

Blok I: Praktijk (10.00 – 11.30 uur)

1. Dhr. T. van der Zwan, Nederlands Genootschap van Burgemeesters (Burgemeester Heerenveen)
2. **Mw. G. van der Zwaard, Clustermanager Opvang en Begeleiden
Stichting De Tussenvoorziening Utrecht**
3. **Dhr. S. Czyzewski, Antes verslavingszorg**
4. **Dhr. M. Versloot, sociaal psychiatrisch verpleegkundige/crisisdienst Flevoland**
5. **Dhr. F. Bary, Cliëntenraad van Victas**
6. **Dhr. A. Jongejan, straatadvocaat te Gouda / Dhr. E. Paardekooper Overman, Werkplaats
maatschappelijke opvang**
7. **Mw. D. Sinnema, Nederlandse Vereniging van Artsen voor Verstandelijk Gehandicapten**
8. **Dhr. A. Miedema, Maatschappelijke GGZ / Psychiater van GGD Amsterdam**
9. **Dhr. P. van Nobelen, Landelijk Platform Politie-GGZ**
10. **Dhr. D. Bal, Unitmanager Opvang Verwarde Personen (OVP)**

Stichting de Tussenvoorziening biedt opvang en begeleiding aan mensen die in een kwetsbare situatie verkeren. Dit zijn alleenstaanden en gezinnen die zich moeilijk staande kunnen houden. Zij verblijven op straat, in een vorm van begeleid wonen of in hun eigen huis.

Wij zoeken praktische en werkbare oplossingen vanaf de eerste opvang tot en met uitstroom naar een eigen woning. De opvang en begeleiding is zeer divers en bestaat onder meer uit nachtopvang, 24uurs opvang, Housing First¹, begeleid wonen (voor gezinnen), crisisopvang en schuldhulpverlening. Daarnaast werken wij met een gespecialiseerd outreachteam dat de praktische zaken organiseert voor daklozen die op straat leven. Tevens zorgt het outreachteam voor toeleiding naar gespecialiseerde zorg (waaronder GGZ).

In 2014 heeft de Tussenvoorziening 770 unieke cliënten opgevangen in de nachtopvang, 200 cliënten in de crisisopvang en 760 volwassenen en 375 kinderen opgevangen in een vorm van begeleid wonen. Daarnaast hebben circa 1150 cliënten financiële begeleiding en/of schuldhulpverlening gekregen.

Toename overlast

De zorgketen² signaleert een toename van mensen die uit huis worden gezet. Een belangrijke reden is overlast die wordt veroorzaakt door verwardheid en psychiatrische stoornissen (bijvoorbeeld door stress, complotdenken, achterdocht en angsten).

Ook het outreachteam van de Tussenvoorziening en het stedelijk Front Office overleg constateert dat de laatste maanden meer verwarde mensen wegens overlast uit huis worden gezet. Een recent voorbeeld is een bewoner die zichzelf iets wilde aandoen en zijn eigen huis wilde oplazen (portiekflat) omdat hij uit huis gezet zou worden.

Johan is een ex cliënt van het outreachteam. Nadat Johan eind 2013 uit de nachtopvang is vertrokken, is hij buiten beeld geraakt. Waarschijnlijk heeft hij zelf huisvesting gevonden. Het outreachteam heeft Johan niet meer kunnen bereiken en heeft hem niet meer kunnen doorverwijzen naar ambulante begeleiding. In april heeft Johan zich weer opnieuw aangemeld bij de Tussenvoorziening. Het kwaad was al geschied, Johan dreigde uit huis gezet te worden. Op de dag dat zijn huis ontruimd zou worden, zat hij op de grond met een aansteker. Later hoorden we dat Johan is opgenomen in het ziekenhuis. We verwachten dat hij binnenkort bij ons wordt aangemeld voor opvang. Hiermee is de cirkel weer rond.

¹ Housing First is eerst huisvesting bieden, daarna ruimte bieden aan het oplossen van problemen.

² Zie ondermeer brief Federatie Opvang aan de Tweede Kamer, 1 december 2014

Toename onveiligheid

Wekelijks heeft de nachtopvang te maken met stevige agressie-incidenten of ander grensoverschrijdend gedrag van verwarde mensen.

De nachtopvang vangt mensen met liefde op. Dagelijks worden in twee locaties 85 mensen opgevangen en begeleid door betrokken en hardwerkende professionals en vrijwilligers. In de nachtopvang verblijven veel mensen in een relatief kleine ruimte (soms 60 mensen op één locatie).

Wij constateren dat het aantal incidenten met verwarde mensen toeneemt. Recente voorbeelden zijn een verwarde cliënt die 's nachts in de hoek van de slaapzaal staat te urineren of een paranoïde cliënt die een medewerker stalkt en bedreigt. Een tijdelijke overplaatsing van de medewerker naar een andere werkplek was noodzakelijk omdat de situatie te gevaarlijk werd. In het belang van de veiligheid wordt gevaarlijk of grensoverschrijdend gedrag niet getolereerd. Vaak is het de enige oplossing om deze mensen buiten te houden of weer naar buiten te sturen.

Daklozen worden vaak uitgesloten en zijn afhankelijk van instanties waar ze weer toegang toe moeten zien te krijgen. Zij moeten zich aan regels houden en niet iedereen kan hiermee omgaan, in het bijzonder mensen met psychiatrische problemen, een verstandelijke beperking, verslavingsproblematiek of niet aangeboren hersenletsel (of een combinatie hiervan). Neem nu Dirk. Hij is een moeilijke cliënt in de nachtopvang. Dirk gaat met enige regelmaat uit zijn dak, vooral wanneer een regel is veranderd of hij naar zijn idee denigrerend wordt aangesproken. Dirk kijkt dan met felle ogen en roept op dreigende toon naar medegasten, vrijwilligers of medewerkers: "ik maak jullie dood!" De volgende dag voelt Dirk zich schuldig en biedt oprecht zijn excuses aan. Op zulke momenten weet Dirk heel goed dat hij psychiatrische problemen heeft en wil graag contact houden met zijn hulpverleners. We maken ons allemaal zorgen over Dirk omdat hij ondanks zijn explosief gedrag aardig is en wil meewerken. Omdat het nauwelijks te voorspellen is wanneer Dirk explodeert en medewerkers zijn gedrag nauwelijks in goede banen kunnen leiden, zou het makkelijker zijn om hem niet meer toe te laten. Maar het laatste dat wij willen is Dirk op straat laten staan.

Onvoldoende zorg en ondersteuning

De grootste knelpunten die wij concluderen is een schaarste aan woningen en ontoereikende toegang tot gespecialiseerde GGZ zorg.

De problematiek rond het schaarse woningaanbod speelt bij uitstek in de vier grote steden. Juist in deze steden is het aantal daklozen het grootst. Het gaat hierbij niet alleen om de traditionele alleenstaande daklozen. Steeds meer gezinnen waarvan één of beide ouders kampen met GGZ en/of VG-problematiek raken dakloos.

De dagelijkse zorg om te overleven is zo overheersend dat men niet meer toekomt aan de individuele (GGZ/VG) problemen. Het gevolg is dat de problemen oplopen en escaleren zodat de politie wordt ingeschakeld.

Voorlopig zien wij geen oplossing. Het aantal sociale huurwoningen in met name de grote steden is sterk dalende. Bovendien liggen er geen bouwplannen in de kast en wordt er voorlopig niet bijgebouwd. Gezien het feit dat de behoefte aan goedkope woningen sterk groeiende is door bijvoorbeeld decentralisaties en ambulantisering van zorg, kan het niet anders dat aantal daklozen zal toenemen.

Tevens constateren wij dat de toegang tot zorg niet afdoende is geregeld. Zonder zorgverzekering of verwijzing van een huisarts kan een cliënt niet in zorg worden genomen. Mensen die een beperkt ziektebeeld hebben en zorgmijdend gedrag vertonen, komen niet of nauwelijks bij een huisarts terecht. Deze mensen worden onterecht uitgesloten van de zorg die zij hard nodig hebben.

Wat is nodig?

Biedt huisvesting, voorkom bureaucratische regelgeving en geef professionals de ruimte.

- Zorg voor een sluitende keten onder regie van de gemeente.
- Organiseer praktisch gerichte bemoezorg in een gecombineerd team OGGZ/MO.
- Laat woningbouwcorporaties eerder opschalen wanneer voorkomen huisuitzetting niet afdoende werkt.
- Zet direct geldbeheer, Housing First en ACT-zorg in om huisuitzetting te voorkomen.
- Zorg dat de psychiatrie de regie blijft houden over de zorg voor verwarde mensen.
- Zorg dat een psychiater en gespecialiseerde zorg in de opvang aanwezig kan zijn.
- Zorg ervoor dat de nachtopvang, als dit het enige redmiddel is, wordt ingezet als een zeer tijdelijk overbruggingsmiddel.
- Biedt zorg die drempelloos en toegankelijk is voor mensen met acute en psychiatrische stoornissen.
- Zorg voor voldoende sociale huurwoningen

**VERWARDE PERSONEN:
ZICHTBAAR in de samenleving, ONZICHTBAAR in het zorgstelsel**

De ordening van het zorgstelsel in drie compartimenten (WMO, Curatieve GGZ en WLZ), alsmede veranderingen in de regelgeving en de implementatie daarvan houden onvoldoende rekening met de meest kwetsbaren in de samenleving. Hoewel de verschillende financiers allemaal zeggen de regie op kwetsbare personen hoog in het vaandel te hebben, is de uitwerking in de praktijk een andere en neemt het aantal verwarde personen zienderogen toe.

Bij het minimaliseren van de risico's op verwarde personen zijn essentieel:

- *Continuïteit in de behandeling/zorg*
- *Stabiliteit van de begeleiding en leefomgeving*
- *Integratie van interventies/middelen uit curatieve GGZ, WLZ, WMO en sociaal domein (huisvesting, financiën, dagbesteding/werk)*

1. Verwardheid is geen stoornis op zich

Verwardheid is geen psychische aandoening op zich, maar het gevolg van overmatige stress veroorzaakt door veranderingen in de persoon en/of zijn omgeving. Als de psychische belasting maar hoog genoeg is, kan ieder mens verward raken. Alcohol- en druggebruik zijn daarbij extra complicerende factoren. Mensen met een stabiele psychische gezondheid en een stabiele leefomgeving zijn minder vatbaar voor verwardheid. Zij lossen een emotionele ontregeling bij stress doorgaans zelf in korte tijd op. Mensen met een kwetsbare psychische gezondheid hebben echter groot belang bij continuïteit van behandeling/zorg én een stabiele leefomgeving. Daarmee wordt (oplopende) stress zoveel als mogelijk tijdig gesignaleerd en beperkt om overbelasting te voorkomen. Zo wordt het risico op verwardheid verlaagd. Bij psychisch kwetsbare mensen kan een ontregeling van de psychische gezondheid óf ontregeling in de leefomgeving leiden tot (langdurige) verwardheid.

2. Verwardheid wordt veroorzaakt door problemen in de psychische gezondheid en/of sociale leefomgeving

Voor mensen met een kwetsbare psychische gezondheid is stabiliteit van de leefomgeving (wonen, financiën en dagbesteding/werken) een levensvoorwaarde. Problemen op deze gebieden, al dan niet in combinatie met laaggeletterdheid en een lage sociaaleconomische status brengen deze stabiliteit in gevaar. Onze ervaring is dat, als deze mensen al in zorg zijn, problemen op deze gebieden en de stress die hiervan het gevolg is ervoor zorgen dat zij zich onttrekken aan zorg of de zorg afbreken. De complexiteit van de huidige samenleving is voor deze mensen slechts met moeite en met begeleiding leefbaar en overzichtelijk te maken. Zij vinden niet zelfstandig hun weg in het huidige zorgstelsel of het sociaal domein. Teveel regels, met op zich een eigen rationaliteit, leiden bij deze mensen niet tot een oplossing maar tot een verhoogd risico op verwardheid.

3. Het aantal mensen dat verward raakt neemt toe

De afgelopen jaren neemt het aantal verwarde personen in onze samenleving zienderogen toe. In ons dagelijks werk onderscheiden wij twee verschillende soorten verwarde personen. Er zijn incidenten waarbij een persoon eenmalig door **acute verwardheid** schade aan zichzelf en/of de omgeving toebrengt. De oorzaak is dan vaak te vinden in een ernstige gebeurtenis in de persoonlijke levenssfeer. Spoedeisende hulp is dan geboden en volstaat dan ook veelal. Daarnaast zijn er mensen in onze samenleving die leven met een **verhoogde kwetsbaarheid om verward te raken**. Het gaat hierbij vaak om mensen met een kwetsbare psychische gezondheid die moeite hebben met het beheersen van hun eigen leven en het omgaan met veranderingen in de eigen omgeving. Bij hen is een kortdurende interventie niet voldoende, maar is continuïteit en lange adem nodig en het integreren van GGZ zorg met hulp in de leefomgeving.

4. Herontwerp nodig in plaats van fouten blijven herhalen

Gezien de complexe problematiek rondom verwarde personen moet de aanpak bij uitstek een geïntegreerde zijn. De huidige praktijk laat echter een steeds verder gaande (administratieve) fragmentatie zien en het optrekken van schotten tussen financiers. Het leidt tot meer regels en minder hulp. De werkelijkheid van deze mensen en de virtuele/administratieve/financiële systemen komen niet met elkaar overeen. Verwarde mensen zijn niet in een enkel vakje te proppen. Een herontwerp van de zorg en begeleiding rondom deze mensen is nodig; doorgaan op de huidige weg is heilloos en leidt tot onnodig hoge kosten en te weinig resultaat.

Vanuit onze praktijk zijn de volgende aspecten essentieel voor het herontwerp:

- Stel de realiteit omtrent verwarde personen voorop. De huidige administratieve opdeling van zorgstelsel en sociale domein is niet adequaat en zorgt voor problemen.
- Orden noodzakelijke zorg en begeleiding door alle kolommen en deelsystemen heen, onder leiding van één regisseur met doorzettingsmacht naar alle andere betrokken partijen.
- Weeg de kosten en baten van deze zorg en begeleiding over het geheel, niet per kolom.
- Durf een raming te maken van het aantal kwetsbare mensen (met een voortdurend risico op verwardheid), van de omvang van hun problematiek en de capaciteit die nodig is.
- Bouw allereerst een ambulante infrastructuur op, start daarna pas met beddenafbouw.
- Creëer een andere financiële basis voor spoedeisende GGZ hulp: meer op basis van beschikbaarheid, niet op basis van productietikken.
- Accepteer dat lange adem en continuïteit nodig zijn.

5. Het kan anders!

Op basis van verbeteringen die wij de laatste jaren hebben doorgevoerd in de begeleiding van kwetsbare mensen durven wij de conclusie te trekken dat een herontwerp niet alleen nodig maar ook mogelijk is. Antes heeft een tweetal werkwijzen ontwikkeld waarbij de behandeling/zorg is verbonden aan huisvesting en begeleiding in het dagelijks leven. De aanpak hierbij is integraal, waarbij zowel de kosten als de baten over alle terreinen tezamen worden bekeken en niet afzonderlijk.

Het concept Buurt M/V richt zich op het ondersteunen van deelnemers met een verminderde zelfredzaamheid in hun dagelijks leven, bij alle facetten van het dagelijkse leven in een combinatie van thuiszorg, woonbegeleiding, activering en bewaking van gezondheid en gedrag. Het doel is de zelfredzaamheid te verhogen en terugval in verslaving en psychische klachten, of criminaliteit te voorkomen. Deze ondersteuning wordt geboden door buurtmannen en -vrouwen. Dit zijn mensen uit dezelfde wijk, die uit een bijstandssituatie komen en hiermee weer een betaalde baan hebben.

Het Intensief Beschermd Wonen (IBW) is een zwaardere vorm van begeleiding en richt zich op kwetsbare, chronisch psychiatrisch patiënten (al dan niet verslaafd), die door hun kwetsbare psychische gezondheid niet in staat zijn een eigen huishouden te voeren. Een IBW is een veilige en stabiele woonomgeving, gecombineerd met een goede behandeling, waarbij de bescherming/beveiliging door dag- en nachttoezicht voorop staat. Dit programma heeft aangetoond, naast gezondheidswinst van deze patiënten, de maatschappelijke kosten met 50% te laten dalen en overlast te verminderen.

Verdere verbeteringen in deze concepten liggen in de combinatie met schuldsanering en enige vorm van werk. Antes is graag bereid de ervaringen die we met deze werkwijzen hebben opgedaan in te brengen in het herontwerp.

Position Paper
Martijn Versloot
Sociaal psychiatrisch verpleegkundige
Werkzaam in de crisisdienst in Flevoland

1. Welke knelpunten bestaan er op dit moment in de GGZ voor opvang van voornoemde personen? Neemt 'overlast' de laatste tijd toe?

- **Grote knelpunten! In Flevoland een beddenreductie van ongeveer 42 bedden. Geen opname plekken meer voor mensen op een open afdeling. Er zijn nu al 2 open units gesloten aan het eind van het jaar zijn alle open units gesloten.**
- **Mensen kunnen dus niet snel die hulp krijgen die zij nodig hebben. Ook ambulante/ intensieve hulp is niet geregeld! Mensen vallen na een opname in een gat.**
- **Na ontslag zien wij mensen snel weer opgenomen worden (soms binnen 2 weken), omdat zij niet de zorg kunnen krijgen thuis, die nodig is. Een tussenstap was altijd eerst nog een open unit, om bijvoorbeeld te rehabiliteren.**
- **Geen IHT (Intensive Home Treatment)**
- **Op gesloten unit veel meer grote incidenten, mensen komen slechter binnen.**
- **Nu vooral diagnose gestuurd werken in plaats van vraaggestuurd werken.**
- **Mensen zitten voor en na een beoordeling van de crisisdienst vaak onnodig lang in een cel.**
- **Crisisdienst moet nu vaker inspringen (nog net niet crisis), omdat huisartsen, wijkagenten etc met hun handen in het haar zitten en niet weten wat doen met die personen, ook komt door de enorme wachtlijsten..**
- **Er zijn grote wachtlijsten, voordat iemand regulier in behandeling kan komen.**
- **Ingewikkelde dbc structuren.**
- **Niet alle verwarde mensen hoeven opgenomen te worden, maar moet wel de juiste begeleiding krijgen thuis, en die is er vaak niet.**
- **Er wordt door de DBC van ons gevraagd om diagnose gestuurd te werken in plaats van vraaggestuurde zorg te leveren.**
- **Na de start met het werken van de DBC, mag niet iedereen meer tijdsschrijven. Dit houdt in dat hele bekwame medewerkers, ontslagen worden. Hun functies worden boventallig verklaart. Deze zorg dient dan verleent te worden door duurder personeel.**
- **In behandeling is een knelpunt dat mensen vaak niet behandeld willen worden. Dit houdt in wel opgenomen worden, maar als zij weigeren medicatie te nemen, dan verandert er niks. Dit geeft lange opnames terwijl er geen behandeling volgt.**
- **1e lijn is niet instaat om ernstig psychiatrische zorg te verlenen. Dit is ook de bedoeling niet. 1e lijn is dan ook niet in te zetten in de zorg, in verband met de grote wachtlijsten in de 2e lijn.**

Overlast neemt zeker toe!

