

Vergaderjaar 1996–1997

**25 424**

**Geestelijke Gezondheidszorg**

**Nr. 2**

## **BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT**

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Rijswijk, 24 juni 1997

Met deze brief wil ik u informeren over **de openbare geestelijke gezondheidszorg** (oggz). Tevens geef ik aan op welke wijze de oggz kan worden versterkt. Hiertoe wordt een aantal beleidsthema's uitgewerkt.

Deze thema's sluiten aan bij de onderwerpen die in het regeringsstandpunt bij het advies van de commissie Versterking Collectieve Preventie (commissie Lemstra) en in het (concept) regeringsstandpunt bij de evaluatie van de wet Bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Wet Bopz)<sup>1</sup> aan de orde komen. Er zijn ook raakvlakken met het grote stedenbeleid. De doelstellingen, die in de zorgparagraaf van het convenant tussen rijk en vier grote steden worden geformuleerd, sluiten aan bij de voornemens in deze brief. De nadere uitwerking van de oggz in deze brief vormt tevens een aanvulling op de inhoud van de Brief GGZ aan uw Kamer.

### **Inleiding**

Bij oggz gaat het om de maatschappelijke verantwoordelijkheid voor kwetsbare personen die niet zelfstandig of vrijwillig van de beschikbare voorzieningen gebruik maken.

In termen van functies van de zorg is de oggz te herleiden tot het gezamenlijk optreden om de preventie- en de vangnetfunctie inhoud te geven en dus om waar mogelijk de mensen waar het om gaat terug te geleiden naar een aanvaardbaar maatschappelijk bestaan. Het gaat hierbij om activiteiten op het terrein van sociale psychiatrie en crisisinterventie, preventie en hulpverlening voor personen of groepen met een verhoogd risico. Er is doorgaans sprake van complexe problematiek. In de oggz heeft men te maken met personen, die behalve psychisch gestoord vaak ook verslaafd, dakloos, extreem verwaarloosd zijn of dat dreigen te worden. Zij bevinden zich vaak in een neerwaartse spiraal. Het gedrag dat daar het gevolg van is levert vaak overlast<sup>2</sup> op voor de omgeving. Bij een

<sup>1</sup> In december 1966 heeft een wettelijk ingestelde evaluatiecommissie een rapport betreffende de Wet Bopz uitgebracht (Wet Bopz Evaluatierapport, Rijswijk, november 1996). Hierin zijn aanbevelingen opgenomen ter verbetering van de uitvoeringspraktijk van de Wet Bopz. Op dit moment wordt het regeringsstandpunt over deze eerste evaluatie voorbereid.

<sup>2</sup> De overlast is veelal afkomstig van een kleine groep. De acute psychiatrie in Amsterdam en de grote steden heeft bij 60%–70% van haar interventies te maken met «vaste klanten».

psychische stoornis en ernstige overlast kan de wet Bopz, afhankelijk van de concrete omstandigheden van de casus, een oplossing bieden.

Doel van de geschetste voornemens is om in de voorzieningsfeer tot een werkwijze te komen waarbij instellingen en instanties, die ieder voor een deel van de openbare ggz verantwoordelijk zijn, gezamenlijk gaan optreden. Kwetsbare groepen zoals verkommerden en verloederden, blijven nu nog te vaak van effectieve hulpverlening tekortschiet. In een situatie waarin men alléén de oplossing niet kan bieden neemt niemand meer het initiatief. Het probleem wordt doorgeschoven. Voor het vinden van een oplossing is in de oggz vaak de medewerking van zeer veel partijen nodig. Vaak voelt men zich ook ten onrechte niet verantwoordelijk meer omdat dwangmiddelen niet (of niet effectief) kunnen worden toegepast<sup>3</sup>. Het gaat erom dat men een maatschappelijk probleem onderkent, op grond van de kenmerken van het probleem het initiatief neemt en garanties biedt dat initiatiefnemer en cliënt niet aan hun lot worden overgelaten.

Dit vergt een politiek en organisatorisch kader op lokaal niveau, zoals ook wordt beschreven in de zorgparagraaf van het convenant tussen het rijk en de vier grote steden.

Om deze doelstelling te realiseren moet het beleid bijdragen tot het wegnemen van obstakels in de sfeer van organisatie en financiering. De gewenste samenwerking tussen de voor oggz verantwoordelijke partijen moet worden gefaciliteerd. Het is niet gewenst om daartoe van bovenaf organisatorische en financiële modellen te ontwikkelen. Het is ook niet de bedoeling om met taken en financiële middelen te gaan schuiven. Een procesmatige benadering verdient de voorkeur. Zo'n benadering is gewenst omdat we op dit punt te maken hebben met (de relatie tussen) twee veelomvattende decentralisatiemodellen: (functionele) decentralisatie van taken en bevoegdheden naar partijen in de gezondheidszorg en (territoriale) decentralisatie naar lagere overheden. Een procesmatige benadering doet recht aan het feit dat veel partijen met ieder hun eigen verantwoordelijkheden, eigen werkwijze en cultuur, gezamenlijk op maat van de lokale situatie oplossingen moeten vinden.

