benodigde deskundigheid in team zit, of dat niet integraal op alle levensdomeinen wordt gewerkt).
De toegang tot specialistische ondersteuning en zorg	Risico dat de individuele persoon niet de specialistische beoordeling en/of hulp krijgt die nodig is (gaat over medische zorg, GGz, verslavingszorg, etc. maar ook over specialistische ondersteuning als schuldhulpverlening).
De vanzelfsprekendheid van samenwerking tussen de 'kokers'	Risico dat men langs elkaar heen werkt, men van elkaar niet weet welke hulp wel of niet geboden wordt ... met als resultaat alle hierboven genoemde risico's.

Als het lukt om de risico's op uitval en uitsluiting voor een groot gedeelte in te perken door het goed organiseren van specialistische zorg en ondersteuning in een integrale wijkaanpak, wat zou dat dan op moeten leveren in termen van resultaten voor cliënten? Dat gaat slechts voor een heel beperkt deel over afname van psychische symptomen en psychisch lijden en vooral over persoonlijke ontplooiing, basale levensbehoeften en sociale steun (zie Bijlage 1 voor een overzicht).

### Het vervolg: bakens voor de zoektocht?

Deze notitie is een achtergrondnotitie; het beschrijft de aanleiding en uitkomsten van onze verkenning. Uit de gesprekken en de expertmeeting blijkt dat risico's op uitval reëel en actueel zijn. De discussie tijdens de expertmeeting beschouwen we als een begin naar het zoeken van oplossingen. Tijdens de expertmeeting van 25 juni bleek dat er vooral behoefte was aan handelen, aan actie: concreet met knelpunten aan de slag gaan en zo het systeem al doende verbeteren.

Zoals gezegd is daar geen kant en klare blauwdruk voor en is dat ook niet bedoeling. Er is echter wel een duidelijk uitgangspunt met twee afgebakende opgaven. Daarom zullen we een 10-puntenplan opstellen waarbij de tien punten kunnen fungeren als bakens in deze zoektocht.

In het voorgaande zijn voldoende zaken genoemd die in zo'n 10-puntenplan aan de orde kunnen komen. De crux is vooral om deze zaken helder te benoemen en dan ook nog kort. Het gaat o.a. om de vragen:

- Wat is dat "cliënt centraal" en realiseren van gelijkwaardigheid, hoe zie je dat daar sprake van is?
- Samenwerking van alle betrokken partners in het veld is nodig, maar is daar iets meer over te zeggen dan alleen dat?

- En ... als leren van experimenteren in het lokale veld de manier is om aan de slag te gaan, hoe verhoudt zich dat dan tot zaken als kwaliteitscriteria (standaard?), toezicht (uniform?) en sturing (hoe ver af staat de politiek?).

Bij deze vragen gaat het ook om de (regel)ruimte om echt te kunnen experimenteren, dat fouten gemaakt mogen worden en niemand afgerekend wordt op incidenten (innovatie vergt vertrouwen i.p.v. angst- en afrekencultuur).

Dit 10-puntenplan of manifest zal de ambitie en doelen benoemen. Bij de doelen moet worden aangegeven welke het meest van belang zijn; immers, doelen kunnen ook in meer of mindere mate conflicteren (bijvoorbeeld, zie bijlage 2: toegankelijkheid kan botsen met efficiënt werken en autonomie bevorderen kan botsen met verantwoordelijkheid nemen). Tot slot moet het 10-puntenplan motiveren om aan de slag te gaan met de twee organisatorische opgaven vanuit de focus op de vraag en gelijkwaardigheid van de cliënt. Dat vereist zowel daadkracht van alle betrokken partijen als de nodige moed. Moed omdat er geen standaardoplossingen zijn, om daadwerkelijk te innoveren – de durf om cliënten(vertegenwoordigers) gelijkwaardig mee te laten beslissen. Daarvoor is het nodig dat de systeemwereld van het beleid en de leefwereld van de hulpverlener en de cliënt worden verbonden (zie Bijlage 3), zodat het macroperspectief van het beleid (zie Bijlage 4) en het microperspectief van de cliënt (zie Bijlage 1) in de oplossingen samenkomen.