2. Hoe beïnvloedt de opvang en begeleiding van verwarde mensen het dagelijks werk van politie, spoorpersoneel en anderen, maar ook in relatie tot de samenleving als geheel?

- **Politiemensen, familie, huisartsen snappen vaak niet waarom het niet tot een opname komt. Vaak onbegrip. Er zijn gewoonweg geen opname plekken.**

Alleen indien wij denken dat er gevaar is en wij laten een InBewaringsstelling uitschrijven, komt het tot een opname.

Hierdoor neemt de overlast zeker toe in wijken en of op straat omdat het zichtbaarder is geworden en mensen er last van hebben.

Maar niet elke verwarde persoon levert overlast, maar deze moet wel de juiste begeleiding kunnen krijgen.

Maar dat deze mensen veel van hun vraagt is duidelijk.

3. Is er voor mensen met een uiteenlopende psychiatrische problematiek (variërend van thuiswonend met ambulante begeleiding tot zeer gespecialiseerde zorg) een voldoende toereikend zorg- en ondersteuningsaanbod?

Nee voor mensen die ambulante begeleiding nodig hebben is er geen toereikende zorg. Er zijn een aantal plekken waar het iets beter geregeld is. Maar binnen Flevoland is die zorg niet toereikend.

De Fact teams werken van 9.00 uur tot 17.00 uur. Die kunnen geen intensieve ambulante zorg verlenen tussen 17.00 uur en 9.00 uur en in de weekenden.

Daarnaast voor mensen die nog niet naar huis kunnen en wel 24-uurs zorg nodig hebben, zijn er binnen Flevoland geen open afdelingen meer.

Mensen die nu na een opname op een gesloten afdeling naar huis gaan, krijgen geen toereikende zorg. Met als consequentie snelle terugval.

Afgelopen week opnieuw een patient die na 2 weken ontslag. Opnieuw gedecompenseerd is.

Daarbij nemen de bedden alleen maar meer af. Dus gespecialiseerde klinische zorg, is ook niet altijd meer te geven.

4. Indien er geen toereikend zorg- en ondersteuningsaanbod is, aan welke randvoorwaarden moet dan worden voldaan om een (beter/aansluitend/toereikend) zorg- en ondersteuningsaanbod voor psychiatrische patiënten tot stand te brengen? Welke positieve ervaringen bestaan er (best practices)?

- Mensen moeten geschoold gaan worden, dus daar moet geld voor vrijgemaakt gaan worden.

- Het opstarten van de IHT teams. Meer ruimte/ middelen/ geld beschikbaar stellen voor ambulantisering. Beddenreductie niet te snel laten afnemen. Eerst zorgen voor goede ambulante hulpverlening.

- Qua crisisopvang, huiskamerprojecten, samenwerkingsprojecten zoals bijvoorbeeld in Amsterdam. Daar bestaat de spoedeisende psychiatrie, mensen komen daar niet in een cel te zitten.

- Amsterdam heeft een psycholance, mensen hoeven vaker niet meer geboeid mee te gaan met politie. Uiteindelijk politie ook meer tijd om andere dingen te doen. Dit houdt in dat mensen die ziek zijn, worden begeleid door mensen daar voor opgeleid zijn.

- OGGZ / GGD weer terug. Zij kunnen beter screenen en zorgen dat mensen bij de juiste hulpverlener terecht komen. Nu wordt alles op een hoop gegooid en vallen vaak mensen tussen wal en het schip. Duurt onnodig lang voordat mensen de juiste hulp krijgen.

- In de wet regelen dat mensen, indien noodzakelijk, direct behandeld kunnen worden met medicatie. Ook onder dwang. Opname = behandelen= medicatie. Dit kan ook ambulant gedaan worden.

Position Paper Rondetafelgesprek 18 mei 2015 – Kamercommissie VWS

Signalen vanuit de praktijk over toename van problematiek van mensen met een GGZ achtergrond en knelpunten in de zorg voor hen bereiken niet alleen de 2-de kamer maar kun je zelf ook constateren als je op straat loopt. En niet alleen in de grote steden.

Door allerlei oorzaken wordt de overlast die mensen met een GGZ problematiek ervaren en moeten ondergaan groter. Doordat deze personen meer last van hun aandoening krijgen ervaart de samenleving als geheel ook meer overlast.

Achtergrond

Mensen die we in de GGZ tegenkomen hebben zelden een enkelvoudige problematiek. Psychiatrie, verslaving, dak- en thuisloosheid, schuldenproblematiek, veelvuldige contacten met justitie en maatschappelijke uitsluiting gaan vaak hand in hand.

Ondertussen worden allerlei vormen van dagbesteding en dagactiviteiten door de instellingen in de GGZ afgestoten of gesloten. Dit is immers geen "core business".

Dit tegen een achtergrond waarbij er sprake is van een beddenreductie van 30 %, lange wachtlijsten voor RIBW's, de transitie AWBZ-WMO, de zorgzwaartes 1 en 2 die naar de eerste lijn worden doorgeschoven en ontoereikende kennis bij huisarts en POH GGZ.

Maar als je zwerft en geen postcode hebt, wat is dan je buurtteam, en wie is je huisarts die de doorverwijzing moet doen ?

De enorme bureaucratie is ook geen faciliterende factor in deze.

Dakloze mensen met GGZ problematiek en een zwaar gekorte uitkering, vaak onverzekerd en al helemaal niet in staat een eigen risico te betalen. Het invoeren van een eigen bijdrage in de jeugdpsychiatrie waardoor er pas als de problematiek echt gierend uit de hand loopt geïntervenieerd wordt.

Het is dan ook geen wonder dat politie, beveiligers, ambulancepersoneel en ook NS personeel een steeds grotere druk vanuit deze hoek ervaren. Dit terwijl de reorganisatie en onderbezetting bij de politie al genoeg verlamd genoeg werkt om ook niet dit er nog bij te kunnen krijgen.

Ondertussen is de GGZ gebonden aan een niet-werkend financieringssysteem van dbc's en is onderbemand. De verzekeringsorganen moeten de politieke opdracht uitvoeren en de financiële situatie laat geen ruimte voor oplossingen binnen onze GGZ instellingen. Onze instellingen moeten opeens onderhandelen met 10-tallen partijen (gemeentes, justitie, het rijk, enzovoort, over de inkoop wat nog meer overhead vergt.

Wat te doen ?

GGZ moet als het nodig is voor iedereen toegankelijk zijn. Dat vraagt dat ook mensen zonder inkomen (geld), postcode of verzekering geholpen moeten kunnen worden.

Bed, bad en brood moet voor iedereen toegankelijk zijn, niet alleen voor ongedocumenteerden.

Een goede ketenzorg moet in veel gemeentes nog gerealiseerd worden. De beste nazorg is preventie van problemen. Ambulantisering is op zich geen slechte beweging, maar het alternatief (klinische opname) moet voldoende aanwezig zijn.

De zogenaamde marktwerking voor zowel zorgverzekeraars als zorgaanbieders werkt vaak niet, of heeft eerder een negatieve uitwerking dan een positieve. Mensen zijn geen soepblikken en een psychiatrische instelling is geen Unox worstenfabriek waar zo goedkoop mogelijk het product gemaakt moet worden.

Het keurslijf van de DSM-V kan niet de basis zijn voor een vraaggestuurde zorg die maatwerk biedt om daardoor doelmatiger en ook goedkoper te kunnen zijn.

Nachtopvang moet niet slechts een x-aantal dagen in de maand zijn en de rest van de maand op straat betekenen. Hoe kun je anders met mensen in contact blijven, ze monitoren, en therapie- en medicatietrouw mogelijk maken ?

Housing first, wat veel problematiek kan voorkomen is moeilijk als er nog steeds woningnood is, en met name een groot gebrek aan betaalbare woningen. Voldoende aanbod van dagbestedingsactiviteiten die aansluiten bij de wensen van de doelgroep kan ook veel problematiek voorkomen.

Floris Bary

Secr. Cliëntenraad Victas / bestuurslid De Achterkant / bestuurslid het Zwarte Gat

I-6
A. Jongejans

Position Paper Rondetafelgesprek GGZ/OGGZ, 18 mei 2015

Straatadvocaten Nederland i.o.

Inleiding

De straatadvocaten (Basisberaad Rotterdam, Motiva Amersfoort, Bureau Straatjurist Amsterdam, Straatadvocaat ZOG MH Gouda, (voorheen) Juridisch Lekensprek uur Nijmegen) constateren, mede op basis van signalen van cliëntenorganisaties zoals Straatconsulaat/De Achterban Den Haag, De Achterkant Utrecht of Regionale Cliënten Organisaties (RCO's) en Zelfregiecentra een toename van mensen die een hulpvraag hebben op (O)GGZ-gebied die onbeantwoord blijft.

In contacten met koepelorganisaties als LPGGZ, de brancheorganisatie Federatie Opvang, gemeenten en contacten met wijkagenten of sociale advocatuur vinden wij een bevestiging van onze constatering. Aan dit Rondetafelgesprek, op initiatief van volksvertegenwoordigers met mensen uit de praktijk- en beleidshoek, willen wij graag een bijdrage aan leveren.

Door alle veranderingen in zorgverzekeringsland en de transities binnen gemeenten (toegankelijkheid/toeleiding tot zorg, Participatiewet en Sociaal Domein) is de cliënt in onzekerheid en de landelijk en gemeentelijke overheid in verwarring zo lijkt het wel; onzekerheid en verwarring kan in voorgaande zin ook gewisseld worden.

Dit leidt tot onveilige en ongewenste situaties met een scala aan knelpunten, zowel voor cliënt, beleidsmakers, als professionals.

Citaat:

“Als Daklozen zich melden bij de gemeente of in de maatschappelijke opvang dan waart ‘Kafka’ rond en wacht ‘Machiavelli’ om de hoek” verwoordde een cliënt het toen er van alles fout ging (brieven kwijt, foutieve of zich tegensprekende voorlichting) en onduidelijke schijnbaar willekeurige beslissingen door ambtenaren binnen de gemeente of begeleiders in de opvang.

Anekdote:

Een psychotische jongeman is met veel pijn en moeite te motiveren tot opname in een GGZ-instelling. Na een periode binnen de muren met veel beperkingen krijgt hij, als hij weer stabiel lijkt, een aantal vrijheden (dit is schijnbaar gewoon taalgebruik) en mag dagelijks een uur wandelen. Tijdens zijn tweede wandeling wordt hij opgepakt door de politie omdat hij gesignaleerd staat voor een aantal onbetaalde boetes. De politie besluit hem voor een aantal dagen vast te zetten om zo het boetegeld te innen. Client en GGZ-instelling zijn de dupe – cliënt weer psychotisch en instelling biedt een onvoltooide behandeling. Wat nou maatwerk, de cliënt centraal, eigen regie en ketensamenwerking?

Drie knelpunten:

1.Toegang tot zorg

De Maatschappelijke Opvang is toegankelijk voor iedereen die dakloos is. Als er plaats is kan men in de dag- en nachtopvang terecht. Bekostiging gebeurt vanuit WMO-gelden. Vorig jaar was er een mogelijkheid in voorkomende gevallen van verwardheid ten gevolge van psychiatrische problematiek

een psychiater of lid van een bemoeizorgteam te raadplegen. Nu in 2015 is de regel dat mensen slechts dan in een psychiatrisch consult (of opname) geholpen kunnen worden als zij een zorgverzekeringpolis hebben. Iets wat vaak niet het geval is door te laag inkomen, schulden of het niet hebben van een adres of identiteitsbewijs. Blijft alleen toegang tot de maatschappelijke opvang of de straat, wegens gebrek aan voldoende opvangplaatsen over, met alle gevolgen van dien: onrust op de nachtopvang of op straat. Groepsbegeleiders of politie die onvoldoende opgeleid zijn om met psychiatrische problematiek om te gaan; laat staan adequaat te interveniëren. Crisisdienst GGZ die weigert te komen i.v.m. onverzekerde en in geval van een strafrechtelijk delict keihard stelt dat zij zich distantiëren en justitie binnen het strafrechtelijk stelsel zelf hun oplossingen moet zoeken.

Nog sterker, zwartgalliger, is dat mensen op straat belanden na een opname in een verslavings- of psychiatrische kliniek. Feitelijk zou tijdens een opname al moeten worden besproken of een cliënt na behandeling naar een beschermde woonvorm wil of kan, zelfstandig zal wonen met ambulante begeleiding of er een andersoortig een woonarrangement moeten worden voorbereid. Te vaak blijft dit achterwege en wordt men met de mededeling: 'In de kliniek bieden wij geen "opvang" u kunt gaan' op straat gezet. Dit met alle gevolgen van dien. Wat nou maatwerk, de cliënt centraal, eigen regie en ketensamenwerking

2. Gebrek aan individuele en collectieve cliëntondersteuning in de (OGGZ/WMO straatadvocatuur)

Als straatadvocaat in Gouda www.zogmh.nl , in Rotterdam www.basisberaad.nl of bijvoorbeeld straatjurist in Amsterdam www.straatjurist.nl vervullen we een onafhankelijke voorlichtende en ondersteunende rol voor mensen van de straat (dak- en thuislozen) of personen die dat dreigen te worden. Wij werken voor, door en met de cliënten – wat wil zeggen dat de cliënt en zijn/haar cliëntenperspectief centraal staat. De ene keer betekent dit dat iemand toe geleid wordt naar een bestaande voorziening of bijvoorbeeld Sociaal Team, de ander keer zal de cliënt om hulp bij een verweerschrift of bezwaar- of beroepsprocedure vragen. Soms zal de klant alleen een neutraal luisterend oor vragen. Straatadvocaten werken vanuit vaste locaties of ondersteuningspunten en kunnen ook outreachend op straat (lopend, met de bakfiets of anderszins mobiel) werken. Straatadvocaten kunnen ook als belangenbehartiger bij de gemeente, instellingen, woningcorporaties etc. samen met of namens de cliënt optreden. Straatadvocaten zijn meestal geen jurist – soms wel (ex-)cliënt met eigen ervaringsdeskundigheid. Straatadvocaten hebben wel veel ervarings- en wetenschappelijke kennis en weten binnen hun netwerk altijd anderen met relevante kennis en/of bevoegdheden te vinden. Straatadvocaten werken voor, door en met mensen uit de doelgroep (containerbegrip)maatschappelijke opvang.

De WerkplaatsMO (voorheen Klankbordgroep Maatschappelijke Opvang/ Vrouwenopvang/ Verslavingszorg & Zwerfjongeren, ontstaan ten tijde van het Programma Lokale Versterking Wmo) ook met een vertegenwoordiger aan deze Rondetafel heeft op 8 mei 2009 een werkconferentie georganiseerd onder de titel "Raad en Daad op straat. Iedere stad een straatadvocaat." *** Het bijgevoegde verslag van deze conferentie geeft een beeld van de werkzaamheden van straatadvocatuur – waarbij opgemerkt dat straatadvocatuur 2015 zich ook meer richt op beleid - beïnvloeding en Werken met eigen ervaring.

Straatadvocatuur (verzamelnaam) wordt meestal betaald uit WMO-gelden van de gemeente. Slechts weinig centrumgemeenten hebben dit (facilitering cliëntondersteuning OGGZ) opgenomen in hun WMO-verordening.

3. (On-)Samenhangende wet- en regelgeving/Zorgverzekering

Voor voorbeelden van (on)samenhangende wet-en regelgeving, inclusief zorgverzekering zou kunnen worden volstaan met het verwijzen naar het jaarverslag Bureau Straatjurist 2014 ****
Problemen op het gebied van geen postadres, geen geldig identiteitsbewijs, landelijke toegankelijkheid schulden, geen zorgverzekering, boetes – CBIJ en gijzeling staan daar allemaal in vermeld. Wat nou maatwerk, de cliënt centraal, eigen regie en ketensamenwerking

Voor cliënten, veelal zonder postadres – geordende administratie – niet in het bezit van voldoende beltegoed voor een telefoon, in stress omtrent hun bestaanszekerheid is het moeilijk de weg te vinden in het woud van rechten (jawel!) en plichten (uiteraard ook). Dit vraagt om uitleg, begeleiding en ondersteuning. Deze drie punten staan in 2015 onder druk of daar ontbreekt het door moverende redenen vaak aan.

Ondersteuning OGGZ-cliënten staat in de WMO-nieuwe stijl-2015 niet apart vermeld. Het woord OGGZ komt niet meer voor maar de cliënt is er nog wel. De centrale overheid heeft het systeem van zorg en inkomen via wetgeving en overheveling van taken ingrijpend gedecentraliseerd. De gemeenten voeren lokaal beleid wat daarop anticipeert. In beeldspraak lijkt dit, in het overgangsjaar 2015, op een grote verbouwing met op het winkelpand een bord "Tijdens de verbouwing is de winkel gewoon geopend. Sorry voor eventueel ongemak en overlast." Loop je als klant tijdens een winkelverbouwing schade op dan is het vaak de vraag wie de schade vergoedt, de aannemer = overheid of de onderaannemer = gemeente. De vraag wie verantwoordelijk is en wie de schade vergoedt is hier onduidelijk.

In de bijdrage van Federatie Opvang staat een alinea over óngevraagde (collectieve) ggz zorg. Wij willen volstaan met hiernaar te verwijzen. Zorg voor verwarde personen met psychiatrische problematiek (overigens ook bij gewone ziekte) moet – Regel betaling van gemaakte kosten vanuit de lengte of de breedte.

Beddenafbouw en ambulantisering volgens Bestuurlijk Akkoord GGZ zijn zaken waar afspraken over gemaakt moeten worden op lokaal niveau. Straatadvocatuur en cliëntenorganisaties constateren dat daar in de praktijk nog weinig effecten van te merken zijn. Deelname aan dit soort overleggen met onze inbreng vanuit cliëntenperspectief vindt niet of mondjesmaat plaats. Wat nou maatwerk, de cliënt centraal, eigen regie en ketensamenwerking

Wat is nodig?

Maatwerk, de cliënt centraal, eigen regie en ketensamenwerking dus om maar eens een vloeiende overgang te maken.

Landelijk:

1. Maak (collectieve) ggz-zorg mogelijk en toegankelijk op alle plaatsen waar maatschappelijke opvang cliënten zich bevinden, zonder onderscheid des persoon. Garandeer dit als onvoorwaardelijke recht op zorg. Draag zorg voor een vergoeding systematiek.
2. Verplicht de gemeenten en instituties als belastingdienst de norm van de wet werk en bijstand te respecteren.
3. In de WLZ is cliëntondersteuning wettelijk geregeld. Regel en bekostig dit ook voor cliënten in de OGGZ (wij blijven nog even vasthouden aan deze omschrijving). Dit rekenen we tot een systeemverantwoordelijkheid van de landelijke overheid

Lokaal/Regionaal

4. De transities vinden plaats op lokaal niveau. Binnen de gemeenten is daarom samenwerking en afstemming binnen de keten (opvang, GGZ-zorginstellingen, politie, GGD, corporaties, gemeente en cliëntondersteuning) nodig. Stel de cliënt centraal, draag zorg voor afspraken over coördinatie van zorg – in acute gevallen en directe hulp- en ook in reguliere hulpverleningstrajecten voor zover relevant voor de genoemde partners. Wij benadrukken ook hier de rol van de onafhankelijke cliëntondersteuning bij.