---

<sup>3</sup> De kwetsbare personen in de oggz vallen pas onder de reikwijdte van de wet Bopz als aan twee voorwaarden cumulatief is voldaan: (a) zij in hun geestvermogens zijn gestoord en (b) zij als gevolg van deze stoornis een gevaar opleveren. In iedere situatie waarin de vraag aan de orde is of een gedwongen opname mogelijk is, dient steeds opnieuw te worden vastgesteld of een patiënt gevaar oplevert. De wet Bopz kan, afhankelijk van de opvattingen die psychiaters en rechters hebben over het begrip gevaar (kans op onheil) als wettelijke legitimering worden gebruikt van de dwangopname van sommige categorieën «verkommerde en verloederde» psychisch gestoorde. De wet Bopz biedt op dit punt meer mogelijkheden dan wel wordt verondersteld. Voor personen die niet lijden aan een psychische stoornis biedt de wet Bopz geen soelaas als het om een gedwongen opname gaat. De wet Bopz in dit opzicht op te rekken is onjuist. Dat betekent dat personen die hun maatschappelijke ondergang tegemoet dreigen te gaan zonder dat bij hen sprake is van een psychische stoornis op andere wijze geholpen moeten worden.

<sup>4</sup> Recente NRV-adviezen inzake complexe verslavingsproblematiek, dak- en thuislozen, preventie van psychische stoornissen en de public health benadering bieden eveneens bruikbare inzichten.

Voorop staat dat de coördinatie van oggz-activiteiten op lokaal niveau moet plaatsvinden. De gemeente moet voor het organiseren daarvan volledig verantwoordelijk worden. De zorgplicht van de Riagg en de wettelijke taak van de GGD moeten aansluiten bij de rol die een heel scala van voorzieningen op het terrein van de oggz kan spelen. Het gaat er om een betere verbinding te leggen tussen reeds bestaande voorzieningen. Tevens moet de problematiek van de oggz op lokaal niveau beter zichtbaar worden gemaakt.

Om de bovenvermelde ontwikkeling te bevorderen is vooralsnog niet gekozen voor implementatie via wettelijke regelgeving. Gelet op het belang dat in het veld wordt gehecht aan oggz is gekozen voor het afsluiten van convenanten. Zowel tussen de rijksoverheid en de meest betrokken landelijke partijen als op lokaal niveau tussen gemeenten en partijen. Het convenant tussen rijk en de vier grote steden kan hiervan als een voorbeeld worden gezien.

### **Begripsbepaling**

Openbare geestelijke gezondheidszorg omvat volgens het advies OGGZ van de voormalige Nationale Raad voor de Volksgezondheid (NRV, 1991)<sup>4</sup> alle activiteiten op het terrein van de geestelijke volksgezondheid, die niet op geleide van een vrijwillige individuele hulpvraag tot stand komen.

Deze activiteiten worden uitgevoerd op drie niveaus van hulpverlening:  
I Directe hulpverlening voor het individu; dat wil zeggen permanent beschikbare hulpverlening;

II Zorg voor groepen mensen met een verhoogd risico, dat wil zeggen zorg voor welomschreven categorieën patiënten, met inbegrip van preventieprogramma's gericht op groepen die verhoogd risico lopen;

III Collectieve GGZ, d.w.z. activiteiten gericht op niet nader omschreven collectieven.

Deze niveaus bieden een grove indicatie voor de taakverdeling van de zorgaanbieders.

De activiteiten onder niveau I zijn primair RIAGG-taken.

De activiteiten, die vallen onder niveau II kunnen niet aan een bepaalde partij worden toegeschreven, en worden in de praktijk dan ook door verschillende partijen uitgevoerd en op verschillende wijze gefinancierd. Daarom zijn deze activiteiten dan ook onderwerp van lokale en regionale discussie.

De activiteiten behorend bij niveau III zijn primair taken van de GGD.

Een aantal voorbeelden uit de praktijk van de oggz:

- vroegtijdige signalering van psychosociale problematiek bij jeugdigen;
- interventieprogramma's voor groepen mensen met een verhoogd risico (zoals b.v. dak- en thuislozen);
- interventie en/of advisering aan instanties bij psychosociale problematiek van groepen uit de bevolking bij:
  - \* grootschalige incidenten of calamiteiten;
  - \* (individuele) medisch hygiënische probleemgevallen;
  - \* asielzoekers;
  - \* problematiek met openbare orde karakter;
  - \* drugsverslaving;
  - \* psychiatrische problematiek bij dak- en thuislozen;
- het signaleren van psychosociale problematiek onder risicogroepen uit de bevolking en vervolgens het doen van beleidsvoorbereidend onderzoek en het adviseren en initiëren van beleid dienaangaande.

Kern van de begripsbepaling van oggz is het ontbreken van actieve medewerking van de persoon of personen waar men zich op richt. Er is geen vraag om zorg in de traditionele zin. Het gaat om diffuse hulpbehoeften die doorgaans niet door de betrokkenen zelf wordt signaleerd.

Aan de aanbods-kant omvat de oggz veel voorwaardenscheppende activiteiten die niet in het oog lopen. Maar ook parate voorzieningen, zowel binnen de zorgsector als daarbuiten (politie, huisvesting, sociale dienst enz.).