### Terug naar het begin

De titel van deze notitie lijkt het einde van de OGGz aan te kondigen, maar op de eerstvolgende pagina gaat het over een mogelijke *revival* van de OGGz. Wat is het pleidooi nou precies?

Allereerst blijkt uit onze verkenning dat niet alleen mensen met een psychiatrische aandoening of verslaving risico lopen om tussen wal en schip te vallen. Het geldt voor alle mensen die niet (meer) zelfredzaam zijn. De OGGz-benadering is kortom te selectief en biedt slechts voor een deel van de mensen die tussen wal en schip vallen een vangnet.

Bovendien is een vangnet slechts een tijdelijke oplossing. We pleiten daarom voor een exit OGGz op twee niveau's:

- (A) Microperspectief. Het uitgangspunt is de cliënt en diens herstel. Dat betekent niet alleen zoveel mogelijk voorkomen dat iemand tussen wal en schip valt, maar ook een exit van de cliënt uit de OGGz, zo snel als mogelijk. Het streven is: ondersteuning, begeleiding en behandeling/zorg op maat vanuit toegankelijke voorzieningen.
- (B) Macroperspectief. Als (A) echt gerealiseerd wordt, betekent dit vanzelf het einde van de OGGz als een apart veld van activiteiten, als een apart beleidsveld.

Dat lijkt ons nastrevenswaardig! (Tegelijkertijd zien we nog wat risico's, maar die kunnen we in samenwerking en samenhang beperken.)

## Bijlage 1. Resultaten vanuit het perspectief van de cliënt

Als het lukt om de risico's op uitval en uitsluiting voor een groot gedeelte in te perken door het goed organiseren van hulp en ondersteuning in een integrale wijkaanpak, wat zou dat dan op moeten leveren in termen van resultaten voor cliënten? De tabel<sup>27</sup> hieronder geeft een eerste idee. De kolom met voorzieningen en functies zou in ieder geval nog uitgebreid moeten worden met (toegang tot) ondersteuning op het gebied van financiën, schulden, zorgverzekering, etc.

Resultaten voor de cliënt	Essentiële voorzieningen/ functies
Waarborg persoonlijke veiligheid	Crisishulp, time-out voorzieningen, buurtzorg, politie
Waarborg basale, fysieke levensbehoeften	Woon- en opvangvoorzieningen, ambulante woonbegeleiding, thuiszorg, maaltijdverstrekking
Toegang tot hulpverlening en andere sociaal-maatschappelijke diensten	Casemanagement
Afname van symptomen en psychisch lijden	Medisch-psychiatrische en psychologische behandeling
Verbetering fysieke gezondheid en welbevinden	Algemene gezondheids- en welzijnszorg, preventie, lifestyle
Toename sociale steun	Begeleiding en ondersteuning bij (ontwikkeling van) sociaal netwerk
Empowerment, ontwikkeling eigen kracht	Zelfhulpgroepen, hersteltrainingen, ervaringsdeskundigheid
Meer mogelijkheden tot persoonlijke ontplooiing, een rijk leven	Begeleiding en ondersteuning bij ontdekken/ontwikkelen capaciteiten
Meer mogelijkheden tot activiteiten en participatie	Begeleiding en ondersteuning bij (leren) wonen, werken en leren (rehabilitatie)
Waarborgen gelijke rechten en kansen	Belangenbehartiging, rechtshulp

<sup>27</sup> Gebaseerd op het service outcome-schema van Anthony (1993), overgenomen uit: Phrenos (2014) *Over de Brug* – Plan van aanpak voor de behandeling, begeleiding en ondersteuning bij ernstige psychische aandoeningen. p52.

## Bijlage 2. Negen mogelijke uitgangspunten voor lokale Exit OGGz

Dit is slechts een voorbeeld/aanzet.<sup>28</sup>

### 1. Autonomie bevorderen (outcome)

Autonomie is het vermogen van de cliënt om zelfstandig beslissingen en keuzes te maken ondanks de aanwezigheid van problemen, ziekte of beperkingen. Autonomie dient bevorderd te worden door effectieve ondersteuning, behandeling en zorg.

