

JOHAN SLEEGERS

## Maatschappelijke psychiatrie

*Het tekort van de openbare geestelijke gezondheidszorg*

De openbare geestelijke gezondheidszorg (OGGZ) schiet tekort voor mensen met ernstige psychiatrische aandoeningen die onvoldoende contact hebben met hulpverlening. De Gezondheidsraad (2004) schat hun aantal op 24.000; dat zijn er anderhalf per duizend inwoners. Naar schatting achtduizend van hen verkeren geregeld in acute nood en worden niet geholpen. Dat heeft een aantal redenen. De grondoorzaak is dat deze mensen complexe problemen hebben en meestal niet gemakkelijk in zorg te krijgen zijn. Deze groep vraagt inzet van velen, maar de wijze waarop dat nu georganiseerd is, blijkt onvoldoende. Vrijblijvende convenanten tussen instellingen en overheid, en werkmethoden als casemanagement blijken de fragmentatie niet te kunnen oplossen. Ik zal betogen dat: 1) het OGGZ-probleem behoort tot het domein van de psychiatrie, zonder dat het verwatert in een brede GGZ-aanpak; 2) vrijgestelde specialistische teams nodig zijn, die kennis van de psychiatrie combineren met kennis van de verslavingszorg; 3) de gemeenten hiervan de leiding moeten nemen.

De GGZ zit met de onmogelijke opgave om te vermaatschappelijken en tegelijkertijd te specialiseren. De sector moet zich enerzijds actiever richten op de schizofreen op straat die zichzelf verwaarloost, maar tegelijkertijd het groeiende aantal mensen met angstverschijnselen, depressieve klachten en werkgerelateerde problemen te woord staan. Het resultaat is een versnipperde en onduidelijke identiteit. GGZ Nederland (2004, p. 25) erkent het probleem

van de OGGZ en noemt als eerste oorzaak het gebrek aan geld. De GGZ omvat een breed terrein: preventie, genezing, vermaatschappelijking en bemoeizorg. Binnen vijf jaar wil GGZ Nederland alle zorgmijders in beeld hebben en per jaar 10% van hen in zorg krijgen.

De uitbreiding van de ambulante GGZ is de afgelopen jaren niet besteed aan extra bemoeizorg (GGZbeleid, 2004). Het aantal *face-to-face* contacten nam in 2002 met 13% toe ten opzichte van 2001; het aantal nieuw ingeschreven volwassenen met iets meer dan 1%. Het aantal huisbezoeken bleef 10% van het totaal aantal contacten. Opvallend is de stijging van het aantal uren 'dienstverlening en preventie' (niet-cliëntgebonden activiteiten zoals consultatie en advies): 32% in één jaar tijd. De productiestijging is dus vooral gerealiseerd bij bestaande cliënten, zonder toename van huisbezoeken maar wel met meer overleg en consultatie. Deze cijfers verklaren wellicht waarom de GGZ maar liefst vijf jaar nodig denkt te hebben om alle zorgmijders in beeld te krijgen. Is daarvoor echt zoveel tijd nodig? Een groot deel van deze populatie is immers al bekend bij veel instellingen. Zo is het bijvoorbeeld in Rotterdam gelukt om in ongeveer een jaar tijd zevenhonderd overlastgevende verslaafden te screenen en een traject voor hen te bepalen. In hetzelfde tempo moet de landelijke doelstelling in minder dan twee jaar te realiseren zijn. Dit vergt natuurlijk extra inspanning. Daarvoor moet de sector prioriteiten stellen en haar capaciteit verschuiven van de relatief lichte neurotische stoornissen naar de OGGZ-doelgroep – en moet ze niet hoeven te wachten op extra geld.