Een casus biedt het Zeer Moeilijk Plaatsbaren-project in Maastricht. Daar werken huisvesting en hulpverlening samen om situaties als deze op te lossen:

Uit een Maastrichtse woning klonk geschreeuw en de stank was niet meer te harden. Voor de bewoners, een zwak begaafde vrouw en een gehandicapte man, was de zorg voor de enorme hoeveelheid (huis)dieren duidelijk te veel en aan andere verplichtingen, zoals het betalen van rekeningen of het schoonmaken van het huis, kwamen ze al helemaal niet toe. De stress en de onderlinge problemen waren dan ook groot toen het echtpaar werd aangemeld voor het project voor zeer moeilijk plaatsbaren. Gespecialiseerde gezinsverzorging in combinatie met financiële bewindvoering heeft het huishouden weer op de rails gezet. Het aantal huisdieren is verminderd en de ergste stressfactoren zijn weggenomen zodat de

overlast is verdwenen en nu nog met reguliere gezinszorg kan worden volstaan.

Zonder de in het Maastrichtse project geregelde gezamenlijke verantwoordelijkheid is de kans groot dat niemand hier het initiatief neemt omdat «niemand zich aan zet acht». De woningbouwvereniging kan de rol van «signaleerder» niet vervullen. De afstemming tussen de verschillende hulpverleners die bij de oplossing zijn betrokken komt niet van de grond.

Andere voorbeelden kunnen worden ontleend aan het Amsterdamse project «Bestrijding Burenoverlast Westerpark» en aan de Haagse programma's voor maatschappelijk herstel.

Een voorbeeld van een netwerk biedt het reguliere overleg tussen Riagg Zuidhage en de wijkagent over de door hem gesignaleerde of via hem gerapporteerde misstanden in de wijk. Het gaat daarbij om de vraag of in bepaalde gevallen een interventie van Riagg-zijde mogelijk en wenselijk is.

Met dit overleg wordt gerichte en tijdige verwijzing van problemen naar de Riagg bevorderd. Met name problemen die niet via andere kanalen bij de Riagg terechtkomen omdat er geen individuele hulpvraag aan ten grondslag ligt. We bevinden ons hier in het overgangsgebied tussen hulpverlening en openbare orde.

### **Partijen in de oggz**

De verantwoordelijkheid voor het aanbieden van oggz berust niet bij één enkele partij. Er is niet één instantie, die zelfstandig de oggz-problematiek effectief kan aanpakken.

Verantwoordelijkheden liggen onder meer bij gemeenten, ziektekostenverzekeraars, zorginstellingen, GGDen, justitie, opvangvoorzieningen en maatschappelijk werk en scholen.

Om het voor oggz gewenste organisatorische kader op lokaal niveau te realiseren moeten de verantwoordelijkheden van alle betrokken partijen in samenhang worden gezien. Het accentueren van de rol van de gemeente staat hierbij voorop. Dit heeft echter weer gevolgen voor met name de positie van de Riagg binnen de openbare oggz.

Ik wil kort ingaan op de achtergronden van de wens om de rol van de gemeente in de openbare oggz te vergroten.

De rijksoverheid is beleidsmatig verantwoordelijk voor het brede volksgezondheidssterrein. Voor de openbare oggz betekent dit een verantwoordelijkheid waar het gaat om een landelijk belang, het scheppen van de noodzakelijke randvoorwaarden, het bepalen aan welke taken behoefte bestaat en aan welke normen de kwaliteit van de dienstverlening minimaal moet voldoen. Het is goed om te bedenken dat het beleid van het rijk op andere terreinen dan de volksgezondheid ook van invloed is op de omvang van problemen waar de oggz voor staat. Dat geldt met name voor de sociale zekerheid. Hiervoor wordt facetbeleid en intersectoraal beleid ontwikkeld en wordt interdepartementale samenwerking bevorderd.

De gemeente heeft een taak en een verantwoordelijkheid die in Grondwet en organieke wetgeving is vastgelegd. Op grond daarvan zijn gemeenten aanspreekbaar op het algemeen welzijn (en de randvoorwaarden daarvoor) van de mensen binnen hun gemeentegrenzen.

Het rijk heeft diverse openbare taken en bevoegdheden in medebewind<sup>5</sup> gegeven aan of gedecentraliseerd naar lagere overheden en partijen in

---

<sup>5</sup> B.v. Bijstandsverlening.

het zorgveld. De gemeente is hierdoor steeds belangrijker geworden op een groot aantal beleidsterreinen die de openbare gezondheidszorg beïnvloeden. Het gaat daarbij om welzijn, werkgelegenheid, huisvesting, vervoer, openbare orde, ambulante verslaafdenzorg, collectieve preventie, maatschappelijke opvang en verlening van bijstand.

Wanneer nieuwe maatschappelijke problemen en lacunes in het voorzieningenpakket ontstaan, dan worden gemeenten daar direct mee geconfronteerd. Gemeenten kunnen in die gevallen nu al bij het zoeken van een oplossing in overleg treden met zorgaanbieders en -verzekeraars of (tijdelijk) zelf in het aanbod voorzien. Verder geeft de decentralisatie van preventie-, welzijns- en maatschappelijke opvangvoorzieningen gemeenten de mogelijkheid om integraal beleid te voeren in samenspraak met en op maat voor de mensen om wie het gaat. De verantwoordelijkheden op het gebied van de zorg voor jeugdigen, gehandicapten en ouderen krijgen tot nu toe de meeste aandacht.