### 2. Continuïteit waarborgen (proces)

Continuïteit houdt in dat activiteiten van ondersteuning, behandeling en zorg van verschillende teams/instellingen: (a) onderling samenhangen (b) ononderbroken doorlopen over een langere periode (indien nodig).

### 3. Effectief helpen (outcome)

Effectief helpen betekent dat de beoogde effecten van ondersteuning, behandeling en zorg in de praktijk zijn bewezen: (a) de activiteiten/interventies en (b) de lokale diensten/producten/programma's waarbinnen dit gebeurt.

### 4. Toegankelijk zijn (input)

Toegankelijkheid is de ervaring van cliënten en/of diens sociale omgeving om ondersteuning, behandeling en zorg te krijgen waar en wanneer dat nodig is.

### 5. Omsluitende aanpak (proces)

Omsluitende aanpak houdt in dat: (a) alle cliënten bediend worden — ook met de meest complexe problemen en (b) alle basale vormen van ondersteuning, behandeling en zorg beschikbaar zijn.

### 6. Eerlijk verdelen (input)

Een eerlijke verdeling van middelen gebeurt expliciet, volgens de prioriteiten die aan problemen zijn toegekend (beleid lokaal niveau) en volgens relevant geachte kenmerken van de cliënt (criteria voor toegang op cliëntniveau).

### 7. Verantwoordelijkheid nemen (input)

Verantwoordelijkheid vloeit voort uit de verwachtingen van cliënten, sociale omgeving, financiers, wetgever en publieke opinie over de wijze waarop invulling wordt gegeven aan de plicht zorg te verlenen waar nodig en aan de uitvoering volgens professionele standaarden.

### 8. Samenhang creëren (proces)

Ondersteuning, behandeling en zorg worden geleverd op basis van samenhangende plannen of hulptrajecten waarin helder omschreven is welke doelen worden nagestreefd en welke activiteiten/interventies nodig en effectief zijn.

### 9. Efficiënt werken (outcome)

Er is efficiënt gewerkt als de input die nodig is om een gewenst resultaat te bereiken minimaal is, of het resultaat maximaal bij een bepaalde input.

---

<sup>28</sup> Vertaald en bewerkt. Bron: Thornicroft G, Tansella M (1999). The Mental Health Matrix – a manual to improve services. Cambridge: Cambridge University Press.

### Bijlage 3. Systeemwereld versus leefwereld.

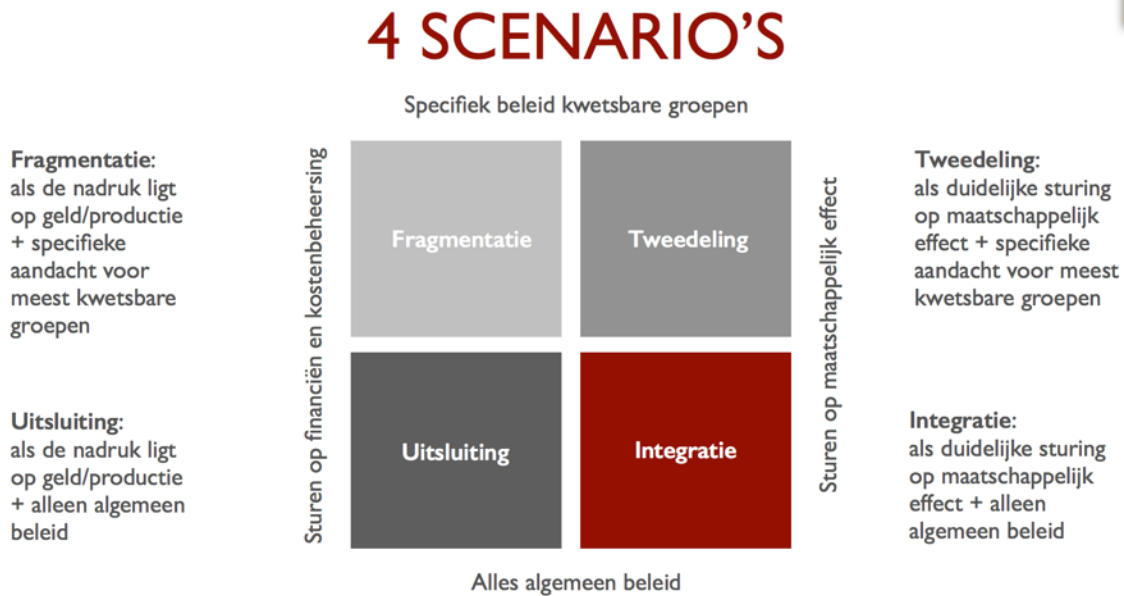
In teksten over het sociale domein kom je vaak het onderscheid tegen tussen 'systeemwereld' en 'leefwereld'. De systeemwereld is meestal de boze bureaucratie en de leefwereld is dan waar het echt om draait (of zoiets). De tegenstelling wordt zelden opgeheven.