### Verdeelde psychiatrie

De psychiatrie is verdeeld. Inhoudelijke kwesties verdelen de sector intern, maar er gaapt ook een kloof tussen bestuurders en psychiaters. Relevant voor mijn betoog is de positie van de verslavingszorg binnen de psychiatrie, en de discussie over zorgverlening versus overlastbestrijding. De extramuralisering heeft geleid tot een toestroom van chronische psychiatrische patiënten in de maatschappelijke opvang. Niet zelden zijn deze mensen ook verslaafd aan alcohol of andere middelen. Daarnaast hebben ze problemen op andere leefgebieden, zoals dagbesteding en financiën. Vaak is eerst basiszorg nodig voordat gewerkt kan worden aan de overige problemen, maar de psychiatrische stoornissen en verslaving blijven de kern van hun problemen. Volgens de handboeken behoren verslavingsproblemen tot de psychiatrie. Maar de verslavingszorg is in Nederland apart georganiseerd en niet alle psychiaters hebben voldoende kennis en vaardigheden op dat terrein. GGZ-instellingen in Rotterdam en Amsterdam halen momenteel zelfs psychiaters met deze kennis uit Duitsland.

Psychiatrische behandeling kan overlast verminderen, maar overlastbestrijding is geen doel van de psychiatrie. Lastig gedrag is dus geen grond voor inclusie. Maar het is soms wel reden voor exclusie: de GGZ sluit soms mensen met evident psychiatrische stoornissen uit van zorg omdat ze lastig zijn. Men selecteert dan meer op handelbaarheid dan op behandelbaarheid. Dit moet veranderen. Psychiaters moeten er een eer in stellen om oplossingen te bedenken voor de groep cliënten die lastig en onhandelbaar gedrag vertonen.

625

### Onduidelijke verantwoordelijkheid

De zogenoemde centrumgemeenten (grote gemeenten in 43 door het Rijk aangewezen regio's in Nederland) zijn verantwoordelijk voor de OGGZ, de maatschappelijke opvang en de ambulante verslavingszorg. Sinds de ondertekening van een Landelijk Convenant in 1999 is het aantal lokale OGGZ-projecten (Lindt, 2004) toegenomen tot 256, waarvan tientallen in elke grote stad. Een dergelijk project bestaat meestal uit een stuurgroep of platform op bestuursniveau, een managementteam met leidinggevendenden, en een projectcoördinator. De uitvoering vindt plaats door een OGGZ-team, dat bestaat uit hulpverleners van de samenwerkende partners, die vaak slechts voor een deel van hun werktijd in het team participeren. Het team functioneert meestal als een verkenners (*front-office*) die een melding ter plaatse inventariseert en de nodige zorg regelt. Het *back-office* bestaat uit de reguliere hulp- en dienstverlening.

Ondanks deze projecten en structuren blijkt de regie door de gemeenten onvoldoende. Richtinggevende visie, leiding en heldere besluitvorming ontbreken, ondanks het convenant. De samenwerking in de OGGZ-teams blijft vrijblijvend omdat er geen heldere taakstelling en verantwoordelijkheidstoedeling zijn. Niemand is echt de baas, alles moet via overleg worden opgelost. In grote steden lopen allerlei OGGZ-projecten die elkaar deels overlappen of niet goed op elkaar afgestemd zijn.

In de reguliere hulpverlening probeert men vaak door casemanagement de OGGZ-doelgroep in zorg te houden. Maar dit blijkt niet doeltreffend, vergeleken met de standaard ambulante behandeling. Een meer effectieve methode is 'Assertive Community Treatment' (ACT). Althans in theorie, zo blijkt uit de Nederlandse praktijk (Van Dijk e.a., 2004). In onderzoeken scoort ACT op veel fronten beter dan de standaard ambulante behandeling: minder contactverbreking met cliënten, minder ziekenhuisopnames, kortere opnameduur en betere resultaten wat huisvesting betreft. Maar ACT wordt in Nederland niet modelgetrouw uitgevoerd: de kern van deze

aanpak – de integrale verantwoordelijkheid en intensieve bemoeizorg – blijkt in de praktijk ver te zoeken. Zeven onderzochte Nederlandse ACT-teams blijken in het onderzoek van Van Dijk e.a. vooral te bestaan uit verpleegkundigen, en beschikken over onvoldoende uren voor psychiater en verslavingsdeskundige, waardoor de verslavingszorg buiten het team gezocht wordt. De *caseload* is wel laag (volgens de richtlijnen) maar de contactfrequentie met de cliënt is niet hoog.