Het gemeentelijke oggz-beleid is opgedragen aan de Gemeentelijke Geneeskundige Dienst<sup>6</sup> met name waar het gaat om activiteiten die door de NRV<sup>7</sup> op niveau III zijn geplaatst: de collectieve GGZ ofwel de activiteiten gericht op niet nader omschreven collectieven. Ook de aandacht voor de geestelijke aspecten vormt een onderdeel van het integrale openbare gezondheidsbeleid van GGDen. De volgende functies worden daarbinnen vervuld: het signaleren van volksgezondheidsproblemen (waaronder surveillance), beleidsontwikkeling en advisering (waaronder consultatie t.b.v. andere gemeentelijke diensten), beleidsuitvoering (waaronder collectief preventieve programma's en laagdrempelige opvang) en coördinatie/stimulering en ondersteuning (waaronder het initiëren en organiseren van netwerken).

Aan openbare ggz is een aspect van openbare/publieke verantwoordelijkheid<sup>8</sup> te onderscheiden:

het betreft collectieve activiteiten, die het belang van de individu overstijgen;

het betreft problemen van openbare orde en ze doen zich voor in de openbaarheid;

het betreft diffuse hulpvragen, dat wil zeggen niet enkel somatische problemen of psychische stoornissen, maar ook problemen rond de maatschappelijke context van mensen;

het betreft activiteiten die per definitie vragen om samenwerking tussen sectoren van gezondheidszorg en gemeentelijke diensten;

het betreft zorg voor zogeheten «problematische groepen», niet gemotiveerde, kwetsbare, lastige cliënten, waarvoor de reguliere zorg geen adequaat hulpaanbod heeft;

het betreft hulp die derden, niet altijd de patiënt zelf, nodig vinden.

Deze kenmerken geven de oggz een publiek aspect waardoor een gelegitimeerde maatschappelijke inbreng in de hulpverlening gewenst is. Doordat het in de oggz vooral om lokale initiatieven zal gaan dient de gemeente de verbinding tussen publiek belang en preventie- en hulpverleningsactiviteiten te realiseren. Het type problematiek en de aard en de inhoud van de OGGZ is sterk gerelateerd aan de maatschappelijke omgeving waarin oggz-initiatieven worden uitgevoerd. De maatschappelijke context is steeds aan veranderingen onderhevig. De verantwoordelijkheden van de vele betrokken partijen zijn niet volledig op voorhand vast te stellen. Daar komt nog bij dat het regionaal of lokaal aanwezige potentieel mede bepalend is voor de wijze waarop de oggz in praktijk gestalte krijgt. Alleen op dat niveau kan een organisatorische oplossing worden gevonden waarbij met deze diversiteit rekening wordt gehouden. De gemeente moet hiertoe het initiatief nemen.

<sup>6</sup> Taken in Wet collectieve preventie volksgezondheid (Wcpv).

<sup>7</sup> Advies OGGZ, NRV, 1991.

<sup>8</sup> Advies OGGZ, NRV, 1991.

De relatie tussen gemeente en Riagg vormt daarbij een gevoelig punt. Bij de Riagg-vorming in 1982 zijn de taken, die voorheen als sociale psychiatrie bij een aantal grote GGD-en werden uitgeoefend, in de Riagg-verstrekking ondergebracht. Dit heeft geleid tot de belangrijke verbetering dat voortaan crisisinterventie, 24-uurs bereikbaarheid landelijk gespreid beschikbaar zijn. Het nadeel blijkt te zijn dat de gemeentepolitiek zich niet meer bezig houdt met deze onderwerpen omdat die tot de verantwoordelijkheid van de curatieve zorg worden gerekend.

Het publieke karakter van de sociale psychiatrie is bij de Riagg onderbelicht gebleven. In de Riagg is dit aspect ambivalent benaderd. De Riagg-cultuur staat gereserveerd tegenover begrippen als onvrijwillig, outreachend en openbare orde. Onder invloed van de toenemende vermaatschappelijking van de Riagg (combineren van psychische en sociale hulp) begint dit te veranderen. Dit proces moet een impuls krijgen. De uiteraard zeer gewenste wettelijke waarborgen rond onvrijwillige opnemingen en het hanteren van het begrip handelingsonbekwaamheid verplicht tot een maximale inspanning in de vorm van «bemoeizorg» in het kader van openbare ggz. De Riagg moet daarom haar visie op haar oggz-taken plaatsen binnen het in deze brief geschetste oggz-kader. De gemeente, in de vorm van het College van Burgemeester en Wethouders of in de persoon van een voor oggz verantwoordelijk wethouder, wordt aanspreekbaar voor het oggz-beleid. Dáár behoort men zicht te hebben op de personen en op de problematiek waarop de oggz zich richt.