Politici, bestuurders, ambtenaren en ook adviseurs zijn 'van de theorie': zij staan op afstand. Hun perspectief is niet onwaar, maar slechts het halve verhaal. Cliënten, ervaringsdeskundigen en hulpverleners zijn 'van de praktijk', ook hun verhaal is slechts een van de perspectieven op de zaak. De vraag is hoe je de verschillende perspectieven bij elkaar kunt brengen.

Systeemwereld	Leefwereld
Theorie / abstract / objectief / extern / daar-en-dan	Praktijk / concreet / subjectief / intern / hier-en-nu
Achteruit verklaren	Vooruit leven
Eenvoudig oorzaak en gevolg	Wederzijds afhankelijk
Stromende rivier vanaf een berg gezien	De stroming vanuit de rivier ervaren
De straten van New York vanaf een wolkenkrabber	Als voetganger je weg banen door de mensenmassa
Organisaties zijn inert, traag. Verandering is episodisch, een dramatische/revolutionaire aanpassing die noodzakelijk is omdat men de veranderende omgeving niet heeft bij kunnen benen.	Organisaties zijn zelf-organiserend. Verandering is een constante, een kwestie van doorlopend en cumulatief evolueren van werkprocessen en sociale patronen.
Concepten voor verandering: vervangen en verplaatsen van mensen, programma's, middelen, onderdelen, etc. met de nadruk op snelle aanpassing.	Concepten voor verandering: improvisatie, vertalen en leren, met nadruk op langdurig aanpassingsvermogen, uitbreiding van het repertoire van de organisatie om te reageren op situaties.

De ideale organisatie is in staat tot voortdurende verandering en daarvoor zijn beide vormen van verandering nodig, vanuit beide perspectieven (de systeemwereld en de leefwereld): doorlopend al doende leren en aanpassen op kleine schaal en als de inertie toch oploopt (wat onvermijdelijk is) afgewisseld met korte periodes van dramatische verandering.

## Bijlage 4. Scenario's Maatschappelijke Ondersteuning



Het eerste thema (op de horizontale as) is de wijze waarop de zorg/hulp gestuurd wordt: op financiën of maatschappelijke effecten — dit thema sluit aan bij de ontwikkelingen: bezuinigingen en decentralisaties.

Als de nadruk op financiën ligt dan

- gemeente = boekhouder (micromanagement);
- instellingen = ondernemer (focus op productie draaien).

Als de nadruk op maatschappelijke effecten ligt dan

- gemeente = actieve beleidsbepaler (schaarse middelen verdelen naar behoefte/nood);
- instellingen hebben vooral belang van de cliënt voor ogen.

Het tweede thema (verticale as) gaat over de vraag of alles algemeen Wmo of toch revival OGGz en dat hangt samen met vragen als:

- Kunnen sociale wijkteam en de verdere ontwikkeling van Basis-GGz zorgen voor afname kwetsbare personen?
- En kan de afbouw van klinische capaciteit zonder dat het meer 'psychiatrie op straat' geeft?