5. Maak in elke centrumgemeente afspraken over het instellen van onafhankelijke cliëntondersteuning voor (O)GGZ binnen de WMO (en Participatieve)

6. Lokaal nader in te vullen.....

Tot slot. Gelukkig kunnen we ook positieve verhalen doen van goede samenwerking met wijkagenten of woonconsulenten; het kunnen voorkomen van gijzeling bij boetes die uit onmacht en niet uit onwil niet betaald kunnen worden. Ook in beleid adviserende organen als WMO-raden klinkt de stem van onze cliëntèle af en toe vaker door.

“Raad en daad op straat. Iedere stad een straatadvocaat” zou vanuit preventief en de-escalerend oogpunt weleens heel goed kunnen werken.

Namens Straatadvocaten Nederland i.o.

Aart Jongejan, straatadvocaat Gouda

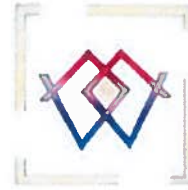
https://webmail.hccnet.nl/src/download.php?startMessage=1&passed_id=65824&mailbox=INBOX&ent_id=2&passed_ent_id=0

<http://www.platformggz.nl/lpggz/download/programma-lokale-versterking-site/raad-en-daad-op-straat -8-mei-2009 -lokale-versterking-def1.pdf>

<http://straatjurist.nl/wp-content/uploads/2015/03/2014-Bureau-straatjurist-jaarverslag-def3.pdf>



COMO G4



Werkplaats MO

I-6
E. Paardekooper

Den Haag, 14 mei 2015

Position Paper ten behoeve van Rondetafelgesprek van de Vaste Commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport van de Tweede Kamer, 18 mei 2015

Een groeiende groep mensen met lichte, matige maar soms ook zware psychosociale en/of psychiatrische problemen, die de maatschappij, maar vooral lijkt het, de politie 'overlast' veroorzaakt. De zogenaamd 'verwarde personen'.

De 'ervaringsdeskundigen' van de Werkplaats Maatschappelijke Opvang en COMO G4 signaleren al sinds enige/langere tijd dat er sprake is van 'verwarring in het systeem'. Elkaar tegenwerkende, vaak in de wielen rijdende, elkaar snel opeenvolgende en complexe wet- en regelgeving én de uitvoerings- en handhavingspraktijk, maken dat het erop lijkt, dat er eerder sprake van is, dat het systeem verward is. En, dat juist daardoor verwarring ontstaat bij mensen die, om wat voor reden dan ook, gebruik zouden moeten kunnen maken van de maatschappelijke opvang, laagdrempelige GGz en/of verslavingszorg en andere (gemeentelijke) voorzieningen.

Deze verwarring kan ertoe leiden en/of bijdragen dat mensen vast lopen en dus 'verward' raken in een bureaucratisch systeem van zowel de landelijke als gemeentelijke overheid en instanties, waardoor zij hun leven grotendeels of geheel niet meer op de rails krijgen of kunnen houden. Het gevolg daarvan kan weer zijn dat er verwarring op straat, achter de voordeur, in de politiecel en bij de crisisdienst optreedt.

Er zijn diverse knelpunten, die aanleiding kunnen geven voor verwarring bij mensen. Waarbij een (ander) deel ook in de overige 'position papers' is aangegeven, en waarbij wij ons grotendeels kunnen aansluiten.

Toegankelijkheid tot Maatschappelijke Opvang

In principe behoort de Maatschappelijke Opvang voor een ieder, die dak- en/of thuisloos is, toegankelijk te zijn - Welzijnswet, Wmo 2007, Wmo 2015 - . Echter als de opvang vol is, of als er een wachtlijst is, is men veelal genooddaakt buiten te slapen. Dit buitenslapen, ook al levert dit geen overlast op, wordt beboet met een rekening van tussen €140,= en €350,=. Voor zover een dakloze al een, zogenaamde, daklozenuitkering heeft, is een dergelijke boete niet te betalen en leidt slechts tot een toename van schulden. Het alternatief van een boete, de hechtenis, leidt weer tot andere problemen. Zoals een nog hogere korting op de toch al minimale uitkering of een volledige stopzetting. Daarnaast wordt toegang tot de opvang bemoeilijkt door het, onterecht gehanteerde, criterium van 'regiobinding' en het zogeheten OGGz-criterium (chronisch psychiatrisch ziek en/ of verslaafd). Ondanks het 'plan van aanpak' Maatschappelijke Opvang, fase I en II (2006-2014), waarbij de nadruk is gelegd op 'van de straat', onderdak, passende zorg en begeleiding, door- en uitstroom in/uit de maatschappelijke opvang, preventie en herstel is er nu weer een tendens waarneembaar van een groeiend aantal dak- en thuislozen. In 2009 telde Nederland 17.000 daklozen, in 2010 was

het aantal opgelopen naar 23.000 en begin 2012 27.000 werden daklozen geteld. Vermoedelijk is het werkelijk aantal daklozen hoger, omdat velen zich schamen of regelmatig afgewezen worden en zich dus niet (meer) melden bij de zogenaamde daklozenloketten van de gemeenten. En vanaf 2010-2013 is ook een trend geconstateerd dat er een groeiende groep (nog net niet daklozen) is, die veelal geen GGz-indicatie en/of regiobinding heeft, maar wel in eerste instantie financiële problemen. Waarbij de gemeentelijke schuldhulpverlening steeds ontoegankelijker en 'hoogdrempelig' is geworden.

Bronnen:

Cohortstudie "Profiel van Daklozen in de vier grote Steden en Resultaten uit de eerste Meting", mei 2012

Volkscrant 23-12-2013, www.cbs.nl en Metro 16-1-2014

Suggesties

Voor de groeiende groep 'economisch daklozen' (mensen die wegens verlies van baan vanuit de WW-uitkering doorgestroomd zijn naar de bijstand, de vaste lasten van huur- of koopwoning niet meer kunnen betalen en soms ook met beëindiging van relatie of echtscheiding te maken krijgen) behoort, om verergering van, en daardoor ook psychische, problemen te voorkomen, ook een opvang gecreëerd te worden met een passende begeleiding. De geëigende trajecten kunnen hierop aangepast worden. Voor het groeiend aantal dak- en thuislozen zijn meer opvangplekken nodig. Opvang zou flexibel moeten kunnen op- en afschalen gelijk dit ook kan bij de winterregeling. Om verstopping van de opvang en gebrek aan doorstroom te voorkomen dienen er meer betaalbare woningen gerealiseerd te worden. Good practises zoals 'Housing First' zouden op veel meer plekken gerealiseerd moeten worden. Vanuit een stabiele woonomgeving worden mensen in staat gesteld om hun leven weer op de rails te krijgen.

Belemmerende factoren bij opvang binnen het eigen netwerk of tijdelijke huisvesting/slaapmogelijkheden, zoals korting op een uitkering en/of kostendelersnorm, dienen zo min mogelijk of helemaal niet te worden toegepast. Deze zijn nl. tegengesteld aan andere overheidsdoelstellingen als zelfredzaamheid, eigen kracht, eigen netwerk, etc. Stimuleer én ondersteun in plaats daarvan juist het zelf oplossend vermogen van deze groep. Zorgwekkend is de groep mensen die, om welke reden dan ook, niet mee (willen of kunnen) werken aan een zogeheten trajectplan (bijvoorbeeld mensen met een licht verstandelijke beperking). Deze groep raakt gemakkelijk uit en buiten beeld. En, vooral zwerfjongeren vormen een kwetsbare groep, die zich niet makkelijk in een strak keurslijf van regels en verplichtingen laat persen, en waarbij ook vaak 'eigen oplossingen' onmogelijk blijken door contraproductieve regels, die dat in de weg staan, rondom wachttijd, schuldhulp, onderwijs, huisvesting. Zou een aangepast 'maatwerk' trajectplan een suggestie zijn, dan wel in ieder geval het contact (onder)houden met deze mensen?!

Dagbesteding met een groter dan wel beter en 'eigen' toekomstperspectief, zoals zicht op een vaste en/of tijdelijke baan en/of doorstroom naar reguliere arbeid, zorgt er voor dat mensen meer regie krijgen en kunnen nemen over hun eigen leven. Versoepel ook het contraproductieve boetebeleid voor buitenslapers of schaf het af (APV wijzigen). Een basale levensbehoefte zou niet beboet mogen worden. Een boete van €360,= is voor een dakloze niet op te brengen en het uitvoeren van een taakstraf, bij een strafrechtelijke veroordeling, mag niet. Het uitzitten van de gevangenisstraf kost de gemeenschap tevens circa €350,= per dag.

Gezondheid

Dak- en thuislozen leven vele jaren korter dan mensen die wel een dak boven hun hoofd hebben, namelijk zo'n 16 jaar. Dit is gebleken uit onderzoek door het Erasmus MC uit Rotterdam, dat in 2013 is gepubliceerd. Gedurende 10 jaar zijn ruim 2000 daklozen van 20 jaar en ouder in Rotterdam gevolgd.

Ook buitenslapers zijn bij dit onderzoek betrokken. Gemiddeld ligt de sterfte 3X hoger dan onder de algemene bevolking van de stad. Voornamelijk de jonge daklozen en vrouwen lopen nog meer kans eerder te overlijden dan leeftijdsgenoten. Bij jongeren is het risico op vroeg overlijden 8X hoger en bij vrouwen, in zijn algemeenheid, 5X. Een verklaring voor deze verhoogde sterftetekans is gelegen in de problematiek met alcohol- en drugsverslaving, die veelvuldig voorkomt bij dak- en thuislozen. Eveneens zijn het hebben van psychische en/of psychiatrische problemen, het ontbreken van financiële middelen en het hebben van een verminderde tot slechte gezondheid risico's die bijdragen aan vroegtijdig overlijden. Daklozen kampen, meer dan gemiddeld, met klachten aan spieren, beenderen, voeten en het gebit. Een achterstand in premiebetaling is snel opgelopen en na een half jaar komt men in de zogenaamde wanbetalersregeling, waarbij een bestuursrechtelijke premie van 30% wordt opgelegd. Naast een beperkte polis verzekering en het standaard eigen risico, is men uitgesloten van, onder andere, tandheelkundige zorg en fysiotherapie.

Bronnen:

Persbericht Erasmus MC Rotterdam 3-10-2013 (www.erasmusmc.nl/perskamer) Tijdschrift Medisch Contact nr. 14 3-10-2013

Suggesties

Bovengenoemde oversterfte benadrukt de noodzaak om structureel de leef- en gezondheidssituatie van daklozen te verbeteren en dakloosheid te voorkomen. Dat er, hier en daar, een daklozen huisarts en tandarts is, is bij velen en dus ook bij daklozen onbekend. Maar deze ontbreekt ook veelal. De toegankelijkheid van een daklozen-huisarts kan verhoogd worden, door de drempel van het hebben van een ziektekostenverzekering weg te nemen. Veel daklozen zijn niet in het bezit van een dergelijke verzekering, ondanks de wettelijke verplichting. Er ontstaat een vicieuze cirkel door het ontbreken van een verzekering en de ontoegankelijkheid tot de basis gezondheidszorg, waardoor de (veelal toch slechte) gezondheid van een dakloze nog slechter wordt.

Regiobinding

In opdracht van het kabinet en op langdurig aandringen van de Werkplaats Maatschappelijke Opvang en COMO-G4 deed het Trimbos instituut in 2012 onderzoek naar de toegang tot de daklozenopvang. Mensen deden zich voor als daklozen. Wettelijk gezien moeten ze dan noodopvang krijgen. Op grond van de Wet Maatschappelijke Ondersteuning moeten dakloze mensen altijd worden opgevangen. Maar dat gebeurde niet altijd: zeven van de tien keer werd die opvang geweigerd, met als enige argument dat ze uit een andere regio kwamen. Bureaucratie en slechte onderlinge samenwerking zijn volgens het Trimbos instituut de oorzaken. Gemeenten laten daklozen teveel aan hun lot over. Iedere dakloze moet in elk geval tijdelijk bed en brood krijgen, en tegen de wet in laten veel gemeenten dit na. Dat schrijft staatssecretaris Van Rijn van Volksgezondheid op 2 september 2013 aan de Tweede Kamer. Gemeenten blijken vaak van elkaar niet te weten wie er over de opvang gaat. Uit het onderzoek is gebleken dat gemeenten jaarlijks honderden daklozen ten onrechte op straat zetten. Staatssecretaris Van Rijn roept gemeenten op hardere afspraken te maken over de landelijke toegankelijkheid van de maatschappelijke opvang. Op papier is afgesproken dat alle daklozen, ook als ze van elders komen, moeten worden opgevangen. "De uitvoering en praktijk moeten echt beter", aldus de staatssecretaris.

Bronnen:

Opvang landelijk toegankelijk? M.Tuynman, C.Muusse, M.Planije; Trimbos Instituut 2013 www.nos.nl 3-9-2013 en Den Haag FM 4-9-2013

Suggesties

Vang mensen altijd op, ongeacht het ontbreken van regiobinding en stuur de nota van deze opvang naar de betreffende gemeente waar een dakloze, ná onderzoek en gezamenlijke vaststelling, blijkbaar binding mee heeft en ná eerste opvang het beste een 'herstel-traject' kan en wenst te volgen. (Zie: convenant en handreiking VNG 2014-2015)

Preventie

Bovenal zou er veel meer werk gemaakt moeten worden van het voorkomen van dakloosheid. Ondanks de vele convenanten ter voorkoming van huisuitzettingen zien we nog steeds geen flinke daling op dit gebied en raken dagelijks vele mensen hun huis kwijt. In veel gemeenten ontbreekt het aan adequaat preventie beleid op het gebied van dakloosheid. Uitzichtloosheid en complexiteit van allerlei zaken maakt dat mensen tot wanhoop en verwarring worden gedreven. Het systeem is 'gekmakend' ingewikkeld, onlogisch en mensonterend. Veel mensen hebben geen postadres. Dit is een enorme belemmering voor allerlei zaken die geregeld moeten worden. Door allerlei recente stelselwijzigingen en maatregelen verkeert een grote groep mensen in onzekerheid of zij de hulp en steun wel zullen krijgen die zij nodig hebben. De ketens worden, als die er al waren, dikwijls (o.a. door bezuinigingen, systeemwijzigingen en 'marktwerking') weer verbroken, evenals de verbinding met mensen die het toch al lastig vinden om andere mensen en instanties te vertrouwen. Toegang tot zorg middels een verwijfsbrief van de huisarts bijvoorbeeld is zonder huisarts niet makkelijk verkrijgbaar.

Suggesties

Help mensen acuut aan basale behoeften, of aan zaken die toegang geven tot deze basale zaken. Zoals een uitkering, identiteitsbewijs of zorgverzekering. Verantwoording kan achteraf geregeld worden. Iemand die moet slapen, eten of zorg nodig heeft kan niet wachten. Straatadvocaten, veelal ervaringsdeskundigen!, zouden mensen kunnen helpen daar waar mensen zelf niet verder komen. Faciliteer en realiseer meer straatadvocaten. Maak in het hele land actief werk van het terugdringen en voorkomen van dakloosheid. Allerelei zaken hangen nauw met elkaar samen: dus zet ook in op preventie van schulden, verslaving en zorg dat mensen met psychosociale en/of psychiatrische problemen er niet nog meer problemen bij krijgen. Maak het vinden en vragen van hulp laagdrempeliger door het meer bespreekbaar maken van allerlei zaken.



COMO G4: Cliëntenorganisaties Maatschappelijke Opvang 4 grote steden (Amsterdam, Den Haag, Rotterdam en Utrecht)

Comog4@hotmail.com

Contact via: Sandra van Laar

06 – 16 83 39 37



Werkplaats MO: Werkplaats Maatschappelijke Opvang, Vrouwenopvang, verslavingszorg en Zwerfjongeren

werkplaatsmo@gmail.com

Contact via: Edo Paardekooper Overman
Jenny de Jeu

06 – 14 29 15 35

06 – 48 42 55 63

Positionpaper

“rondetafelgesprek maandag 18 mei 2015 over GGZ-problematiek”

Wie ben ik:

- Mevr. D.A. (Daniëlle) Sinnema, arts verstandelijk gehandicapten (AVG)
- Vertegenwoordiger van het GGZ-deelgebied “psychiatrische zorg voor mensen met een verstandelijke beperking” namens de Nederlandse Vereniging voor Artsen Verstandelijk Gehandicapten (NVAVG).
- Werkzaam als arts verstandelijk gehandicapten (AVG) binnen het Centrum Verstandelijke Beperking en Psychiatrie (C-VBP).

De visie op psychiatrische zorg voor mensen met een verstandelijke beperking

Twee peilers:

1. Voor de diagnostiek en behandeling van psychiatrische problemen en gedragsproblemen bij mensen met een verstandelijke handicap geldt dat deze het beste vormgegeven kan worden in de **trias “gedragsdeskundige, AVG en psychiater”**. Het is belangrijk een geïntegreerde aandacht te hebben voor problemen op verschillende expertisegebieden. De verschillende facetten van de problemen (gedrag, lichamelijke klachten en psychiatrie) zijn in voortdurende interactie met elkaar. Onze doelgroep en het steunsysteem kunnen de verschillende facetten van de problemen vaak moeilijk tot niet duiden. Dit vereist specifieke kennis en kunde van verschillende disciplines en integratie van diagnostiek en behandeling vanuit deze verschillende invalshoeken.
2. De patiënt/cliënt is gebaad bij **contact met zo weinig mogelijk behandelaars** en als er meerdere behandelaars betrokken moeten zijn moet het voor patiënt/cliënt, zijn steunsysteem en de verschillende behandelaars helder zijn wie van de behandelaars de regie heeft over de behandeling. Degene die de regie over de behandeling heeft is de behandelaar die vanuit de trias de meeste contacten met de patiënt/cliënt en zijn steunsysteem heeft en de behandeling coördineert.

(Deze visie wordt onderschreven door NVO, NIP, NVAVG en platform psychiatrie en VG (onderdeel van de NvVP),

Binnen de organisatie waar ik werk (Centrum Verstandelijke Beperking en Psychiatrie (C-VBP), onderdeel van GGZ-Drenthe) hebben we nog een, mijns inziens, essentieel punt toegevoegd aan de visie.

3. De **vraag van de patiënt/cliënt is de basis** van waaruit we binnen *en buiten de grenzen* van het C-VBP zoeken naar passende hulp waarbij we gebruik maken van het reeds aanwezige steunsysteem en deze zo nodig helpen versterken.

Lukt het passende zorg te verlenen aan de mensen met gedragsproblemen, een (vermoeden van psychiatrische problematiek) en een verstandelijke handicap.