### Maatschappelijke psychiatrie

De besproken doelgroep vergt een specialistische aanpak, waarvan de kern moet bestaan uit de psychiatrische deskundigheid – die ook de verslavingszorg en persoonlijkheidsstoornissen omvat. Deze aanpak mag zich echter niet beperken tot de psychiatrische stoornis. Er moet ook aandacht zijn voor de beperkingen en effecten die de aandoening met zich meebrengt, zoals lastig en onaangepast gedrag. Het doel is het bevorderen van het maatschappelijk functioneren.

Zo omschreven lijkt het hier te gaan om sociale psychiatrie. Maar dat begrip staat in Nederland voor nogal verschillende zaken die in het Engels aangeduid worden met *social psychiatry* (groepstherapie, therapeutische gemeenschappen), *community psychiatry* (dagbehandeling, ambulante zorg en casemanagement) en *public psychiatry* (preventie, bemoeizorg). ‘Maatschappelijke psychiatrie’ is een betere aanduiding, omdat het draait om een medisch-specialistische aanpak in een maatschappelijke context – in tegenstelling tot een brede GGZ-aanpak waarbij de specifieke psychiatrische inbreng minimaal is.

Maar met de introductie van nieuwe begrippen is het manco van de OGGZ niet opgelost. Daarvoor moeten de gemeenten de leiding nemen. In de aanstaande Wet Maatschappelijke Ondersteuning zal de OGGZ worden opgenomen als een apart ‘prestatieveld’. Dit geeft gemeenten straks meer financiële en juridische mogelijkheden. Op dit moment (maart 2005) wordt nog gediscussieerd over de taken en budgetten die vanuit de reguliere GGZ moeten worden overgeheveld naar de gemeenten. Ik denk dat dit in ieder geval ook moet gelden voor de crisishulp, omdat het een onontbeerlijk instrument is. Maar ook omdat onder de nieuwe zorgverzekering, zorgverzekeraars alleen de kosten zullen vergoeden van de eigen verzekerden en bovendien het gebruik en de kosten van deze dure voorziening zullen willen beperken.

Via de GGD moet de gemeente meer zicht krijgen op de lokale situatie rond de doelgroep. Kwantitatief en onafhankelijk inzicht in de problemen (vraag) en bestaande oplossingen (aanbod) is cruciaal om de lappendeken aan

projecten en activiteiten te kunnen rechtekken. Voor dit doel kan de gemeente het beste een stedelijk OGGZ-casusregister opzetten. Ook dienen concrete doelen en prioriteiten benoemd te worden, opdat men niet eerst de relatief gemakkelijke cliënten neemt (afromen). Gegeven dit alles moet een van de beleidsdoelstellingen zijn: het bestrijden van onderbehandeling van mensen met chronisch psychotische en bipolaire stoornissen (plus eventueel middelenmisbruik of persoonlijkheidsstoornissen) en het bevorderen van de uitstroom van deze personen uit de maatschappelijke opvang. Voor een eenduidige regie moet de gemeente ook een aantal zaken op elkaar afstemmen, met name de samenwerking tussen het integrale bemoeizorgteam en de reguliere zorg (materiële dienstverlening en klinische plaatsen).

Voor de uitvoering van de psychiatrische bemoeizorg moet er een vast ACT-team komen, met professionele hulpverleners die oplossingen willen bedenken voor lastige problemen. Dit team moet een integraal aanbod hebben op de verschillende leefdomeinen. Daarvoor heeft het toegang nodig tot andere voorzieningen binnen de gemeente en de GGZ, zodat men noodzakelijke zorg en praktische hulp kan garanderen. De gemeente moet het team afrekenen op productie en op modelgetrouwe uitvoering. Het toeleiden van personen naar het ACT-team kan via het Vangnet & Adviesteam van de GGD of via de maatschappelijke opvang.