Bij het versterken van de relatie tussen gemeente en ambulante ggz behoort de zorgverzekeraar een belangrijke rol te spelen. De primaire taak van de zorgverzekeraars is de uitvoering van de Ziekenfondswet en de AWBZ via verbindingskantoren. De verantwoordelijkheid van de zorgverzekeraars voor oggz is bijzonder relevant wanneer het gaat om de relatie tussen premiegefinancierde zorgvoorzieningen en gemeentelijke voorzieningen.

Deze relatie werkt naar twee kanten. Gemeenten kunnen via hun voorzieningen het beroep op het zorgstelsel ontlasten<sup>9</sup>. Anderzijds wordt het beroep dat op gemeenten wordt gedaan mede beïnvloed door de mate waarin door het zorgstelsel adequate hulp wordt geboden.

Er is dus sprake van afwentelingsrisico's wanneer er lacunes in het totale voorzieningenpakket ontstaan op het raakvlak van de premiegefinancierde geestelijke gezondheidszorg en de terreinen, die onder verantwoordelijkheid vallen van de lokale overheid. Hier ligt een duidelijk wederzijds financieel belang (van zorgverzekeraars en gemeenten) om in overleg te treden over oggz-beleid.

Zorgverzekeraars beperken zich overigens al niet langer strikt tot de rol van schadeverzekeraar maar kunnen in het kader van regeling Zorgvernieuwingsfonds GGZ ook zorg financieren, die de vraag naar geestelijke gezondheidszorg beperkt.

### **Financiering oggz**

Het gaat bij oggz om het financieren van lokale of regionale initiatieven. Bij de uitvoering zijn meerdere partijen betrokken, die op verschillende wijzen worden gefinancierd.

De RIAGG speelt een belangrijke rol op het terrein van de oggz. Zij heeft een zorgplicht in de vorm van direct patiëntgebonden zorg in het kader van de AWBZ-verstrekking ambulante ggz.

Behalve Riagg en GGD zijn ook de ambulante verslavingszorg (CAD); huisartsenzorg; het Algemeen Maatschappelijk Werk, justitie en politie; de opvangvoorzieningen; woningbouwcorporaties bij oggz betrokken.

---

<sup>9</sup> B.v. door in de taakuitvoering van AMW en Sociale Dienst aandacht te besteden aan psycho-sociale problematiek.

De activiteiten, die voor oggz worden ontwikkeld zijn vaak moeilijk te kwantificeren binnen de diverse budgetten. De besluitvorming over de omvang van de diverse financiële middelen komt meestal via autonome samenhangende trajecten tot stand.

De beschikbare ruimte voor de geestelijke gezondheidszorg wordt centraal in het Jaaroverzicht Zorg vastgesteld. De budgetten voor de Riaggs worden na overleg over productieafspraken met verbindingkantoren nader vastgelegd.

De budgetten waarover de gemeenten binnen hun begroting kunnen beschikken voor welzijnsbeleid, voor huisvesting, werkgelegenheid, bijstand, basisgezondheidszorg, verslavingszorg en maatschappelijke opvang worden gevoed uit het Gemeentefonds en uit specifieke uitkeringen.

De oggz-activiteiten worden dus uit verschillende geldstromen «meebetaald» zonder dat de hoogte en de samenstelling van de betrokken middelen zichtbaar is.

#### Reguliere financiële middelen:

Alleen de Riagg en de GGD worden specifiek voor oggz-taken gefinancierd. De overige instellingen en organisaties die bij oggz zijn betrokken moeten binnen de eigen budgetten middelen voor oggz bestemmen.

– De vanwege de AWBZ gefinancierde Riagg heeft in haar budget middelen voor zowel de taken acute psychiatrie/crisisinterventie als voor preventie en consultatie. Bij de oprichting van de Riagg is de sociale psychiatrie formeel bij de Riagg ondergebracht. Het deel van het budget dat de Riagg aan oggz besteedt kan al naar gelang de invulling die men aan het begrip geeft enorm uiteenlopen.

– De GGD wordt vanuit de gemeentebegroting gefinancierd voor oggz-activiteiten.

#### Zorgvernieuwingsmiddelen:

Wanneer de OGGZ in breed perspectief wordt geplaatst komt ook de financiering van de huidige Zorg Op Maat-regeling in de geestelijke gezondheidszorg aan de orde. Deze omvat o.a. geormerkte gelden voor de OGGZ en de maatschappelijke opvang. Voor OGGZ-projecten is in dit kader in 1997 f 11,6 miljoen beschikbaar. Verbindingskantoren in bepaalde regio's kunnen volgens deze regeling OGGZ-initiatieven goedkeuren en indienen bij de Ziekenfondsraad. In opdracht van de Ziekenfondsraad wordt momenteel een onderzoek uitgevoerd naar de inhoudelijk en organisatorisch nader te stellen eisen voor OGGZ-activiteiten.

Voor de maatschappelijke opvang is in dit kader in 1997 f 12 miljoen beschikbaar. Deze regeling is bedoeld voor de sociaal-psychiatrische begeleiding van geïndiceerde cliënten in sociale pensions en instellingen voor maatschappelijke opvang.