Het Centrum Verstandelijke Beperking en Psychiatrie is een netwerkorganisatie met als host een GGZ-instelling De GGZ en verschillende instellingen voor verstandelijk gehandicaptenzorg hebben binnen deze netwerkorganisatie samenwerking gezocht. Het werken in een netwerkorganisatie is voor ons geen doel op zich maar blijkt als samenwerkingsvorm effectief te zijn in het zichtbaar maken van wat aan behandeling beschikbaar is en het versimpelt het samen oplossen van complexe vraagstukken rondom gedragsproblemen en psychiatrische problemen van mensen met een verstandelijke beperking en hun steunsysteem.

Binnen ons zorgstelsel is er sprake van een scheiding tussen GGZ-zorg en VG-zorg. In de constructie van de netwerkorganisatie maken we een brug en leveren we zorg in beide domeinen. Op deze manier waarborgen we continuïteit van zorg. De ervaring is dat het regelmatig voorkomt dat deze kwetsbare doelgroep “tussen wal en schip” valt op het moment dat de zorg overgedragen wordt naar andere hulpverleners/hulpverlenersorganisaties en (opnieuw) in de problemen komt.

De visie op zorg zoals we die als centrum VBP hebben leidt dagelijks tot interessante uitdagingen om de geïndiceerde en geïntegreerde zorg inhoudelijk en financieel te borgen binnen ons huidige zorgstelsel.

Uitdagingen:

- De vraag of er sprake is van “zuiver psychiatrische problematiek” of van een “probleem vooral samenhangend met gevolgen van de verstandelijke beperking” is niet relevant voor de cliënt, deze wil alleen een antwoord op de door hem of haar gestelde zorgvraag. Zoals eerder benoemd is bij aanmelding echter vaak niet duidelijk wat de oorzaak is van de als psychiatrie geduide problematiek.
- Continuïteit van zorg is van essentieel belang voor mensen met een verstandelijke beperking en bijkomende problematiek. Er is sprake van een chronische beperking en bewezen kwetsbaarheid. Binnen onze netwerkorganisatie dragen de samenwerkende instellingen een gezamenlijke verantwoordelijkheid wanneer de hulp vanuit de ene setting wordt gestaakt en wordt overgedragen aan een andere setting.
- De arts verstandelijk gehandicapten (AVG), die in de visie op GGZ-zorg voor de doelgroep psychiatrisch patiënten met een verstandelijke handicap een belangrijke coördinerende rol heeft, heeft binnen de GGZ geen erkende rol als hoofdbehandelaar gekregen. (De commissie Meurs zal vandaag haar advies betreft hoofdbehandelaar/regie behandelaar presenteren, de verwachting is dat als de minister het advies overneemt dit probleem opgelost zal zijn).

Als we de beschreven uitdagingen kunnen oplossen kunnen we de patiënt/cliënt recht doen en is de hulpverlening inzichtelijk en helder af te bakenen.



Position paper van GGD GHOR Nederland ten behoeve van het Rondetafelgesprek 'Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ)' op 18 mei 2015.

Aanleiding

Het aantal meldingen bij de politie van crisis en overlast van verwarde personen stijgt en zal naar verwachting nog meer stijgen. Het is van belang te realiseren dat het niet altijd gaat om psychische problemen. Verwarring kan ook te maken hebben met gebruik van drugs, het hebben van hoge koorts, dementie of een emotionele gebeurtenis. Deze niet-acute en niet-psychische problemen vragen een andere benadering en behandeling dan bij psychische problemen. De GGZ heeft niet altijd de oplossing op maat hiervoor. Zie in dit kader de column van Paul van de Velpen, DPG van GGD Amsterdam, in bijlage 1.

Voor een stijging van het aantal verwarde personen op straat met psychische problemen zijn waarschijnlijk meer en andere oorzaken aan te wijzen. Dit kan zijn ambulantisering van de zorg, meer psychische problemen, dak- en thuisloosheid door crisis, bezuiniging op de financiering van inloopvoorzieningen of te weinig doorstroom in de maatschappelijke opvang. Eigenlijk is nog steeds niet duidelijk of er nu werkelijk een toename is van verwarde mensen in de samenleving. Het kan ook zijn dat de politie haar zorgtaak steviger oppakt. Een andere mogelijkheid is dat de samenleving minder onrust op straat tolereert en eerder de politie belt. Die is immers 24 uur per dag, zeven dagen per week bereikbaar.

Rol en verantwoordelijkheid

Gemeenten zijn lokaal verantwoordelijk voor gezondheid en veiligheid, specifiek het sociale domein. GGD'en werken in opdracht van de gemeenten, zijn onafhankelijk, maar kunnen ook gezien worden als verlengd bestuur. De OGGz viel tot voor kort onder de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo). Na 1 januari 2015 wordt de term niet meer in een wet genoemd, wel is er in de nieuwe Wmo sprake van Maatschappelijke Zorg. Er is voor gemeenten vrije beleidsruimte om de OGGz/ Maatschappelijke Zorg in te richten zoals zijzelf nuttig en nodig achten. Daardoor zijn er landelijk en regionaal verschillen, wat als nadeel heeft dat er geen eenduidige registratie is en geen heldere landelijke cijfers te genereren zijn.

Geestelijke gezondheidszorg in het publieke domein

OGGz is van oudsher een publieke gezondheidszorgtaak en een vangnettaak van de GGD en heeft hierdoor een brede verbinding met zowel het maatschappelijke als het medische veld. Het gaat vaak om zeer complexe problematiek, waarbij bijvoorbeeld sprake is van overlast, vervuiling, verslaving, verwaarlozing en/of ernstige psychische problematiek. Het betreft zowel individuen als gezinnen. OGGz-teams van GGD'en bevorderen dat ook deze mensen de zorg krijgen die ze nodig hebben. Het gaat er hierbij om mensen te motiveren reguliere zorg of ondersteuning te accepteren, zodat zelfredzaamheid en participatie worden bevorderd. Er wordt gewerkt met zogenaamde OGGz-netwerken, een samenwerkingsvorm waarin reguliere zorg- en hulpverleners met elkaar afstemmen, veelal gecoördineerd door de GGD.

Van de 25 GGD'en in Nederland hebben 21 GGD'en tenminste één meldpunt OGGz, ook wel meldpunt Zorg & Overlast of meldpunt Bijzondere Zorg genoemd. Bij een aantal meldpunten is een stijging van het aantal meldingen te zien in de afgelopen twee jaren. Bijna alle meldpunten werken vanuit hun specialisme samen met de sociale en/of integrale wijkteams of gaan dat in de nabije toekomst doen, men zoekt de juiste vorm en afstemming. Qua problematiek is er weinig verschil tussen de stedelijke gebieden en daarbuiten. In gebieden buiten de randstad zijn de aantallen lager, de problematiek is hetzelfde. Het betreft hier voor een belangrijk deel mensen die zelf niet direct de zorg- en hulpverlening zoeken en zelf ook geen zorg- of hulpvraag formuleren. Het gaat om kwetsbare mensen, zogenaamde zorgmijders, ook wel niet-zelfredzamen genoemd, van oudsher de doelgroep van de OGGz.



Oplossingsrichtingen

De decentralisaties zorgen voor andere verhoudingen in het stelsel en als gevolg daarvan ook in het sociale domein. Gemeenten, GGD'en, woningcorporaties, zorgaanbieders, zorgverzekeraars, maatschappelijke dienstverleners, politie en openbaar ministerie zullen op een andere manier met elkaar moeten samenwerken. Het gaat daarbij om (her)-verduidelijking van processen, rollen en mogelijkheden en afspraken daarover maken (met elkaar).

GGD GHOR Nederland denkt daarbij aan het volgende:

- *Meer en betere opvang van verwarde personen in de acute fase.* In Amsterdam werkt de GGD samen met de politie in de wijk; de zgn. wijk-GGD'er werkt daarin nauw samen met de gebiedsagent. In Den Haag is een Opvang Verwarde Personen (OVP) waarin mensen tijdelijk ondergebracht worden in een aparte opvang (het betreft hier een aparte unit van het politiebureau).
- *Meer en betere bekendheid van de Meldpunten OGGz/ Bijzondere Zorg/ Zorg & Overlast* (veelal van de GGD, of anders van GGZ of gemeente, maar we vinden onafhankelijk en neutraal hierin wenselijk) waar zowel burgers als professionals situaties kunnen melden. De meldpunten bevinden zich aan de voorkant van de zorg, iedereen kan een melding maken. De professionals werken volgens heldere protocollen en zijn gewend om te gaan met de privacyregels.
- *Alle meldingen moeten binnenkomen bij deze meldpunten.* De professionals hebben een brede en onafhankelijke blik, kunnen in een vroeg stadium reageren en waar nodig handelen (opschalen). Doordat de meldpunten verbonden zijn aan een GGD bevinden ze zich binnen het publieke domein en doordat ze (de GGD) van de gemeenten zijn in het sociale domein.
- *Meldpunten zijn 24 uur per dag, 7 dagen per week, bereikbaar en beschikbaar.* Dat is nu niet het geval en dat vereist een investering in tijd en inzet. Er zijn momenteel 9 GGD'en met een meldpunt Veilig Thuis waar 24 uur bereikbaarheid een vereiste is. Hier kan een verbinding mee worden gelegd.
- *Meldpunten voeren een triage uit* (een inschatting van de nodige hulp en zorg) en hebben overzicht wie waar terecht kan. Dat hoeft de politie niet te hebben, GGD'en weten dit veelal al lang. Zij hebben brede kennis van netwerken en sociale kaart, kunnen monitoren, registreren en controleren.
- *Van belang is een koppeling van zorg met een juridisch kader,* omdat dat regelmatig van toepassing is bij verwarde personen. Bij het project OVP in Den Haag is die koppeling er al, de zorg en politie en OM zijn betrokken binnen het project. In Amsterdam werken politie, GGD en GGZ nauw samen. In de Veiligheidshuizen is die koppeling ook aanwezig. We vinden de term Zorg- en Veiligheidshuizen toepasselijk, veel GGD'en zijn betrokken in de Veiligheidshuizen.
- *Aanvulling op het onderwerp 'zorg en veiligheid'.* Wij denken dat een organisatie op het niveau van de veiligheidsregio van meerwaarde is. Dit in verband met de relatie met zowel OM, politie en met de kennis en expertise over de psychosociale hulp bij ongevallen en rampen (vanuit de GHOR).

Wat zijn de randvoorwaarden om voorgaande goed te regelen?

Samenwerking in de keten: zowel landelijk als lokaal/ regionaal is ketenbreed overleg van belang en nodig om zaken in kaart te brengen en om te verkennen wat ieders mogelijkheden zijn. Een convenant waarin landelijk organisaties afspraken neerleggen die door lokale/ regionale spelers kunnen worden benut voor afstemming en doorontwikkeling van werkwijzen, kan behulpzaam zijn.

Financiering: projecten als in Den Haag voor opvang van verwarde personen hebben financiering nodig. Het zijn de gemeenten die daarin aan zet zijn. Zij zijn de financiers van eventuele lokale projecten, maar ook van de GGD en dus ook van de meldpunten. Gemeenten realiseren zich niet altijd dat ze artsen Maatschappij en Gezondheid en sociaal verpleegkundigen hebben (via hun GGD) die goed inzetbaar zijn op de maatschappelijk zorg. Aan de GGD moet een opdracht hiertoe wel gegund worden. Bijvoorbeeld een vereiste 24 – uurs bereikbaarheid vraagt een investering.



Aanpassing van de wetgeving: de huidige wetgeving sluit niet meer voldoende aan op de praktijk. In de nieuwe Wet verplichte Geestelijke Gezondheidszorg (WvGGz) is de mogelijkheid opgenomen om zorgmijders die niet ziek genoeg zijn voor de gedwongen kaders, veel eerder toch toegang tot zorg te geven. De OGGz zou, juist vanwege de brede context ervan voor het publieke domein, lees sociaal domein, weer een plek moeten krijgen in de wet. GGD GHOR Nederland stelt voor de OGGz nadrukkelijk mee te nemen in de aanpassing van de Wet publieke gezondheid (derde tranche) die op stapel staat. Met een verankering in de wet kunnen GGD'en deze publieke taak weer oppakken.

Samenvattend:

1. Verwarde personen zijn niet altijd mensen met psychische problemen. Oorzaken van verwardheid kunnen ook elders liggen (drugsgebruik, dementie etc.), daar heeft de GGZ niet altijd een oplossing voor.
2. Juist omdat het niet altijd om psychische problemen gaat, is een brede en onafhankelijke blik nodig, in een vroeg stadium.
3. Meldpunten OGGz (Bijzondere Zorg, Zorg & Overlast, Maatschappelijke Zorg) spelen een belangrijke rol in het organiseren van maatschappelijke zorg of hulpverlening. Dit doen zij voor mensen die dat veelal niet zelf vragen, maar het wel nodig hebben. We noemen deze mensen zorgmijders en er wordt steeds vaker gesproken over niet-zelfredzamen.
4. Van de 25 GGD'en hebben er 21 één of meerdere meldpunten OGGz. Het betreft hier een specialistische manier van werken, waar ook sociale en/of integrale wijkteams gebruik van (kunnen) maken.
5. GGD'en bevinden zich zowel aan de voorkant (preventie) als aan de achterkant (vangnet) van de keten van zorg- en hulpverlening. Ook monitoren ze en doen ze onderzoek om van daaruit gemeenten en andere partners te informeren en adviseren.
6. Het regelen van de centrale toegang tot de zorg is een rol die een aantal GGD'en al heeft. De term coördinator Maatschappelijke Zorg is daarvoor een toepasselijke. De GGD zit midden in het netwerk (huisartsen, justitie, maatschappelijke opvang, GGZ, etc) en kan zo ook de brug slaan tussen zorg en veiligheid. De laatste tijd krijgen GGD'en steeds vaker de vraag om ook het toezicht op de zorg te gaan doen. Momenteel wordt een manier van werken daarvoor ontwikkeld. Dat betekent dat de GGD ook een controlefunctie krijgt als het gaat om zorg.
7. In Den Haag is de GGD betrokken bij de Opvang Verwarde Personen. GGD Amsterdam organiseert momenteel een pilot waarin gewerkt wordt met een wijk-GGD'er, naar analogie van de gebiedsagent van de politie. Niet iedere GGD in Nederland zal dit op dezelfde manier organiseren. De wijk-GGD als functionaliteit is bij een aantal GGD'en in ontwikkeling, vooral vanuit het kader van de OGGz.
8. Samenwerking in de keten, financiering op onderdelen en aanpassing van wetgeving is nodig om gezamenlijk en integraal te kunnen werken aan goede afspraken en methoden om de opvang en zorg voor verwarde personen beter te organiseren.

Bijlage 1

DE WIJK-GGD'ER: WANT ZÓ GEK BENT U OOK WEER NIET

Paul van der Velpen, 20 april 2015 *Binnenlands Bestuur*

Over de verwarde persoon zal het laatste woord nog niet gesproken of geschreven zijn. En terecht: het is een belangrijke doelgroep en het gaat vaak om ingrijpende incidenten. Het is dus een belangrijk probleem. Daarom is het goed dat er een maatschappelijk debat op gang komt, onder andere over de mogelijke invloed van ambulantisering en de rol van de GGZ.

Maar dat debat wordt niet altijd op de goede manier gevoerd. Bijvoorbeeld door gebrek aan feiten of cijfers, maar vooral door het incorrecte beeld dat wordt neergezet van verwarde personen. Het beeld van 'agressieve eenlingen die een gevaar zijn voor de samenleving'. Waar we als burgers 'alserter op moeten worden, net zoals we letten op verdachte pakketjes op het station'.

Hier is sprake van een vertekend beeld. Het valt me bijvoorbeeld op dat het meestal over verwarde en agressieve mannen gaat. Maar er zijn ook heel wat verwarde vrouwen. Zo was in Amsterdam ruim 40 procent van de mensen die de GGD in 2014 op aangeven van de politie beoordeelde, een vrouw. Mannen halen het nieuws, veelal vanwege gedrag dat meer in het oog springt; deze mannen veroorzaken vaker overlast. Bij vrouwen speelt vaak andere problematiek, minder opvallend voor de buitenwereld.

Zo is er wel meer niet in orde in de beeldvorming rondom verwarde personen. Bijvoorbeeld dat verwarde personen in het algemeen 'gek' zijn en acuut aandacht van de GGZ behoeven. Ook dit klopt niet: bij 'slechts' circa éénderde van de verwarde personen die in 2014 bij de GGD werd aangemeld was sprake van acute psychiatrische problematiek. Misschien komt de 'verwarring' hier door de term 'verward' zelf, omdat die afkomstig is uit de psychiatrie. Het is een verzamelnaam voor de psychische gesteldheid van iemand, maar de oorzaken kunnen velerlei zijn. Denk aan hoge koorts, uitdroging, dementie, gebruik van paddo's of andere middelen, een emotionele gebeurtenis, et cetera. Voor deze niet-acute en niet-psychiatrische problemen heeft de GGZ logischerwijs lang niet altijd de oplossing. Slechts een klein deel van de mensen met psychische klachten behoort tot de groep 'verwarde personen'. En een beperkt deel daarvan veroorzaakt overlast of is ook echt gevaarlijk; al is de maatschappelijke impact vaak wel weer heel groot.

Achter de term 'verwarde persoon' gaat dus een heterogene doelgroep schuil met een breed pallet aan problemen. De manier waarop de verwarde persoon nu wordt neergezet doet daaraan geen recht. De roep om GGZ voor deze doelgroep is wel te begrijpen, gelet op de gevallen in de media, maar dat is slechts een deel van de oplossing. In Amsterdam wordt gewerkt aan een oplossing vanuit een brede wijkgerichte aanpak. Daarom is de GGD Amsterdam samen met de politie gestart met de wijk-GGD'er om preventief, mét de wijkagent, de juiste zorg in de wijk in te zetten en daarmee de druk op de keten voor (dure) acute GGZ zorg te beperken.

Missie (waarom vinden we dit belangrijk)

De missie van de Nederlandse politie luidt: Waakzaam en dienstbaar staat de politie voor de waarden van de rechtsstaat. We doen dit door kwetsbare mensen te beschermen, ongeoorloofd gedrag te begrenzen en gewenst gedrag en vruchtbare samenwerkingsvormen te bekrachtigen.

Gelet op de impact die het gedrag van verwarde personen in de samenleving kan veroorzaken, en de vaak aanzienlijke kwetsbaarheid van deze mensen zelf, willen we onze aanpak op dat vlak de komende jaren verder doorontwikkelen, in nauwe samenwerking met partners. Doel hiervan is de maatschappelijke rust en de veiligheid(sgevoelens) te bevorderen, te bewaren of te herstellen. Een humane behandeling van verwarde personen is een centraal uitgangspunt in onze aanpak.

Definitie

Onder verwarde personen verstaan we een ieder die vanwege zijn al dan niet tijdelijke verstoorde oordeelsvermogen gedrag vertoont waarmee hij zichzelf of iemand anders in gevaar brengt en/of een bedreiging vormt voor de openbare orde en veiligheid.