De toegang van het ACT-team tot materiële dienstverlening moet helder en eenvoudig geregeld zijn, via één team van specialisten binnen de afdeling Werk & Inkomen van de gemeente. Denk daarbij aan zaken als: uitkering, schuldhulpverlening, reïntegratietraject, bijzondere bijstand, sociale activering, sociale kredietverstrekking en verwijzing naar maatschappelijke instellingen zoals maatschappelijke opvang en begeleid wonen. Het ACT-team kan deze dienstverlening ook gebruiken als pressiemiddel om de cliënt hulpverlening op een ander domein te laten accepteren die hij anders zou mijden. De Wet Werk en Bijstand (WWB) geeft gemeenten de bevoegdheid om zonodig budgetbeheer toe te passen of bijstand in natura te verstrekken via *vouchers* voor onderdak, eten en dagbesteding. Ze hoeven hiervoor geen toestemming van de betrokkene te vragen.

Een vrijblijvend convenant kan de toegang tot behandelprogramma's in de reguliere GGZ niet regelen. Daarvoor moet de gemeente hardere afspraken maken met de GGZ en de zorgverzekeraars. Nodig zijn behandelplaatsen en -programma's voor mensen met ernstige psychiatrische stoornissen, en met ongeremd verslavingsgedrag of persoonlijkheidsstoornissen. Specifieke maatregelen, zoals bouwtechnische aanpassingen en de mogelijkheid tot gedwongen behandeling, moeten ervoor zorgen dat deze behandelprogramma's veilig zijn voor cliënt en hulpverlener.

SLEEGERS

De gemeente moet een evenwicht weten te vinden tussen concurrentie en samenwerking. Ervaringen op het terrein van de arbeidsreïntegratie tonen aan dat als maatwerk nodig is, concurrentie via aanbesteding leidt tot meer bureaucratie. Gelukkig is marktwerking niet het enige alternatief voor bureaucratie en regels. Vertrouwen in zelfregulering binnen de professionele beroepsgroep is het andere alternatief. Maar we zagen eerder, bij de uitvoering van ACT, dat blind vertrouwen niet verstandig is.

In dit artikel hebben we het niet gehad over geld. Bewust niet, omdat het afleidt van het kernprobleem: de fragmentatie van verantwoordelijkheid – beleidsmatig en operationeel. Mijn advies luidt: eerst helderheid scheppen en keuzes maken; daarna pas kijken wat er nodig is aan extra geld.

o

**Literatuur**

- Dijk, B. van, B.-J. Roosenschoon, H. Kroon & N. Mulder (2004). Modelgetrouwheid van Assertive Community Treatment in Nederland. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 59, 931-943.
- Gezondheidsraad (2004). *Noodgedwongen – Zorg voor niet-opgenomen acute psychiatrische patiënten*. Den Haag: Gezondheidsraad, publicatienummer 2004/10.
- GGZbeleid (2004). *Productie GGZ, aantallen 2001 en 2002*. [www.ggzbeleid.nl/fact-productie](http://www.ggzbeleid.nl/fact-productie).
- GGZ Nederland (2004). *De krachten gebundeld*. Utrecht: GGZ Nederland
- Lindt, S.M. van de, J.S. van Bokkem & S. van Rooijen (2004). *Samenwerkingsmodel OGGZ*. Utrecht: Trimbos-instituut.

629

**Summary**

Sleegers, J.M.W.  
 'Psychiatric care to vulnerable people. The shortfalls in public mental health interventions'  
 The Dutch system of public mental health interventions (OGGZ) fails to reach people with severe mental illness who are relatively out of touch with the social services. To resolve this deficiency, the mental health sector needs to transfer capacity from the milder neurotic disorders to the group of vulnerable individuals primarily targeted by OGGZ; psychiatrists need to take pride in devising solutions for this troublesome group; and local health authorities need to take the lead. Crucial to the solution at the operational level are assertive community treatment (ACT) teams, provided they maintain model fidelity. Additional measures are also needed: crisis services should be put under local authority control; local mental health case registers should be instituted; residential places should be created for unmanageable individuals; and compulsory treatment should be made possible.

**Personalia**

J.M.W. Sleegers (1961), andragoloog / MBA, is zelfstandig adviseur; voorheen was hij werkzaam bij de GG&GD Amsterdam en GGD Rotterdam.  
 Adres: [j.sleegers@xs4all.nl](mailto:j.sleegers@xs4all.nl)