De projecten die door de Ziekenfondsraad in het kader van de Zorg Op Maat-regeling zijn gehonoreerd zijn voor het merendeel projecten die:

- gericht zijn op het voorkomen van ernstige psycho-sociale problemen (agressief gedrag) bij kinderen;
- gericht zijn op het toegankelijk maken van de zorg;
- actieve outreachende hulpverlening bevorderen door een geïntegreerd aanbod voor complexe problematiek te bieden.

#### **Beleidsvoornemens**

Er zijn reeds veel positieve ontwikkelingen. Preventie en facetbeleid worden gestimuleerd. Hetzelfde geldt voor outreachend werken in de (ambulante) ggz en voor de samenwerking van de geestelijke gezondheidszorg met aangrenzende zorgvelden. Er vindt een vermaatschappelijking van de geestelijke gezondheidszorg plaats.

Een organisatorisch kader voor openbare ggz vergt brede maatschappelijke aandacht om overeind te blijven. Deze extra inzet moet van alle betrokken partijen komen. Er bestaat reeds een brede consensus over de noodzaak om oggz te versterken.

Het sluiten van convenanten tussen gemeenten en de voor oggz verantwoordelijke partijen is daarom een uitvoerbaar middel om een kader voor de oggz te creëren. Het waarborgen van een basisaanbod oggz moet de kern van zo'n convenant vormen.

In deze procesmatige opzet blijven de samenwerkende partners verantwoordelijk voor de concrete zorgverlening. Voor oggz (vangnet- en preventiefunctie) geldt bij uitstek dat hieraan op lokaal en regionaal niveau organisatorisch invulling moet worden gegeven. In de uitvoeringspraktijk is in het verleden echter steeds weer gebleken dat dergelijke projecten onvermijdelijk een te kleinschalig en versnipperd karakter kregen. De regio waarbinnen zon netwerk functioneert dient dan ook een zodanige schaalgrootte te hebben dat er draagvlak is voor een gedifferentieerd aanbod van zorg. Dit betekent dat in veel gevallen gemeenten bovenregionaal afspraken moeten maken.

De Minister van VWS zal met de Vereniging van Nederlandse Gemeenten en de koepels van zorgaanbieders en zorgverzekeraars in overleg treden over de randvoorwaarden waarbinnen op het lokale/regionale niveau convenanten kunnen worden afgesloten.

In deze randvoorwaarden zullen in ieder geval de hierna genoemde thema's worden uitgewerkt:

- 1) De inhoud van de OGGZ: vaststellen van een basisaanbod.
- 2) Het verhelderen van de verschillende verantwoordelijkheden voor de OGGZ.
- 3) Het formuleren van landelijke randvoorwaarden voor de OGGZ.

*ad 1) Inhoud van de OGGZ: vaststellen van een basisaanbod OGGZ*

Er kan pas sprake zijn van een voldoende aanbod van oggz-activiteiten wanneer op regionaal/lokaal niveau aan een aantal voorwaarden is voldaan in de vorm van een basisaanbod van OGGZ-activiteiten.

Het basisaanbod oggz dient de volgende punten te omvatten:

1. Een gezamenlijk gedragen platform of samenwerkingsverband dat de regionale verantwoordelijkheid voor de oggz gestalte geeft.

Hierbij moet onderscheid worden gemaakt tussen een politiek en organisatorisch platform waarin overheid, ziektekostenverzekeraars, uitvoerders en signaleerders zich rekenschap geven van de oggz-problematiek (vangnet- en preventiefuncties), en een samenwerkingsverband dat is gericht op de uitvoering waarvan tenminste GGD en Riagg deel uitmaken en dat verantwoordelijk is voor een gecoördineerd optreden bij acute situaties en calamiteiten en voor het uitvoeren van projecten.

De gemeente (of samenwerkende gemeenten) is verantwoordelijk voor het instellen en instandhouden van dit organisatorische kader.

Voor deze opzet is gekozen vanwege de bijzondere eisen die de oggz-problematiek stelt. Er is landelijk een relatief uniforme regeling nodig, die toch een structuur biedt die op lokaal en regionaal niveau flexibiliteit en continuïteit mogelijk maakt en tevens de rol van de gemeente accentueert.

Openbare ggz omvat zowel sporadische incidenten waarvoor toch snel een groot aantal partijen in samenwerking een praktische oplossing moeten vinden, als calamiteiten die een grote inspanning voor psychische nazorg en opvang nodig maken.

Het is niet gewenst om het basisaanbod vooraf reeds tot in detail in te vullen. Het uiteindelijke doel is een flexibele inzet van oggz-activiteiten. Hiervoor is een werkwijze nodig waarbij activiteiten niet hiërarchisch worden opgezet, maar op basis van de bijdrage die partijen kunnen leveren aan de oplossing van het probleem. De diagnostiek moet interdisciplinair tot stand komen. De kenmerken van de doelgroep: mensen die op veel terreinen tegelijk (ook naar verwachting) problemen geven en ondervinden moeten hierbij centraal staan.

Een politiek en organisatorisch kader voor oggz kan niet optimaal functioneren zonder een gestructureerd overleg tussen de financiers (gemeenten en zorgverzekeraars) over de financiering van de inzet van de oggz-taken van de Riagg en tenminste de GGD.