In de praktijk blijkt dat patiënten zich vaak niet laten leiden door categorieën (hokjes) die de professionals vaak wel geneigd zijn te hanteren. Het onderscheid tussen strafbaar of overlastgevend gedrag is soms diffuus en ook de onderverdeling tussen de kokers psychiatrie, verslaving en gedragsstoornissen blijkt in de praktijk niet altijd werkbaar. Patiënten combineren bijvoorbeeld een harddrugsverslaving (vaak gepaard met crimineel gedrag) met psychoses. Wie pakt dan de behandeling op? Juist deze lastige categorie komt vervolgens ook het moeilijkste in de zorg. Bijvoorbeeld omdat patiënten de zorg mijden of juist te complexe zorg vragen van de meeste afdelingen. Dit betreft een groep die in de samenleving (op straat) wél bij veel problematiek betrokken is.

Visie (welke organisatie willen we zijn en wat bieden we)

Het is ons er veel aan gelegen dat verwarde personen de zorg krijgen die zij nodig hebben. Samen met ketenpartners in de zorg spannen wij ons hiervoor in. Veranderingen in de zorg hebben consequenties voor de politie (en andersom). We streven naar wederkerige samenwerkingsrelaties. Wij zijn aanspreekbaar en spreken partners ook aan op hun inzet. Daarbij zijn we transparant over hetgeen zij van ons kunnen verwachten:

- Indien sprake is van dreiging of geweld komen we snel (24/7) ter plaatse om bescherming te bieden
- Waar nodig treden we regelend of corrigerend op, op grond van onze bevoegdheden
- We leiden verwarde personen toe naar het juiste (zorg)loket en vertrekken pas als sprake is van adequate ontvangst en veilige overdracht
- We communiceren helder wat we al dan niet doen (en waarom), d.m.v. intensief, constructief en laagdrempelig contact
- We signaleren en adviseren over (de aanpak van) verontrustende situaties
- Binnen de wettelijke kaders delen we relevante informatie, waarmee we tot een gedeelde probleemanalyse en een gezamenlijke, integrale aanpak willen komen
- We bieden onze partners een duidelijk aanspreekpunt in onze organisatie. We reageren op vragen, meldingen of klachten en koppelen terug wat hiermee is gedaan
- In gezamenlijkheid wordt bekeken wie waarvoor het beste toegerust en gepositioneerd is. We trekken gezamenlijk op, werken samen en evalueren achteraf of een ieders inzet passend was

Cijfers

Het aantal incidenten met verwarde personen neemt hand over hand toe. Tussen 2013 en 2014 zag de politie een stijging met ruim 30 procent van bijna 53.000 naar bijna 60.000 meldingen. Hierbij zijn niet begrepen de pogingen suicide, overlast zwervers, overlast door alcohol/drugs en alle incidenten die via de strafrecht lijn en gerelateerd aan verwardheid passeren.

Zo'n 20 % van het politiewerk is GGZ-gerelateerd en dat is (te) veel. Niet zozeer omdat dit een groot beslag legt op de politiecapaciteit, maar vooral omdat de patiënt bij ons vaak niet op de juist plek is.

Strategie (welke aanpak volgen we)

Onze strategie rust op drie pijlers: 1. Acute (crisis)opvang en vervoer, 2. Fijnmazige aanwezigheid in buurt en 3. Persoons- en contextgerichte aanpak, versterken lifetime structuur

1. Crisisketen

Als het gaat om de crisisopvang van verwarde personen die geen strafbare feiten of ernstige overlast hebben gepleegd, is de politie een belangrijke schakel in de keten, doch zeker niet de eerstverantwoordelijke. Hierin is de zorg primair aan zet. In veel gevallen moet de zorg vanwege haar expertise en ervaring in staat zijn om de situatie te normaliseren. In situaties waarin wij een hulpverlenende rol hebben, zijn we gericht op een humane behandeling van de patiënt en het voorkomen van stigmatisering door ons optreden. **Dus geen opsluiting in een politiecel indien geen sprake is van strafbare feiten. Desondanks blijkt dat zeventig procent van de verwarden daar wel (tijdelijk) belandt.** De politie kan en mag niet verantwoordelijk worden gesteld voor "zieke" mensen in een politiecel.

In diverse eenheden van het land is inmiddels sprake van opvanglocaties voor verwarde personen, waardoor minder vaak sprake is van opsluiting in een cel en verwarde personen direct een passend zorgaanbod krijgen.

Ook rond het vervoer van verwarde personen zijn nog grote verbeterlagen te maken, ook vanuit het oogpunt van humane bejegening. **Indien professionele zorg nodig is en geen sprake is van strafbare feiten, zijn de zorg en ambulancediensten verantwoordelijk voor het vervoer naar de plaats van (crisis)beoordeling en naar de instelling.** Het draagt immers niet bij aan het herstel van de patiënt als deze (geboeid) in een politieauto wordt vervoerd (waarvoor overigens ook geen juridische basis is). Vervoer van zieke mensen is zorg.

2 Fijnmazige aanwezigheid in buurt

Op lokaal niveau zijn we in gesprek met partners met het doel om als frontliniemedewerkers structureel, gezamenlijk op te trekken op niveau van de buurt (SPV, jongerenwerk, wijkagent). Doel is dat verontrustende situaties eerder worden gesignaleerd en gezamenlijk slagvaardige acties worden ondernomen (aan de voorkant). **Vroegsignalering is immers niet alleen een taak van de politie, maar moet ook door de hulpverlening in aanpak en aanwezigheid in buurten en wijken tot uitdrukking worden gebracht.** We hebben daarbij behoefte aan een centrale voordeur ten behoeve van meldingen van - en terugkoppeling over zorgwekkende situaties in de wijk. Het is de taak van de gemeente om relevante partners bijeen te brengen uit oogpunt van haar regiefunctie. Wat ons betreft mag deze taak worden versterkt.

We pleiten er daarnaast voor om naast een wijkagent per 5.000 bewoners, tevens een slagvaardige zorgpartner (bijvoorbeeld een SPV'er) beschikbaar te hebben die gekend wordt door - en bekend is in de wijk. Op die manier kunnen we als professionals samen in de frontlinie staan en slagvaardig optreden wanneer dat nodig is.

3 Persoons- en contextgerichte aanpak, versterken lifetime structuur

Belangrijk is dat de zorg en de straffketen zo goed mogelijk op elkaar aansluiten. Indien na een misdrijf verwardheid wordt gesignaleerd, is een vroege zorgintake op zijn plaats. Een screening door de zorg van alle personen die bij ons vast zitten, is aanbevelenswaardig. Justitiële én zorginformatie draagt bij aan maatwerk door de officier van justitie. De keuze voor een verdiende straf, maar ook de benodigde zorg.

Voor kwetsbare personen waarbij een diagnose is gesteld en die zich (herhaaldelijk) schuldig maken aan overlastgevend of crimineel gedrag, is repressie niet per definitie het (enige) antwoord. Veel verwarde mensen gaan alleen maar achteruit in een justitiële setting. Andere partijen zijn dus nodig voor een integrale, persoonsgerichte benadering.

We zien veel kwetsbare personen, die het niet op "eigen kracht" redden. Cruciaal in de aanpak is dat deze personen een passende 'lifetime' structuur, woning en arbeid wordt geboden. We achten andere partijen dan ook noodzakelijk voor een duurzamere oplossing.

Het openbaar bestuur kan hierbij als breekijzer fungeren door de juiste regie te voeren.

Position paper

Rondetafelgesprek Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ) 18 mei 2015

Dennis Bal, leidinggevende Opvang Verwarde Personen (OVP), Den Haag, Parnassia Groep.

Gemeentes en politie hebben al jaren te kampen met overlast van verwarde personen al dan niet verwarde verdachten van een strafbaar feit. Verwarde personen belanden hierdoor vaak onnodig in de politiecel, omdat een goed (zorg)aanbod uitblijft. Deze doelgroep van verwarde personen vraagt in het hele land veel inzet, tijd en energie van de politie, de gemeente, het OM en de GGZ en ondanks alle inspanningen word er voor het merendeel van deze personen geen passende oplossing gevonden. Deze onwenselijke situatie heeft in Den Haag op aandringen van de politie, het Openbaar Ministerie en de gemeente geresulteerd in het ontwikkelen van een unieke werkwijze. Een integrale aanpak voor *zowel verdachte als niet verdachte verwarde personen* in samenwerking met alle ketenpartners.

Binnen het hoofdbureau van de Politie Haaglanden is sinds 1 mei 2014 een (forensische) Geestelijke Gezondheid Zorg (GGZ) voorziening vanuit de Parnassia Groep gehuisvest: de opvang verwarde personen (OVP). Deze voorziening wordt 24 uur per dag bediend door een team bestaande uit forensisch verpleegkundigen, artsen en reclasseringsmedewerkers, binnen de locatie aanwezig. De verwarde personen worden kortdurend (gemiddeld 4 uur), binnen de voorziening somatisch en psychiatrisch gescreend, waarna bepaald wordt wat het best passende zorgaanbod is.

Het afgelopen jaar is deze aanpak zeer succesvol gebleken:

- Er zijn totaal 2350 verwarde personen door de politie binnengebracht bij de OVP.
- 95% van de verwarde personen zijn na het verblijf op de OVP doorverwezen voor zorg.
- Voor het bestaan van de OVP kwam er slechts 10% in zorg
- De politie wordt ontlast en kan zich bezighouden met zijn kerntaken
- Verwarde personen zitten niet meer onnodig in een politiecel
- Patiënten krijgen snel de direct acute en noodzakelijke zorg
- De overlast en criminaliteit vermindert in de wijk.

De OVP hanteert geen exclusie criteria en neemt alle aangemelde verwarde personen van de politie over. Zo zijn we dus in staat gezamenlijk een adequaat antwoord te formuleren op de problematiek rond verwarde medeburgers. Echter deze wijze van werken blijkt niet langer uitvoerbaar, vanwege financieringsproblematiek. Ruim een kwart van de opgevangen verwarde personen blijkt niet verzekerd te zijn, waardoor de inspanningen van de acute zorg (crisisdienst en OVP) niet vergoed wordt.

Naast dat dit betekent dat we een succesvol initiatief als de OVP vanaf 2016 niet meer zouden kunnen continueren, is het onverzekerd zijn ook een deel van de oorzaak van het stijgen van het aantal verwarde personen. Een groep chronische patiënten, die semi-permanent in zorg zijn bij de GGZ en veelal tijdelijk of in het geheel niet verzekerd zijn, dan wel moeilijk te verzekeren zijn, vallen nu tussen wal en schip. Het gaat voor een groot deel om een doelgroep, waar we de afgelopen twintig jaar miljoenen en miljoenen in geïnvesteerd hebben en die we als lokale overheden, VWS, justitie en GGZ hebben omschreven als, zorgwekkende zorgmijders, extreem problematische druggebruikers, sterk gedragsgestoorden, licht verstandelijk beperkten en veelplegers.

Die investeringen hebben ertoe geleid dat we:

- criminaliteit en overlast sterk hebben kunnen reduceren. Bijvoorbeeld in Den Haag, direct gerelateerd aan genoemde investeringen, een teruggang van 70% in criminaliteit veroorzaakt door deze doelgroepen (zie veelplegersonderzoek uitgevoerd in opdracht van de Gemeente Den Haag van het effect van GGZ op het terugdringen van recidive onder veelplegers)
- het grootste deel van de zorgmijders bereikt hebben en semi-permanent in zorg gekregen
- meer en meer grip krijgen op de doelgroep LVB met psychiatrische problematiek

Echter:

- zorgwekkende zorgmijders verzekeren zich zelden uit eigener beweging
- de verzekering wordt gestaakt tijdens detentie en zelden weer door de doelgroep (tijdig) geactiveerd
- gezien de financiële situatie van onze patiënten kiezen zij, die zich nog wel zouden willen verzekeren, ervoor dit niet te doen.

In wezen gaat het hier om een groep, waarvoor geldt dat het niet verzekerd zijn één van de symptomen van hun GGZ problematiek is!

Met de nieuwe inrichting van de zorg (stelselwijzigingen), het introduceren van zorginkoop door justitie en gemeentes zijn veel verbeteringen gerealiseerd. Maar elk stelsel kent óók weer z'n eigen knelpunten. In dit geval de problemen rond on- of moeilijk te verzekeren GGZ patiënten.

Wetend dat het weigeren van deze patiënten per direct zal leiden tot maatschappelijk onaanvaardbare situaties in termen van overlast en criminaliteit, maar ook tot onnodig lijden én hogere zorgkosten, hebben wij tot op heden, ondanks de financieringsproblemen, die hieruit voortkomen, de zorg en behandeling aan deze groepen onverzekerden in het Haagse voortgezet, met als resultaat dat mede daardoor Den Haag de enige stad is waar de overlast door verwarde personen is afgenomen. Wanneer er echter geen oplossing komt voor het financieringsprobleem zullen ook wij de deuren van OVP en vervolgzorg moeten sluiten.

Dat betekent dat:

- de OGGZ doelgroep, nu semi-permanent bij het zorgbedrijf Palier (onderdeel van de Parnassia groep), voor een groot deel zal uitstromen uit zorg en bij herhaalde vraag niet meer toegelaten kan worden tot de voor hen noodzakelijke zorg.
- patiënten behandeld in een justitieel kader, bij beëindiging van dat kader niet automatisch meer op GGZ (vervolg) zorg kunnen rekenen. Er zal eerst zekerheid over de betaling moeten zijn. Nu is die zekerheid veelal niet voorhanden

Daarmee zouden de komende jaren een groot aantal patiënten, die we met veel moeite in beeld hebben gekregen, weer zonder ondersteuning in de maatschappij komen te staan. De gevolgen daarvan kennen we allemaal maar al te goed. Toename van overlast in de wijk, meer GGZ patiënten op het politiebureau, toename van de criminaliteit, toename van de druk op de acute klinische zorg en het aantal crisisplaatsingen.

Het kan ons inziens niet zo zijn dat we als samenleving eerst voor miljoenen investeren in een probleem om daarna, ondanks het succes van die investeringen, het onderhoud te verwaarlozen en daarmee onze initiële investeringen te niet doen.

Tot op heden hebben we, GGZ, Zorgverzekeraars, Justitie en lokale overheden, geen oplossing voor het geschetste probleem kunnen formuleren. Als gezegd kan de GGZ de kosten verbonden aan behandeling en zorg voor genoemde groepen niet langer voor haar rekening blijven nemen. Gezien de impact die dit zal gaan hebben op de leefbaarheid in onze samenleving doen we een beroep op de politiek om hier in te grijpen en te voorkomen dat we gedane investeringen te niet doen en het bereikte in vermindering overlast en criminaliteit prijs geven.

Ondanks de flinke bedragen die hier mee per patiënt gemoed zijn gaat het om een relatief gering aantal patiënten. We denken dat we er goed aan doen om bij het oplossen van knelpunten te voorkomen niet nog meer toeters en bellen aan de bestaande afspraken tussen zorgaanbieders en financiers toe te voegen, maar de (forensische) GGZ in staat te stellen hier binnen hun eigen kaders oplossingen voor aan te dragen. Het gaat om het oplossen van knelpunten, zoals:

- onverzekerd zijn
- aansluitingsproblemen tussen financiers
- in semi acute situaties niet kunnen voorzien in de juiste verwijzdocumenten
- financiering van het aanbod gericht op de-radicalisering bij GGZ patiënten

Wanneer de financiers van de (forensische) GGZ (Lokale overheden, zorgverzekeraars en Justitie) bereid zouden zijn met de GGZ overeen te komen dat zij 21/2 % van hun budget vrij zouden kunnen besteden, ter oplossing van de hierboven genoemde knelpunten, denken we dat we goed in staat zullen blijken, de werkwijze zoals we die in het Haagse ontwikkeld hebben te continueren en te verbeteren.

Blok II: Instituties/Organisaties (12.00 – 13.30 uur)

1. Dhr. G. van de Kamp, Politiebond ACP
2. **Dhr. M. Bourgonje, Nederlandse Spoorwegen**
3. **Dhr. N. Vos de Wael, LPGGZ**
4. **Dhr. J. Laurier, Federatie Opvang**
5. **Dhr. C. Vader, Leger des Heils**
6. **Dhr. E. ten Holte, directeur van de Verslavingsreclassering**
7. **Dhr. B. Stavenuiter, Ypsilon**
8. **Dhr. F. van Hoof, Trimbos Instituut**
9. **Dhr. H. van Dijk, Voorzitter Landelijk Platform Politie en GGZ**



Memo GGZ-problematiek

Voor: De leden van de vaste Kamercommissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Van: Michel Bourgonje (Programmamanager Sociale Veiligheid NS)

T.b.v.: Rondetafelgesprek GGZ-problematiek, 18 mei 2015

NS heeft als vervoerder op twee manieren te maken met mensen met een GGZ-achtergrond:

1) verwarde en/of agressieve mensen in treinen en op stations en 2) personen die suïcide plegen of pogingen daartoe ondernemen op het spoor.

Impact verwarde personen op sociale veiligheid

- Personen die in treinen en op stations overlast veroorzaken of zich tegen NS-personeel en reizigers richten, zijn vaak mensen zonder vaste woon- of verblijfplaats, verslaafden of personen met een GGZ-achtergrond. Incidenten met deze groep hebben vaker een gewelddadiger karakter omdat men onder invloed is of in geestelijk verwarde toestand.
- Naast maatregelen door NS (o.a. sluiten poortjes, cameratoezicht, Veiligheid & Service teams) en introductie van het stations- en verblijfsverbod, ontbreekt het aan (acute) hulpverlening en opvang. Dit met als gevolg dat deze verwarde personen, ondanks de repressieve maatregelen, toch op termijn terugkeren op en rond stations.
- NS heeft erop aangedrongen dat hulpverlening en opvang van overlastgevers nu deel uitmaakt van de extra Sociale Veiligheid maatregelen (maart 2015)¹. Bij de uitwerking hiervan is het ons inziens nodig om ook het ministerie van VWS en GGZ-ketenpartners te betrekken, aangezien de categorie 'verwarde personen' onderdeel is van de sociale veiligheid problematiek in het openbaar vervoer.

Opvolging en het weghalen van 'schijven' in de keten

- NS-personeel is alert en doet zijn uiterste best om verwarde personen aan te spreken en te helpen, maar opvolging moet door GGZ-professionals gebeuren. Hoe sneller opvang en hulpverlening op gang komt, hoe beter. Hier moet een doorbraak worden geforceerd.
- Goed voorbeeld van acute GGZ is de pilot 'Psycholance' in Amsterdam, waarbij gespecialiseerd ambulancepersoneel wordt ingezet bij meldingen over verwarde mensen op straat. Hierdoor hoeft de politie niet uit te rukken en krijgen verwarde personen de juiste zorg direct na de eerste 'overdracht' (OV- of beveiligingsmedewerker) en niet pas na de tweede (politie) of derde (arts) overdracht. Deze vorm van snellere en rechtstreekse afhandeling via professionals is niet alleen beter voor de verwarde persoon, maar ook voor de veiligheid van onze reizigers en ons personeel.

Suïcides op en rond het spoor

- Jaarlijks vinden er zo'n 200 suïcides en nog eens zo'n 250 suïcide-intenties plaats op en rond het spoor. Gebeurtenissen met een grote impact. Er is leed bij nabestaanden, maar ook bij direct betrokkenen zoals de machinist, de conducteur en iedereen die in de afhandeling een rol heeft. Het is ook ingrijpend voor de treindienst, denk aan reizigers die in de trein of op stations stranden.

¹ TK 28 642, nr. 60



- Vanuit maatschappelijk oogpunt is de spoorsector er dan ook veel aan gelegen spoorsuïcides terug te dringen en waar mogelijk te voorkomen, o.a. door het Suïcidepreventieprogramma Spoor van ProRail vanaf 2010. NS voorziet daarbij ProRail van data over suïcide-intenties, -pogingen en daadwerkelijke suïcides, zodat ProRail preventieve (fysieke) maatregelen kan treffen op risicolocaties.

Preventie en opvolging moeten hand in hand gaan

- Uit onderzoek blijkt dat twee derde van de mensen die suïcide pleegt op het spoor onder behandeling was bij een psychiatrische instelling². Het herkennen en in contact komen met mensen die suïcidaal zijn is van groot belang. NS en ProRail hebben in 2013 en 2014 de cursus 'Contact met (mogelijk) suïcidale personen rond het spoor' ontwikkeld. Inmiddels hebben 1000 medewerkers deze Gatekeepers-training afgerond en zullen nog eens 2000 NS-medewerkers de training doorlopen.
- In de praktijk heeft de training al vele malen (250 keer in 2014) tot herkenning van en interventie op suïcidepogingen geleid. Door deze relatief succesvolle, preventieve aanpak wordt NS-personeel wel vaker geconfronteerd met verwarde of psychotische personen. Dat verklaart ook deels de jaarlijks stijgende lijn aan geregistreerde intenties/pogingen. Sinds 2012 is er overigens een lichte daling van het daadwerkelijke aantal suïcides op het spoor.
- Preventie moet hand in hand gaan met opvolging in de zorgketen. Na een interventie door een NS-medewerker, is professionele opvolging in de GGZ-keten noodzakelijk. Die acute GGZ opvang en hulpverlening moet (continue) worden verbeterd.

² Proefschrift Cornelis van Houwelingen (2011)



LPGGz

Position paper rondetafelgesprek geestelijke gezondheidszorg, 18 mei 2015

Het debat over verwarde personen

De laatste maanden is het onderwerp verwarde personen veelvuldig in het nieuws. De koppeling met psychische aandoeningen wordt daarbij vaak te snel en te makkelijk gelegd. Bij verward gedrag is niet altijd sprake van psychische problematiek. Andersom: veel mensen verkeren in (acute) psychische nood, maar komen niet in beeld als verward persoon, omdat ze geen overlast veroorzaken. In het publieke en politieke debat worden termen als psychische problematiek, verwardheid en overlast vaak onzorgvuldig gebruikt en vermengd.

Het LPGGz pleit voor meer zorgvuldigheid in het debat over verwarde personen.

Als belangenbehartiger van cliënten en familie in de ggz concentreert het LPGGz zich op twee vragen:

- Hoe kunnen kwaliteit en continuïteit van hulp aan mensen met psychische aandoeningen verbeterd worden?
- Hoe creëert de samenleving meer ruimte voor mensen met psychische problematiek, zodat zij als volwaardig burger kunnen participeren?

Acute ggz

Er zijn veel signalen dat het aantal mensen dat in acute psychische nood verkeert en geen adequate hulp ontvangt toeneemt. Die signalen komen niet alleen vanuit de politie. Het aantal suïcides in Nederland neemt toe evenals het aantal dwangopnames en het aantal mensen met ggz-problematiek in de opvang. Het LPGGz ontvangt ook rechtstreeks signalen van cliënten en naastbetrokkenen van mensen die in crisis verkeren en niet adequaat worden opgevangen. (Zie ook bijlage: rapportage meldactie ambulantisering; LPGGz 2015)

Het SiRM-rapport benoemt acht grote knelpunten in de acute ggz, waardoor mensen onvoldoende tijdige toegang tot zorg krijgen en de kwaliteit en de continuïteit van zorg negatief beïnvloed wordt. De reactie van de minister van 7 mei jl. bevat veel goede intenties en heldere doelstellingen voor de lange termijn. Wij missen echter een gevoel van urgentie. De situatie dat mensen in psychische nood nergens terecht kunnen of als criminelen in een politiecel terecht komen is niet acceptabel. De ontwikkeling en implementatie van een multidisciplinaire zorgstandaard acute ggz zal veel tijd in beslag nemen. Er zijn ook acute maatregelen nodig om problemen rond coördinatie, overdracht, wachttijden, vervoer en kwaliteit eerste opvang aan te pakken.

Het LPGGz pleit voor een plan van aanpak op korte en middellange termijn om de acht knelpunten die in het SiRM-rapport over acute zorg genoemd zijn aan te pakken.

Laagdrempelige crisisvoorzieningen

Mensen met psychische problematiek die ervaring hebben met crisissituaties hebben behoefte aan een tweeledige aanpak: enerzijds verbeteringen in de ketenzorg bij acute crisissituaties, anderzijds laagdrempelige voorzieningen die kunnen helpen om crisissituaties te voorkomen of vroegtijdig op te lossen. Aan dat laatste besteedt de minister in haar beleid en in haar brief van 7 mei jl. nog te weinig aandacht.

De capaciteit voor bed-op-recept of time-outvoorzieningen schiet tekort. Het gaat om plaatsen waar cliënten gebruik van kunnen maken op het moment dat er een crisis dreigt of waarin de naaste omgeving de zorg niet meer aan kan. De time-out kan gebruikt worden om zaken op een rij te zetten en om zo nodig de zorg of medicatie bij te stellen.

De crisiskaart is een instrument waarbij de cliënt zelf vastlegt wat er in het geval van een (dreigende) crisis het best kan gebeuren. De crisiskaart versterkt de regie van de cliënt, heeft een preventieve werking en helpt dwang en drang te voorkomen. Uit de meldactie ambulantisering van het LPGGz



Landelijk Platform GGz

LPGGz

blijkt dat mensen met een crisiskaart aanzienlijk minder knelpunten ervaren dan mensen zonder crisiskaart (33% resp. 83%).

Deze voorzieningen bieden meer veiligheid voor cliënten en daarmee ook voor hun omgeving.

Het LPGGz pleit voor een actievere inzet vanuit het ministerie om voldoende time-outvoorzieningen en (verdere) implementatie van de crisiskaart in alle regio's te realiseren.

Wachttijden

Wachttijsten in de ggz en het niet tijdig leveren van adequate zorg leiden tot verergering van psychische problemen en toename van crisissituaties. Toegang tot zorg moet hoe dan ook gegarandeerd blijven voor wie dat dringend nodig heeft.

Uit de marktscan GGz 2014 van de NZa blijkt dat cliënten bij ongeveer een derde van de zorgaanbieders die GGz-zorg aan volwassenen bieden langer, en soms veel langer, dan de acceptabele wachttijd volgens de Treeknorm op behandeling moeten wachten. Voor kinderen en jeugdigen gaat het zelfs om bijna 50% van de aanbieders die de Treeknormen overschrijden. De zorgverzekeraar is in het kader van de zorgplicht gehouden om tijdige zorg beschikbaar te stellen aan haar verzekerden.

Het LPGGz pleit voor:

- ***een adequate invulling van de zorgplicht door zorgverzekeraars door zorgzoekende cliënten bijtijds (binnen de Treeknormen) toegang te geven tot gecontracteerde zorg;***
- ***een verscherpte, niet vrijblijvende, toezichthoudende rol van de NZa in dit verband;***
- ***het adequaat informeren van zorgzoekende cliënten over aanvaardbare wachttijden volgens de Treeknormen en wat te doen als deze dreigen overschreden te worden.***

Ambulantisering

In het bestuurlijk akkoord ggz is vastgelegd dat het aantal bedden in de ggz ten opzichte van 2008 met een derde zal worden teruggebracht. In het akkoord zijn tevens voorwaarden vastgelegd, onder meer op het gebied van huisvesting, ambulante zorg en betrokkenheid van gemeenten. Het LPGGz constateert dat de beddenreductie wel steeds meer vorm krijgt, maar dat de voorwaarden veel te weinig vervuld worden.

De opbouw van ambulante, intensieve zorg in de thuissituatie stagneert. In diverse regio's wordt zelfs bezuinigd op dit soort vormen van zorg (bijvoorbeeld FACT-teams). Concreet betekent dit dat cliënten en hun naaste omgeving te veel aan hun lot worden overgelaten.

De beschikbaarheid en toegankelijkheid van betaalbare woningen in geschikte wijken is een probleem. Daarnaast is sprake van wachttijsten bij beschermd wonen, zodat doorstroming stagneert. Ten slotte komt de noodzakelijke samenwerking tussen zorgverzekeraars, gemeenten en andere belangrijke partijen (zorgaanbieders, woningcorporaties, cliënt- en familieorganisaties) in veel regio's te laat en te traag op gang.

Het LPGGz pleit ervoor dat de minister meer verantwoordelijkheid neemt als het gaat om verwezenlijking van noodzakelijke voorwaarden voor ambulantisering. Tevens pleit het LPGGz voor meer sturing en regie op de totstandkoming van regionale prestatieafspraken. Ten slotte is helderheid gewenst over de middelen die het rijk heeft om op te treden als de noodzakelijke afspraken niet tot stand komen.

Positie ggz in het zorgstelsel

Met ingang van 2015 is het zorgstelsel drastisch veranderd. Voor de ggz is de stelselhervorming nog niet voltooid. De invoering van de ggz binnen de Wet langdurende zorg (motie Keijzer-Bergkamp) moet nog zijn beslag krijgen. De minister heeft inmiddels de vraag opgeroepen of een verdere overheveling vanuit de Zvw voor de langdurende ggz niet gewenst is. De voortdurende onzekerheid over de positie van de ggz is fnuikend. Het leidt tot grote onrust bij cliënten en familie en tot een



Landelijk Platform GGz

LPGGz

afwachting houding bij financiers en zorgaanbieders, waardoor de zo noodzakelijke samenwerking stagneert.

Het LPGGz pleit voor spoedige helderheid over de positie van de langdurende ggz in het zorgstelsel. Uitgangspunten daarbij moeten zijn:

- **spoedige realisering van toegang tot de Wet langdurende zorg, conform de gemaakte werkafspraken met veldpartijen en de motie Keijzer-Bergkamp;**
- **rust en stabiliteit, zodat weer ruimte ontstaat voor investeringen in kwaliteit, innovatie en samenwerking over de domeinen heen.**

Stigma

Ambulantisering betekent niet alleen dat cliënten ggz toegerust moeten worden om mee te doen in de samenleving, maar ook dat de samenleving zelf meer ruimte biedt voor mensen met psychische problemen. Stigmatisering en negatieve beeldvorming zijn nog steeds een groot probleem. De actuele discussie over verwarde personen dreigt in dat opzicht ook eerder een stap achteruit dan een stap vooruit te betekenen.

Het LPGGz pleit voor een intensieve voortzetting van activiteiten om stigma en zelfstigma tegen te gaan, vooral op lokaal en regionaal niveau.

Maatschappelijke positie van mensen met psychiatrische problematiek

Crisissituaties komen zelden alleen voort uit de psychische aandoening zelf, maar hangen veelal samen met problemen op andere terreinen: geen huis hebben, geen werk of zinvolle dagbesteding, schulden, je niet veilig of thuis voelen in de eigen omgeving. Mensen met langdurende psychische problemen verkeren veelal in een grote maatschappelijke achterstandssituatie. Dat is niet nieuw. Het LPGGz constateert op onderdelen wel een verslechtering:

- minder mogelijkheden voor (ondersteuning naar) werk;
- slechtere inkomenspositie; dit leidt ook direct tot een groeiend aantal onverzekerden, slechtere toegang tot de zorg en dus meer crisissituaties;
- voorzieningen voor inloop en dagbesteding staan onder druk; dit versterkt het sociale isolement van mensen.

Het LPGGz pleit voor een brede aanpak om de maatschappelijke positie van mensen met langdurende psychische problematiek te versterken en daarmee risico's van isolement en uitsluiting te verkleinen

Op maandag 18 mei 2015 neemt Nic Vos de Wael, senior beleidsadviseur, deel aan het rondetafelgesprek van de vaste Kamercommissie VWS, namens het Landelijk Platform GGz. Nic Vos de Wael is via de mail te bereiken n.vosdewael@platformggz.nl of per telefoon 06-26170180. Het algemene telefoonnummer van het Landelijk Platform GGz is 030 236 37 65.

Meldactie Ambulantisering



Landelijk Platform GGz

LPGGz



Landelijk Platform GGz

LPGGz

maart 2015

Landelijk Platform GGz

Maliebaan 87, 3581 CG Utrecht

Ontwerp: Suggestie & illusie

Aanleiding

Afspraken over ambulantisering in Bestuurlijk Akkoord GGz

In de geestelijke gezondheidszorg zijn afspraken gemaakt dat mensen minder vaak worden opgenomen in een ggz-instelling en vaker in de eigen thuissituatie zorg ontvangen. Oftewel: minder bedden en meer zorg in de wijk. We noemen deze ontwikkeling ambulantisering. Afspraken over ambulantisering zijn gemaakt in het Bestuurlijk Akkoord GGz. Dit akkoord is in 2013 gesloten tussen het ministerie van VWS, Zorgverzekeraars Nederland en de ggz-sector, waaronder het Landelijk Platform GGz, GGZ Nederland en het NVvP.

Afbouw bedden, opbouw ambulante zorg en ondersteuning vanuit gemeenten

Zorgverzekeraars hebben een zorgplicht voor mensen met psychische problemen en moeten voldoende klinische en ambulante zorg inkopen. In het Bestuurlijk Akkoord GGz is afgesproken dat in 2020 een derde deel van alle bedden zal worden afgebouwd in vergelijking met de situatie in 2008. Maar tegenover deze beddenreductie moet een landelijk dekkend aanbod van ambulante zorg en begeleiding worden opgebouwd. Ambulante zorg moet er voor zorgen dat de cliënt die in de wijk woont, in beeld blijft en levensbrede ondersteuning krijgt. Deze zorg wordt bij voorkeur geleverd door multidisciplinaire teams. Een voorbeeld zijn (F)ACT-teams. Deze teams bestaan uit een hoofdbehandelaar uit de specialistische ggz (bijvoorbeeld een psychiater), een ervaringsdeskundige, een SPV'er (Sociaal Psychiatrische Verpleegkundige) en een arbeidsdeskundige. Het gaat om specialistische ggz-zorg die vanuit de Zorgverzekeringswet gefinancierd wordt.

De ambulante teams of (F)ACT-teams moeten aansluiten bij buurtteams en andere vormen van ondersteuning bij participatie. Deze sociale voorzieningen liggen meer op het terrein van gemeenten. Gemeenten zijn sinds 2015 verantwoordelijk voor goede dagbesteding, individuele begeleiding, toeleiding naar werk en adequate huisvesting. De gemeenten zijn geen partner in het Bestuurlijk Akkoord GGz, maar in het akkoord is de noodzaak tot samenwerking met gemeenten wel benadrukt.

Waarom ambulantisering?

Zorg in de thuissituatie biedt meer kansen voor mensen met psychische problemen om hun eigen leven zoveel mogelijk voort te zetten. Mensen worden niet uit hun vertrouwde omgeving gehaald en kunnen zoveel mogelijk hun dagelijkse leven continueren (werk, school, sociale contacten). Er zijn wel risico's aan ambulantisering verbonden, want niet iedereen is in staat om zelfstandig te leven met een psychische kwetsbaarheid. En als iemand zelfstandig woont moet de zorg en begeleiding rondom de cliënt goed geregeld zijn.

Monitoring ambulantisering

Binnen het Bestuurlijk Akkoord GGz hebben de partijen afgesproken om het ambulantiseringproces te monitoren. Een eerste rapportage van het Trimbos-instituut verscheen in januari 2015. De belangrijkste conclusies zijn dat de beddenafbouw snel gaat, en de opbouw van ambulante teams en sociale voorzieningen te traag.

De 'Meldactie Ambulantisering' van het Landelijk Platform GGz is het eerste onderzoek dat gevolgen van ambulantisering voor cliënten en familie in beeld brengt. Directe aanleiding voor deze meldactie zijn signalen die bij ons binnen kwamen van (ex) cliënten en naastbetrokkenen uit onze achterban over wachtlijsten in de ggz en een tekort aan ambulante en integrale zorg. Ook wijzen cijfers en berichten op een toename van verwarde mensen op straat.

Toelichting Meldactie Ambulantisering 2015

De Meldactie Ambulantisering had een looptijd van 12 januari tot 3 maart 2015. In totaal hebben 334 mensen de vragenlijst ingevuld. Het merendeel van de respondenten (61%) is zelf cliënt of cliënt geweest. En 29% heeft de vragenlijst als partner, familielid, vriend of bekende ingevuld. De overige respondenten waren hulpverlener of op een andere manier bij een cliënt betrokken.

De respondenten bestaan voor een gedeelte uit mensen die lid zijn van het ggz-panel van het Landelijk Platform GGz. Andere respondenten meldden zich doordat ze attent gemaakt zijn op de meldactie door het Landelijk Platform GGz en haar lidorganisaties en regionale en lokale cliëntenorganisaties. De resultaten van de meldactie geven een duidelijke indicatie van de knelpunten die cliënten en familie bij ambulantisering ervaren.

Samenvatting uitkomsten

1. Crisiszorg

Belangrijkste knelpunten:

- Van de 334 respondenten heeft 41% in het afgelopen jaar te maken gehad met een crisis.
- Van de 334 respondenten zegt 12% dat zij in de afgelopen twaalf maanden geen crisiszorg hebben gehad op een moment dat dat wel nodig was.
- 72% van de mensen die in crisis raakten is aangeglopen tegen knelpunten bij de crisiszorg.
- Mensen mét een crisiskaart melden veel minder knelpunten dan mensen zonder crisiskaart: 33% om 83%.

De voornaamste knelpunten bij een crisisopname zijn:

- Geen time-out voorziening om tijdelijk tot rust te kunnen komen: 46%
- Gebrek aan goede zorg en ondersteuning na afloop van de crisis: 44%
- Naastbetrokkenen onvoldoende geïnformeerd: 36%

Een greep uit de uitspraken die mensen doen bij 'zorg in crisissituaties':

- "GGZ-instelling komt pas laat in actie. Als de hulpverlening handelt is dat helaas vooral in termen van drang en dwang. Informatie wordt slecht overgedragen. Er wordt dikwijls langs elkaar heen gewerkt."
- "Crisiszorg bleef enorm in gebreke. Ik word behandeld in de gespecialiseerde GGZ TRTC zorg in een andere provincie dan waar ik woonachtig ben en telkens stuit ik daar tegen de onmogelijkheden van samenwerkende zorg. Ook bij een crisis of andere noodzakelijke hulp lijkt alles te stagneren omdat men niet weet waar men me naar toe moet sturen en wie daar op dat moment hoofdbehandelaar is of crisiszorg moet verstrekken. Niemand lijkt dan te weten waarheen met mij."
- "Mijn psychiater was niet bereikbaar toen ik in crisis raakte. Ik heb de GGZ instelling meerdere malen gebeld, maar ik moest telkens weer een andere dag terugbellen dan wel wachten of men mij zou bellen."
- "Als ik nu in crisis raak is er helemaal geen opvang meer. Dus: of de crisis gaat vanzelf weer over zonder dat er erge dingen gebeurd zijn, of het loopt uit de hand (dissociatie/zelfbeschadiging). Dan word ik naar de separeer van de crisisdienst gebracht, wat voor mij geen passende opvang is, omdat ik claustrofoob ben. Toen ik nog een bed-op-recept had, kon ik zelf de regie houden en om hulp vragen als ik dreigde in crisis te raken. Dat was voor mijn eigenwaarde beter, en ik heb toen nooit in de separeer gezeten. (.....) Toen ik nog een bed-op-recept had, was ik 'goedkoper' dan nu: ik glijd nu van de ene in de andere crisis en kom in contact met politie, ambulance, crisisdienst, rechters."