Dit gestructureerd overleg kan als schakel tussen de financiële betrokkenheid van gemeenten bij maatschappelijke opvang, ambulante verslavingszorg etc. en contactkantoren, die de AWBZ uitvoeren fungeren. Als zodanig vormt deze schakelfunctie een logische aanvulling op het organisatorische kader voor oggz. Het biedt tevens een werkbaar middel om een element van aansturing van de lokale overheid te introduceren zonder dat tot herschikking van de oggz-taken behoefte te worden overgegaan. Een dergelijk overleg draagt bij tot het voorkomen van afwenteling tussen sectoren. Zo kan worden vermeden dat bijvoorbeeld bij gemeentelijk beleid inzake het Algemeen Maatschappelijk Werk geen relatie wordt gelegd met de gevolgen voor de Riagg-taken. Dit geldt uiteraard ook voor de gevolgen van de besluitvorming over de financiële ruimte voor oggz-taken van de Riagg.

Het overleg met de gemeente geeft het verbindingskantoor ook een legitimering om bij het maken van de productieafspraken met de Riagg tot bindende afspraken over oggz-activiteiten te komen.

De gemeente heeft dit overleg nodig om haar verantwoordelijkheid voor het handhaven van het oggz-basisaanbod waar te maken. Aan de hand van dit overleg wordt het mogelijk inzicht te krijgen in de aard en de kosten van de oggz. Er zijn inmiddels meer overlegvormen tussen gemeenten en zorgverzekeraars. Dit is ook onvermijdelijk omdat de geestelijke gezondheidszorg steeds verder opschuift onder invloed van de vermaatschappelijking. Dit heeft gevolgen voor het inzetten van de beschikbare financiële middelen. Er is hier sprake van een groeiproces dat zal leiden tot het combineren van zorgaanbod en overlegvormen. Idealiter zal het mogelijk worden om het totale zorgaanbod dat met oggz is gemoeid op lokaal niveau gezamenlijk te sturen. Hier ligt ook een duidelijke relatie met het advies van de Commissie Lemstra om te komen tot een integrale gemeentelijke nota gezondheidsbeleid.

Het organisatorische kader oggz moet voorts kunnen beschikken over:

2. Een sociale kaart; actueel en bekend bij alle betrokkenen. (GGD aanspreekbaar)
3. Een rampenplan dat aangeeft volgens welk scenario de oggz partners moeten reageren op de psychische gevolgen van rampen.

Er moet een voldoende aanbod zijn van:

4. Crisisopvang van psychische problematiek.

Aandacht voor het vinden van alternatieven voor gedwongen opname bij het regionale overleg tussen politie, justitie en Riagg. Het toepassen van dwang en drang en het hanteren van de wet BOPZ staat centraal in het op elkaar betrekken van lokale overheid en oggz.

5. Dak- en thuislozenzorg: aandacht voor psychische problematiek.

In het basisaanbod moet zijn opgenomen:

6. Preventie t.a.v. groepen mensen met een verhoogd risico: op basis van regionale epidemiologische gegevens en een daarbij aansluitende prioriteitenstelling, met specifieke aandacht voor maatschappelijk bepaalde GGZ-problematiek.

7. Maatschappelijke signalering/beleidsadvisering op basis van gecombineerde gegevens van alle bij de OGGZ betrokken partijen, o.a. naar lokale, regionale en hogere overheden. De GGD zou op dit punt een initiërende rol kunnen spelen. Ook wat betreft epidemiologie en registratie.

8. Consultatieve ondersteuning vanuit de GGZ aan andere bij OGGZ betrokken partijen en vice versa.

De oggz in de regio moet in voldoende mate worden gekenmerkt door:

9. Bemoeizorg: actieve outreaching hulpverlening aan individuen en groepen mensen met ernstige problemen, die zelf niet om hulp vragen (vereenzaamde ouderen, geïsoleerde (ex)-psychiatrische patiënten, mensen die zich door hun psychische problemen slecht staande kunnen houden in de buurt). Context-gebonden problemen waarbij sprake is van een acute noodzaak om een originele oplossing te vinden.

*ad 2) De structuur voor de OGGZ*

Het model dat in deze brief wordt bepleit kent een gezamenlijke verantwoordelijkheid voor de psychische gezondheid van (potentieel) kwetsbare burgers toe aan een aantal partijen, die binnen een organisatorisch kader voor oggz moeten samenwerken.

Over de contouren van een structuur waarbinnen de verschillende verantwoordelijkheden tot hun recht moeten komen het volgende:

**Kwaliteit**

– Het vaststellen van minimumeisen en randvoorwaarden voor de oggz is in eerste instantie de verantwoordelijkheid van het veld en in aanvullende zin van de centrale overheid.

**Spreiding**

– Door een basisaanbod te omschrijven en zo nodig nader eisen te formuleren over inhoud en organisatie van oggz-activiteiten wordt een zekere mate van gelijkheid en continuïteit van oggz in den lande bewerkstelligd.

**Wetgeving**

– Wetgeving (Grondwet, Gemeentewet, Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid) biedt een kader om de verantwoordelijkheid van het

Gemeentebestuur voor de oggz zo nodig wettelijk uit te breiden. In de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten kan de positie van de Riagg in de oggz nader worden geregeld.