2. Wonen

Van de 334 respondenten heeft 16,5% in de afgelopen twaalf maanden te maken gehad met een verhuizing. De helft van hen verhuisde naar een eigen woning of verhuisde van een behandelkliniek naar een beschermde woonvorm. Bij de andere helft ging het om: verhuizing naar een andere afdeling binnen dezelfde instelling, verhuizing naar een gelijksoortige instelling of een tijdelijke opname in verband met crisis.

De mensen die verhuisd zijn naar een zelfstandige woning rapporteren op bijna alle gebieden knelpunten:

- Wachtlijsten voor een woning: 59%
- Moeilijk een woning te vinden in een geschikte buurt: 77%
- Moeilijk om een betaalbare woning te vinden: 65%
- Financiële achteruitgang: 59%
- Te weinig ondersteuning bij het zoeken naar een woning: 65%
- Te weinig zorg en ondersteuning om zelfstandig te kunnen wonen: 59%

Bij verhuizing naar beschermd wonen meldt een meerderheid problemen:

- Door wachtlijsten
- Door onvoldoende (informatie over) wooninitiatieven van zorggebruikers en hun naasten
- Geen keuzevrijheid

Bij verhuizingen als gevolg van sluitingen van afdelingen binnen een instelling zijn de belangrijkste knelpunten:

- Wisseling van begeleiders
- Geen keuze waar je terecht komt
- Onvoldoende informatie

Een greep uit de uitspraken die mensen doen over 'wonen':

- "Na anderhalf jaar onvoldoende ambulante zorg en klachten wegens overlast, via rechter woning kwijtgeraakt. Nu na stabilisatie nog steeds opgenomen omdat er geen woning (meer) te vinden is. Woningbouwvereniging wil patiënt niet meer terug. Beschermde woonvorm heeft lange wachtlijst."
- "Binnen de instelling moest mijn man in een half jaar vier keer verhuizen. Wij werden daar niet van tevoren over ingelicht."
- "Eerst heeft een nogal plotselinge verhuizing van de meest intensief begeleide afdeling naar open afdeling plaatsgevonden en enkele weken later vond overplaatsing naar een soort opvanghuis met beperkte begeleiding plaats. Nu gaan mensen van dat opvanghuis weer naar een tijdelijke plek, omdat die afdeling sluit. Na een tijdje krijgen ze dan een definitieve plek maar mijn zoon gaat zelfstandig wonen."
- "De wachtlijsten zijn lang. Voor de zwaardere groep patiënten zijn er weinig/geen goede alternatieven. In deze regio is de zorg van ambulante teams ver beneden de maat waardoor zelfstandig wonenden onverantwoorde risico's lopen."

3. Ondersteuning in de buurt

Mensen die zelfstandig wonen krijgen zeer uiteenlopende vormen van zorg en ondersteuning: hulp in het huishouden, hulp bij sociale contacten en vrije tijd, hulp bij dagritme en structuur, dagbesteding, hulp bij administratie, financiële of juridische hulp, begeleiding naar scholing of werk. Van de respondenten zegt ongeveer 35% mantelzorg te ontvangen.

De voornaamste knelpunten die mensen signaleren zijn:

- Te weinig zorg bij het omgaan met psychische problemen: 49%
- Te weinig mensen om me heen aan wie ik om steun kan vragen: 56%
- Overbelasting familie en vrienden: 52%
- Te weinig mensen om leuke dingen in vrije tijd mee te ondernemen: 56%
- Te veel verschillende gezichten van allerlei instanties: 44%

Een greep uit de uitspraken die mensen doen over 'ondersteuning in de buurt':

- "Mijn zoon heeft klassiek autisme. Het kost enorm veel moeite om een relatie, hoe summier ook, met hem op te bouwen. Hulp moet zeer gestructureerd, consequent zijn. Dat kan ik niet van een van de buurtgenoten verwachten."
- "Zou wel ondersteuning kunnen gebruiken gezien problemen in het huishouden en rond zelfzorg, maar het wordt niet opgestart. Maanden nauwelijks begeleiding gehad na wisseling van behandeling. Nu eens in de week een oppervlakkig gesprek waarmee niets verandert, continue wisselingen in hulpverlener door ontslagen en langdurig zieken. Al een jaar sprake van gaan uitproberen antipsychotica of antidepressiva, maar door alle wisselingen in hulpverlening nog steeds niet kunnen starten."
- "Op mantelzorgers wordt veel te veel afgewenteld."

Standpunt en aanbevelingen

Landelijk Platform GGz

Ambulantisering

Het Landelijk Platform GGz staat achter de ontwikkeling van ambulantisering. Mensen ontvangen zorg en ondersteuning in hun eigen leefomgeving en krijgen daardoor meer kansen om hun eigen leven voort te zetten en te participeren in de samenleving.

Het afbouwen van bedden is echter een ingrijpend proces dat zorgvuldig moet worden vorm gegeven en dat hand in hand moet gaan met de opbouw van ambulante zorg en de noodzakelijke sociale voorzieningen.

Het succes van ambulantisering staat of valt met de beschikbaarheid en kwaliteit van ambulante teams die dichtbij de cliënt en zijn naaste omgeving staan. Ambulante zorg, geboden in een keten van zorg en ondersteuning, is essentieel om cliënten (weer) hun weg in de samenleving te laten vinden.

Het Landelijk Platform GGz signaleert dat het aanbod van ambulante zorg onvoldoende is opgebouwd waardoor (ex)cliënten onvoldoende ondersteuning krijgen.

Op dit moment worden te veel cliënten aan hun lot overgelaten. Daardoor komen onnodig veel mensen in crisis terecht (41% van de respondenten van de Meldactie). En als er sprake is van een crisissituatie gaat er te vaak iets mis (72%).

Capaciteit ambulante teams onvoldoende

De capaciteit van de ambulante teams is onvoldoende. Zorgverzekeraars hebben volgens de Zorgverzekeringswet een zorgplicht, maar het lijkt erop dat er te weinig ambulante zorg (zoals bijvoorbeeld (F)ACT teams) wordt gecontracteerd om alle cliënten met psychische problemen (tijdig) zorg te kunnen bieden. De kans neemt toe dat door het ontbreken van voldoende ambulante zorg, het aantal verwarde mensen op straat toeneemt en er meer situaties ontstaan van zorgmijding, overlast, uithuiszetting en onwenselijke crisissituaties. We horen te vaak over kwetsbare, zieke mensen die in een politiebusje worden afgevoerd en in een politiecel worden opgesloten, terwijl zij gewoon zorg nodig hebben. Te veel mensen, maar liefst 41% van de respondenten van deze meldactie, heeft in de afgelopen maanden een crisissituatie meegemaakt.

Andere recente onderzoeksgegevens onderschrijven de conclusies van het LPGGz dat de huidige capaciteit van ambulante zorg onvoldoende is:

- Uit een nieuwsbrief van februari 2015 van (F)ACT Nederland blijkt dat het aantal teams in Nederland voor alleen al de forensische psychiatrie op 20 blijft steken. Terwijl er honderden nodig zijn volgens de Raad voor de Volksgezondheid.
- Uit onderzoek van het Wetenschappelijk Onderzoek en Documentatie Centrum van september 2014 blijkt dat een derde van de politiemedewerkers een toename van het aantal verwarde personen en bijbehorende problematiek constateert.
- Uit registratie van de politie blijkt dat het aantal incidenten met verwarde personen tussen 2012 en 2013 met een kwart gestegen is. Een jaar later is er opnieuw een forse stijging van 20%.
- De voornaamste conclusie uit het onderzoek van het Trimbos-instituut van februari 2015 is dat de opbouw van ambulante teams te traag gaat.

Capaciteit gespecialiseerde ggz

De capaciteit van de gespecialiseerde ggz wordt drastisch afgebouwd. Hierdoor is er in heel Nederland sprake van wachtlijsten in de ggz. In 2014 heeft zowel het Landelijk Platform GGz als de NZA onderzoek gedaan naar de wachtlijsten in de specialistische ggz. Uit de Meldactie van het Landelijk Platform GGz blijkt dat 45% van de mensen langer moet wachten dan de wettelijke norm van 6 weken tot een intakegesprek. En 21% van de mensen geeft aan langer te moeten wachten dan 4 maanden op een behandeling. Ook het aantal 'bedden op recept' is afgebouwd. Bedden op recept bieden mensen met een psychische kwetsbaarheid de mogelijkheid om bij dreigende terugval of toenemende klachten een korte periode te worden opgenomen om tot rust te komen en eventueel wat extra begeleiding en/of bijstelling van medicatie te krijgen. Bedden op recept (of andere vormen van time-out voorzieningen) zijn een noodzakelijke voorziening bij ambulantisering. Door de wachtlijsten en een tekort aan bedden op recept (in 46% van de gevallen) is opname vrijwel uitsluitend mogelijk als dit plaatsvindt in een gedwongen kader.

Het rijk moet als systeemverantwoordelijke meer sturen op regionale afspraken, prestatieafspraken en transparantie. Nu volgen verzekeraars, gemeenten en aanbieders voornamelijk hun eigen koers en (financiële) belangen.

Het Landelijk Platform GGz is van mening dat op regionaal niveau zorgverzekeraars- en zorgaanbieders concrete afspraken moeten maken over het aantal benodigde ambulante teams per regio, alsmede over time-out voorzieningen (zoals bed-op-recept). Ook moeten er duidelijke (prestatie)afspraken worden gemaakt over ketenzorg en crisisopvang, zodat de wettelijke toegang tot zorg conform de Zorgverzekeringswet wordt gegarandeerd.

Voor de preventie van crises is het belangrijk dat gemeenten voldoende persoonlijke begeleiding bieden aan ggz-cliënten, vanuit de WMO. Daarnaast moeten gemeenten en verzekeraars samen afspraken maken over een betere implementatie van de crisiskaart. De Crisiskaart is een instrument waarbij de cliënt zelf vastlegt hoe er in geval van een (dreigende) crisis het best gehandeld kan worden. De kaart wordt met hulp van een ervaringsdeskundige en in overleg met de behandelaar opgesteld. De Crisiskaart (die door het Zorginstituut is erkend als good practice in de langdurige zorg, versterkt de regie van de cliënt, heeft een preventieve werking en helpt dwang en drang te voorkomen.

Uit de resultaten van de meldactie blijkt hoe goed de Crisiskaart werkt. Van de 21 respondenten met een Crisiskaart meldden 7 personen knelpunten in de crisiszorg (33%). Van de 59 respondenten zonder Crisiskaart meldden 49 personen knelpunten (83%).

Onvoldoende afstemming tussen ggz en de sociale voorzieningen

Het ontbreekt op regionaal niveau aan goede samenwerking en afstemming tussen verzekeraars en gemeenten.

Als de klinische zorg wordt afgebouwd en mensen met psychische kwetsbaarheid zich in hun eigen woon- en leefomgeving moeten handhaven, dan is een toereikend aanbod van sociale voorzieningen een belangrijke voorwaarde. Juist deze voorzieningen moeten voorkomen dat kwetsbare mensen tussen wal en schip vallen en ervoor zorgen dat zij zoveel mogelijk kunnen meedoen in de maatschappij.

Wonen

Het aanbod van betaalbare woningen in een veilige wijk voor mensen met psychische kwetsbaarheid is beperkt en de wachtlijsten zijn lang, zo blijkt uit deze meldactie. Er is nauwelijks inzicht in de keuzemogelijkheden en mensen worden onvoldoende ondersteund bij het zoekproces naar een woning.

Het is van belang dat er zowel landelijk als lokaal wordt geïnvesteed in een gevarieerd aanbod van woonvoorzieningen, uiteenlopend van (zeer) beschermd tot (bijna) zelfstandig. Ook moet hierbij een goede doorstroming plaatsvinden vanuit klinieken naar zelfstandig wonen.

Woningbouwcoöperaties, gemeenten en verzekeraars moeten op regionaal en lokaal niveau hierover prestatieafspraken maken. Ook is het van belang dat partijen meer bekend worden met mensen met psychische problemen en meer gaan samenwerken met de ggz. Zo kunnen onnodige uithuiszettingen worden voorkomen.

Opzegging Bestuurlijk Akkoord GGz: cliënt de dupe

De minister heeft het Bestuurlijk Akkoord GGz eenzijdig opgezegd terwijl het veranderproces van ambulantisering volop in gang is. Het LPGGz is van mening dat de minister haar systeemverantwoordelijkheid moet nemen en landelijke sturing moet geven m.b.t. de opbouw van ambulante zorg en samenwerking in de keten. De aanhoudende onzekerheid over de financiering van de langdurende ggz is een belemmering voor de noodzakelijke samenwerking en innovatie. De positie van ggz-cliënten in de nieuwe Wet langdurende Zorg is nog steeds niet helder. Minister Schippers heeft bovendien aangekondigd de positie van de langdurende ggz in de Zvw te willen herzien.

Het Landelijk Platform GGz maakt zich zorgen om de bestuurlijke impasse die momenteel is ontstaan. Als de landelijke regie op een dergelijk ingrijpende stelselverandering in de ggz wordt losgelaten, dreigt de kwetsbare cliënt de dupe te worden.

Bijlage 1 Cijfers en tabellen

Periode 05-01-2015 t/m 03-03-2015

Aantal resultaten: 334

1

Voor wie vult u de vragenlijst in?

Antwoord	Aantal keer	Percentage totaal
Mijzelf	204	61%
Mijn partner	21	6%
Mijn kind	53	16%
Mijn vader/moeder	10	3%
Ander familielid	7	2%
Vriend of bekende	6	2%
Cliënt die door mij geholpen wordt	12	4%
Anders, namelijk	14	4%
Aantal keer beantwoord	327	98%
Aantal keer overgeslagen	7	2%

2

Welke leeftijd heeft u (de persoon die ondersteuning nodig heeft)?

Antwoord	Aantal keer	Percentage totaal
0 t/m 5 jaar	0	0%
6 t/m 12 jaar	7	2%
13 t/m 17 jaar	10	3%
18 t/m 23 jaar	13	4%
24 t/m 49 jaar	166	50%
50 t/m 69 jaar	109	33%
Vanaf 70 jaar	22	7%
Aantal keer beantwoord	327	98%
Aantal keer overgeslagen	7	2%

Wat is de samenstelling van het huishouden (van de persoon die zorg en ondersteuning nodig heeft)?

Antwoord	Aantal keer	Percentage totaal
Alleenstaand	164	49%
Alleenstaande ouder	22	7%
Inwonend bij ouders/familie	17	5%
Samenwonend/gehuwd met kinderen	40	12%
Samenwonend/gehuwd zonder kinderen	63	19%
Anders, namelijk	21	6%
Aantal keer beantwoord	327	98%
Aantal keer overgeslagen	7	2%

4 Maakte u het afgelopen jaar (2014) gebruik van zorg en/of ondersteuning?

Antwoord	Aantal keer	Percentage totaal
Ja	288	86%
Nee (nooit)	11	3%
Nee, maar vroeger wel	19	6%
Anders, namelijk	11	3%
Aantal keer beantwoord	329	99%
Aantal keer overgeslagen	5	1%

5 Van welke voorzieningen voor zorg en ondersteuning heeft u in 2014 gebruik gemaakt?

Antwoord	Aantal keer	Percentage totaal
Behandeling en verblijf in een ggz-instelling	65	18%
Beschermd wonen (BW)	18	5%
Ambulante behandeling	187	56%
Dagbehandeling	20	6%
Individuele begeleiding thuis	94	28%
Dagbesteding, dagactiviteiten (begeleiding in een groep)	54	16%
Dagopvang, inloophuis	10	3%
Thuiszorg, hulp in de huishouding	57	17%
Begeleiding naar en/of bij scholing en werk	18	5%
Anders, namelijk	51	15%
Aantal keer beantwoord	295	88%
Aantal keer overgeslagen	39	12%

6 Van welke voorzieningen voor zorg en ondersteuning heeft u vóór 2014 gebruik gemaakt? (meerdere antwoorden mogelijk)

Antwoord	Aantal keer	Percentage totaal
Behandeling en verblijf in een ggz-instelling	134	40%
Beschermd wonen (BW)	29	9%
Ambulante behandeling	211	63%
Dagbehandeling	62	19%
Individuele begeleiding thuis	100	30%
Dagbesteding, dagactiviteiten (begeleiding in een groep)	76	23%
Dagopvang, inloophuis	15	4%
Thuiszorg, hulp in de huishouding	62	19%
Begeleiding naar en/of bij scholing en werk	35	10%
Anders, namelijk	49	15%
Aantal keer beantwoord	319	96%
Aantal keer overgeslagen	15	4%

7

Heeft u in de afgelopen twaalf maanden een verhuizing meegemaakt (binnen of buiten de instelling)?

Antwoord	Aantal keer	Percentage totaal
Ja	54	16%
Nee	275	82%
Aantal keer beantwoord	329	99%
Aantal keer overgeslagen	5	1%

8

Om wat voor soort verhuizing ging het?

Antwoord	Aantal keer	Percentage totaal
Naar een andere afdeling binnen dezelfde instelling	7	2%
Naar een andere woon- of behandelingplek buiten mijn instelling	9	3%
Van een ggz-instelling voor behandeling naar een beschermde woonvorm (BW)	3	1%
Van een ggz-instelling naar een zelfstandige woonplek (eigen woning of bij familie)	6	2%
Van een beschermde woonvorm (BW) naar een zelfstandige woonplek (eigen woning of bij familie)	1	0%
Een tijdelijke opname in een ggz-instelling	9	3%
Anders, namelijk	19	6%
Aantal keer beantwoord	54	16%
Aantal keer overgeslagen	280	84%

9 Wat was de reden dat u bent verhuisd?

Antwoord	Aantal keer	Percentage totaal
Mijn afdeling werd samengevoegd met een andere afdeling	4	1%
Mijn afdeling werd gesloten of kreeg een andere bestemming	8	2%
Mijn behandelaar/begeleider en ik vonden dat ik eraan toe was om meer zelfstandig te gaan wonen	5	1%
De instelling vond dat ik eraan toe was zelfstandiger te gaan wonen, ikzelf vond van niet.	4	1%
Ik ben verhuisd naar een plek waar ik meer zorg en ondersteuning kan ontvangen	8	2%
Anders, namelijk	24	7%
Aantal keer beantwoord	53	16%
Aantal keer overgeslagen	281	84%

10 Heeft u knelpunten ervaren?

Antwoord	Aantal keer	Percentage vraag	Percentage totaal
Ja	39	72%	12%
Nee	15	28%	4%
Aantal keer beantwoord	54		16%
Aantal keer overgeslagen	280		84%

11

Kunt u aangeven in hoeverre u onderstaande knelpunten heeft ervaren?