#### Bestuurlijke instrumenten

– In het kader van de follow-up op het rapport van de Commissie Lemstra zal nader overleg worden gevoerd met partijen om te bezien op welke wijze dit het beste vormgegeven kan worden. Het lijkt in de rede te liggen om de openbare ggz op te nemen in een gemeentelijke nota Gezondheidsbeleid. De Regiovisie kan eveneens een instrument bieden.

#### Uitvoering

– De uitvoering van oggz-activiteiten ligt in handen van een samenwerkingsverband waarin tenminste de GGD en de Riagg participeren. Het probleem behoort te bepalen wie het initiatief neemt. Het regelen van de onderlinge verantwoordelijkheden moet op lokaal niveau plaatsvinden.

Daarnaast zal er in platformverband samengewerkt worden met andere netwerkpartners zoals bijv. lokale zorgaanbieders, het AMW, de Woningbouwverenigingen, de Sociale Dienst, huisartsen, scholen, wijkagenten, Openbaar Ministerie.

#### Ondersteuning

– Om de eenheid in aanbod te bevorderen en om te voorkomen dat op verschillende plaatsen steeds weer het wiel wordt uitgevonden zal een Landelijk Platform OGGZ worden ingesteld. In hoeverre dit kan aansluiten bij het platform openbare gezondheidszorg (standpunt Lemstra) zal nog nader worden bezien.

Behalve het informeren en stimuleren (aanjaagfunctie) van de regionale platforms zal dit platform als expertisecentrum worden belast met het invoeren van protocollering, het ontwikkelen van normen en het inventariseren van onderzoeksvragen.

#### Nadere advisering

– Op dit moment is niet precies duidelijkheid te geven over de schaalgrootte van het basisaanbod. Er zijn ± 600 gemeenten, 27 zorgkantoren, ± 40 GGD-regio's, 58 Riaggen. Buiten de grote steden zal de kwestie van schaalgrootte naar verwachting moeilijk zijn op te lossen. Zoals in het standpunt op het rapport van de commissie Lemstra al is aangegeven, zal de Raad voor de volksgezondheid en Zorg om advies gevraagd worden o.a. over de schaalgrootte van de openbare gezondheidszorg. Ik zal de RvZ vragen hierbij ook de specifieke positie van de OGGZ te bezien.

#### Toezicht

– In het kader van de Kwaliteitswet Zorginstellingen is het bestuur van de gemeente te beschouwen als de verantwoordelijk zorgaanbieder. De gemeenten realiseren hun oggz-taken onder meer door middel van hun GGD-en. Het toezicht van overheidswege op zorginstellingen die onder de reikwijdte van de Kwaliteitswet vallen berust bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg.

#### *ad 3) Randvoorwaarden op landelijke niveau*

Naast het schetsen van de inhoud en de gewenste structuur: de opdracht aan de lokale overheid om een organisatorisch kader voor oggz

in stand te houden zijn er nog enkele randvoorwaarden, die op de agenda van een overleg tussen de Minister van VWS en de landelijke vertegenwoordigers thuishoren.

Hierbij denk ik aan:

- de Inspectie voor de Gezondheidszorg houdt toezicht op de kwaliteit van de oggz. Bij het toezicht op de GGD spreekt de IGZ de gemeenten aan op haar verantwoordelijkheid het oggz-beleid, inclusief de GGD, op verantwoorde wijze vorm te geven;
- het stimuleren van convenanten op lokaal niveau tussen gemeenten en voor openbare ggz verantwoordelijke partijen;
- het stimuleren van onderzoek op terrein van de oggz door het Landelijk Platform en de ZON;
- het stimuleren van het opzetten van regionale platforms (door management-ondersteuning, wellicht mogelijk in kader Grote steden-beleid);
- het bevorderen van de uitwisseling van «good practices» en expertise;
- het verbeteren van kwaliteit van opleidingen (ook van de toegankelijkheid door de opleidingen betaalbaar te houden, b.v. NSPH);
- stimuleren van monitoring op lokaal niveau, (zie ook standpunt Lemstra);
- het tot stand brengen van (kwaliteits)toetsing;
- een evaluatie over 3 jaar;
- aanpassen van de criteria voor Zorg Op Maat regeling;
- landelijke regeling voor psychische nazorg bij rampen.

#### **Tot slot**

De oggz heeft te maken met complexe problematiek, die door meerdere partijen vanuit hun maatschappelijke verantwoordelijkheid moet worden opgepakt. De formele scheiding, die nu op lokaal niveau nog bestaat tussen het handelen van GGZ-instellingen en het beleid van de lokale overheid moet worden overbrugd. De lokale maatschappelijke inbreng bij het handelen van GGZ-voorzieningen dient te worden hersteld. Dit kan niet wordt bewerkstelligd door met taken en financiën te gaan schuiven.

Deze brief wil het proces op gang brengen om de gezamenlijke verantwoordelijkheden van de belangrijkste partijen te verhelderen zodat duidelijk wordt waarop zij kunnen en mogen worden aangesproken. Op regionaal en lokaal niveau dienen de partijen vervolgens in samenspraak met elkaar nader vorm te geven aan de wijze waarop de problemen kunnen worden aangepakt.

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,  
E. Borst-Eilers