Stelling	Past helemaal	Past een beetje	Neutraal	Past niet zo	Past helemaal niet
Door samenvoeging of sluiting van afdelingen kreeg ik andere begeleiders	17 (44.7%)	4 (10.5%)	4 (10.5%)	1 (2.6%)	8 (21.1%)
Ik werd onvoldoende geïnformeerd over de samenvoeging of sluiting van de afdeling	11 (28.9%)	3 (7.9%)	5 (13.2%)	2 (5.3%)	12 (31.6%)
Na de samenvoeging of sluiting van mijn afdeling had ik weinig keuze waar ik terecht kwam	18 (47.4%)	2 (5.3%)	3 (7.9%)	1 (2.6%)	10 (26.3%)
Ik heb geen invloed gehad op de beslissing om zelfstandiger te gaan wonen	8 (21.1%)	4 (10.5%)	4 (10.5%)	3 (7.9%)	16 (42.1%)
Toen ik zelfstandiger ging wonen, werd ik onvoldoende voorbereid op de nieuwe situatie	9 (23.7%)	7 (18.4%)	3 (7.9%)	1 (2.6%)	13 (34.2%)
Toen ik zelfstandiger ging wonen, kreeg ik onvoldoende zorg en begeleiding	10 (26.3%)	7 (18.4%)	3 (7.9%)	1 (2.6%)	15 (39.5%)
Ik ging eerder met ontslag dan gepland	9 (23.7%)	3 (7.9%)	5 (13.2%)	0 (0%)	17 (44.7%)
Ik ben verhuisd naar een plek met meer zorg en ondersteuning maar dat vond ik niet nodig	3 (7.9%)	4 (10.5%)	3 (7.9%)	1 (2.6%)	23 (60.5%)

12 Bent u in het afgelopen jaar naar beschermd wonen verhuisd of heeft u plannen gehad daarnaar toe te verhuizen?

Antwoord	Aantal keer	Percentage vraag	Percentage totaal
Ja	9	17%	3%
Nee	43	83%	13%
Aantal keer beantwoord	52		16%
Aantal keer overgeslagen	282		84%

13 Heeft u knelpunten ervaren toen u wilde verhuizen naar beschermd wonen?

Antwoord	Aantal keer	Percentage vraag	Percentage totaal
Ja	8	80%	2%
Nee	2	20%	1%
Aantal keer beantwoord	10		3%
Aantal keer overgeslagen	342		97%

14 Kunt u aangeven in hoeverre u onderstaande knelpunten heeft ervaren?

Stelling	Past helemaal	Past een beetje	Neutraal	Past niet zo	Past helemaal niet
Toen ik van de instelling naar een voorziening voor beschermd wonen wilde, had ik onvoldoende keuze waar ik kon gaan wonen.	5 (50%)	2 (20%)	1(10%)	0 (0%)	0 (0%)
Toen ik naar beschermd wonen wilde, was er een wachtlijst	6 (60%)	1(10%)	0 (0%)	0 (0%)	1(10%)
Er zijn onvoldoende wooninitiatieven opgericht door zorggebruikers en hun naasten	6 (60%)	1(10%)	1(10%)	1(10%)	0 (0%)
Er is onvoldoende informatie over wooninitiatieven opgericht door zorggebruikers en hun naasten	5 (50%)	1(10%)	2 (20%)	0 (0%)	0 (0%)

15

Bent u in het afgelopen jaar verhuisd naar een zelfstandige woning of heeft u plannen gehad om zelfstandig te gaan wonen.

Antwoord	Aantal keer	Percentage vraag	Percentage totaal
Ja	19	37%	6%
Nee	33	63%	10%
Aantal keer beantwoord	52		16%
Aantal keer overgeslagen	282		84%

16

Kunt u aangeven in hoeverre u onderstaande knelpunten heeft ervaring bij verhuizing naar zelfstandig wonen?

Stelling	Past helemaal	Past een beetje	Neutraal	Past niet zo	Past helemaal niet
Toen ik wilde verhuizen naar een zelfstandige woning stond ik op een wachtlijst.	10 (58.8%)	2 (11.8%)	0 (0%)	1 (5.9%)	4 (23.5%)
Ik vond het erg moeilijk om een woning te vinden in een geschikte buurt of wijk	13 (76,5%)	2 (11.8%)	1 (5.9%)	0 (0%)	1 (5.9%)
Ik vond het erg moeilijk om een woning te vinden die betaalbaar was	11 (64.7%)	3 (17.6%)	2 (11.8%)	0 (0%)	1 (5.9%)
Zelfstandig wonen betekende voor mij een flinke financiële achteruitgang (denk aan kosten voor huur, energie, levensonderhoud)	10 (58.8%)	4 (23.5%)	1 (5.9%)	1 (5.9%)	1 (5.9%)
Ik heb te weinig ondersteuning gekregen bij het zoeken naar een geschikte woning	11 (64.7%)	1 (5.9%)	3 (17.6%)	1 (5.9%)	1 (5.9%)
Toen ik zelfstandiger ging wonen, werd ik onvoldoende voorbereid op de nieuwe situatie	9(52.9%)	3 (17.6%)	2 (11.8%)	2 (11.8%)	1 (5.9%)
Er was onvoldoende zorg en ondersteuning om zelfstandig te kunnen wonen	10 (58.8%)	3 (17.6%)	3 (17.6%)	1 (5.9%)	(0%)

17

Heeft u in de afgelopen twaalf maanden ervaring gehad met een crisis of crisisvoorziening?

Antwoord	Aantal keer	Percentage vraag	Percentage totaal
Ja	136	41%	41%
Nee	193	59%	58%
Aantal keer beantwoord	329		99%
Aantal keer overgeslagen	5		1%

18

Met welke crisisvoorzieningen heeft u ervaring?

Antwoord	Aantal keer	Percentage vraag	Percentage totaal
Ambulante crisiszorg	56	42%	17%
Crisiszorg in dagbehandeling	10	7%	3%
Gesloten afdeling in een instelling	38	28%	11%
Een afdeling voor gespecialiseerde crisiszorg	12	9%	4%
Een 'time-out' voorziening zoals een 'zorghotel'	8	6%	2%
Opname in een 'detox' afdeling	0	0%	0%
24-uurs opsluiting in een politiecel	3	2%	1%
Geen crisiszorg gehad, maar ik had die wel nodig	39	29%	12%
Anders, namelijk	26	19%	8%
Aantal keer beantwoord	134		40%
Aantal keer overgeslagen	200		60%

19

In hoeverre passen de volgende uitspraken bij uw ervaring?

Stelling	Past helemaal	Past een beetje	Neutraal	Past niet zo	Past helemaal niet
Toen ik tijdelijk meer zorg nodig had was er plek in een instelling	32 (24.2%)	10 (7.6%)	16 (12.1%)	22 (16.7%)	46 (34.8%)
Toen ik in een (acute) crisis was werd er snel een oplossing voor korte termijn geregeld	40 (30.3%)	22 (16.7%)	12 (9.1%)	16 (12.1%)	37 (28%)
Toen ik in een crisis kwam, werden mijn naasten direct geïnformeerd en betrokken	24 (18.2%)	8 (6.1%)	24 (18.2%)	16 (12.1%)	50 (37.9%)
De crisiszorg was al met al goed afgestemd op mij als persoon	29 (22%)	14 (10.6%)	17 (12.9%)	18 (13.6%)	46 (34.8%)
Ik heb een crisiskaart die me helpt om een volgende crisis beter te voorkómen of beter te laten verlopen	22 (16.7%)	16 (12.1%)	13 (9.8%)	7 (5.3%)	66 (50%)
Toen ik het nodig had was er een time-out voorziening waarin ik tijdelijk kon verblijven om tot rust te komen	24 (18.2%)	6 (4.5%)	16 (12.1%)	11 (8.3%)	66 (50%)
Na de crisis was er aansluitend goede zorg en ondersteuning	30 (22.7%)	16 (12.1%)	20 (15.2%)	15 (11.4%)	45 (34.1%)

20

Heeft u knelpunten ervaren?

Antwoord	Aantal keer	Percentage vraag	Percentage totaal
Ja	93	72%	28%
Nee	36	28%	11%
Aantal keer beantwoord	129		39%
Aantal keer overgeslagen	205		61%

21

Heeft u knelpunten ervaren? (Antwoorden van mensen mét en zónder crisiskaart)

Antwoord	Mét crisiskaart	Zónder crisiskaart
Ja	7 (33%)	49 (83%)
Nee	14 (67%)	10 (17%)
Aantal keer beantwoord:	21 (100%)	59 (100%)

22

Kunt aangeven in hoeverre u onderstaande knelpunten heeft ervaren?

Stelling	Past helemaal	Past een beetje	Neutraal	Past niet zo	Past helemaal niet
Er was geen crisisplek toen ik opgenomen moest worden	24 (25.8%)	8 (8.6%)	19 (20.4%)	8 (8.6%)	29 (31.2%)
Er was wel een crisisplek, maar te ver uit de buurt	9 (9.7%)	6 (6.5%)	23 (24.7%)	9 (9.7%)	40 (43%)
Het duurde te lang voor de crisisplek geregeld was	24 (25.8%)	15 (16.1%)	18 (19.4%)	4 (4.3%)	26 (28%)
Er was geen time-out voorziening die ik nodig had om een dreigende crisis te voorkómen	43 (46.2%)	12 (12.9%)	8 (8.6%)	6 (6.5%)	19 (20.4%)
Na de crisiszorg was er geen goede nazorg geregeld	41 (44.1%)	14 (15.1%)	12 (12.9%)	4 (4.3%)	15 (16.1%)
Naastbetrokkenen werden niet geïnformeerd over mijn crisis	33 (35.5%)	14 (15.1%)	17 (18.3%)	4 (4.3%)	20 (21.5%)

23

Maakt u gebruik van een vorm van ondersteuning bij u in de buurt?

Antwoord	Aantal keer	Percentage vraag	Percentage totaal
Ja	80	24%	24%
Nee	215	66%	64%
Anders, namelijk	33	10%	10%
Aantal keer beantwoord	328		98%
Aantal keer overgeslagen	6		2%

24

Welke ondersteuning gebruikt u?

Antwoord	Aantal keer	Percentage vraag	Percentage totaal
Hulp bij het huishouden	33	30%	10%
Hulp om onder de mensen te komen (een sociaal netwerk opzetten en onderhouden)	31	28%	9%
Vrije tijdsactiviteiten	28	26%	8%
Hulp bij dagritme en structuur	36	33%	11%
Mantelzorgondersteuning	38	35%	11%
Maatschappelijke opvang (blijf-van-mijn-lijfhuizen en daklozenopvang)	2	2%	1%
Dagopvang, inloophuis	10	9%	3%
Dagactiviteitencentrum	20	18%	6%
Financiële en/of juridische hulp	20	18%	6%
Begeleiding naar scholing/werk	15	14%	4%
Hulp bij administratie	26	24%	8%
Anders, namelijk	45	41%	13%
Aantal keer beantwoord	109		33%
Aantal keer overgeslagen	225		67%

25

Kunt u aangeven in hoeverre u onderstaande knelpunten heeft ervaren?

Stelling	Past helemaal	Past een beetje	Neutraal	Past niet zo	Past helemaal niet
Ik heb geen zinvolle dagbesteding of vrijwilligerswerk	22 (21%)	17 (16.2%)	11 (10.5%)	16 (15.2%)	36 (34.3%)
Ik heb te weinig zorg bij het omgaan met mijn psychische problemen	23 (21.9%)	28 (26.7%)	12 (11.4%)	22 (21%)	16 (15.2%)
Ik heb te weinig uren voor begeleiding gekregen	25 (23.8%)	21 (20%)	21 (20%)	17 (16.2%)	18 (17.1%)
Ik heb onvoldoende begeleiding naar werk	16 (15.2%)	10 (9.5%)	24 (22.9%)	14 (13.3%)	35 (33.3%)
Ik heb onvoldoende ondersteuning bij financiële en praktische zaken (huishouden, administratie, boodschappen)	14 (13.3%)	20 (19%)	22 (21%)	15 (14.3%)	30 (28.6%)
Ik heb te weinig mensen om me heen aan wie ik om steun kan vragen	30 (28.6%)	29 (27.6%)	15 (14.3%)	15 (14.3%)	15 (14.3%)
Mijn familie of vrienden worden te zwaar belast met de zorg voor mij	26 (24.8%)	29 (27.6%)	17 (16.2%)	16 (15.2%)	15 (14.3%)
Ik krijg geen ondersteuning die aansluit bij wat ik wil en kan	27 (25.7%)	25 (23.8%)	22 (21%)	16 (15.2%)	13 (12.4%)
Ik zie te veel verschillende gezichten van allerlei instanties	24 (22.9%)	22 (21%)	23 (21.9%)	19 (18.1%)	14 (13.3%)
Ik heb weinig mensen met wie ik leuke dingen in mijn vrije tijd kan ondernemen.	35 (33.3%)	24 (22.9%)	15 (14.3%)	14 (13.3%)	15 (14.3%)

26

Wilt u bij de volgende aspecten aangeven waarover u zich het meest zorgen maakt?

Antwoord	Aantal keer	Percentage vraag	Percentage totaal
Cliënten vallen tussen de wal en het schip	220	68%	66%
Cliënten vereenzamen	139	43%	42%
Cliënten raken eerder in crisis	124	38%	37%
Onvoldoende behandelplaatsen	93	29%	28%
Onvoldoende crisisplaatsen	81	25%	24%
Onvoldoende beschermde woonvoorzieningen	64	20%	19%
Onvoldoende opleidings- en werkvoorzieningen	62	19%	19%
Toename aantal dak- en thuislozen	75	23%	22%
Onvoldoende eigen regie bij cliënten	89	27%	27%
Overbelaste mantelzorgers	171	53%	51%
Onvoldoende deskundige ondersteuning	159	49%	48%
Aantal keer beantwoord	325		97%
Aantal keer overgeslagen	9		3%

Bijlage 2 Opmerkingen en verdiepingsvragen

In deze bijlage vind u een selectie van opmerkingen die de problemen illustreren waar cliënten en familieleden tegenaan lopen.

Het gaat om de toelichting die zij gaven op de knelpunten op het gebied van

- A. Verandering van woonsituatie
- B. Crisisvoorzieningen
- C. Zorg en ondersteuning in de thuissituatie

Alle uitspraken zijn geanonimiseerd door verwijzing naar instelling of zorgverlener weg te halen.

Ook als het een positieve verwijzing betreft.

Toelichting Ervaren knelpunten bij verhuizing
Binnen de instelling moest mijn man in een half jaar 4 keer verhuizen! Wij werden daar niet van tevoren over ingelicht. We werden voor een voldongen feit geplaatst. Steeds een andere kamer, andere medepatiënten, andere hulpverleners. Nu is mijn man eindelijk een half jaar in een ander gebouw, en nu kregen we plotseling een afspraak voor intake ouderenpsychiatrie. Ook dat is niet eerst met ons besproken.
Het nieuwe team nam geen kennis van eerder gemaakte afspraken. Er was helemaal geen duidelijkheid over afloop en gevolgen van de verhuizing, er werd niet eens een brief met informatie gestuurd. Sinds de samenvoeging zijn er veel minder bedden, dus mijn hele regeling werd veranderd, en uiteindelijk geschrapt.
We werden ondergebracht bij een instelling voor verstandelijk gehandicapten. De gemeente/de ggz-instelling vonden dit een goede oplossing in verband met de participatiewet. Pas toen cliënten wegbleven i.v.m. de vele prikkels door de verstandelijk gehandicapten (schreeuwen, door de ruimte lopen, zich overal mee bemoeien) werd dit teruggedraaid. Maar we zijn nog steeds niet hersteld van de schok.
Eerst heeft een nogal plotselinge verhuizing van de meest intensief begeleide afdeling (1 op 1) in Y naar open afdeling in X plaatsgevonden en enkele weken later vond overplaatsing naar een soort opvanghuis met beperkte begeleiding plaats. Nu gaan de mensen van dat opvanghuis weer naar een tijdelijke plek in Y, omdat die afdeling in X sluit. Na een tijdje krijgen ze dan een definitieve plek in Y, maar mijn zoon gaat zelfstandig wonen. Hij stond op de lijst voor een kanswoning, zijn ambulante begeleider en hijzelf vonden hem niet geschikt voor begeleid wonen, omdat hij teveel mensen om zich heen zou hebben. Hij zou enige woonbegeleiding krijgen, maar dat blijkt nu niet het geval te zijn.
Weer zonder enkele zorg naar huis. [...]Op een heftige gesloten afdeling zou er niets van onze zoon overblijven en dit hebben wij ouders niet gedaan. Je kreeg behandeling en later moest je nog zelf voor woning en werk zorgen. Het heeft voor ons goed uitgepakt. Op de 19e verjaardag een diagnose autisme. Waardoor onze zoon nu zelfstandig begeleid gaat wonen en op weg naar werk.
Door de bezuinigingen werd de eerste groep waar mijn zoon zat gesloten, hij was daar net gewend en voelde zich redelijk veilig. Toen dus alles opnieuw op een nieuwe groep...

Toelichting Ervaren knelpunten bij verhuizing

Ik heb geen opname gehad maar door de bezuinigingen in het centrum te E. heeft het 18 maanden geduurd voordat mijn behandeling kon starten. [...] Ze waren erg terughoudend om me op te nemen maar later toen mijn diagnose bekend was geworden is wel aangegeven dat ik eigenlijk een opname had moeten hebben. Doordat ik in een financiële noodsituatie kwam moest ik verhuizing naar een andere gemeente waar ik wel een woning kon krijgen. [...] Ik moest helemaal opnieuw bijstand aanvragen met de bijbehorende stress gesprekken en onzekerheid en een financieel 'gat' van een maand waar ik financieel moeilijk uit kan komen. [...]

Samenwerking was vastgelopen daardoor overplaatsing naar Klinisch Intensieve Begeleiding (KIB), nu in afwachting van de volgende stap van wonen en begeleiding.

Na anderhalf jaar onvoldoende ambulante zorg ggz en klachten wegens overlast, via rechter woning kwijtgeraakt. Nu na stabilisatie nog steeds opgenomen omdat er geen woning (meer) te vinden is. Woningbouwvereniging wil patiënt niet meer terug. Beschermd woonvorm heeft lange wachtlijst. Situatie had voorkomen kunnen worden indien zorg beter was geweest en er op tijd was ingegrepen. Woonde hiervoor 20 jaar met vallen en opstaan zelfstandig.

Mijn zoon is na een plaatsing van ruim 9 maanden in een gesloten afdeling weer naar de open afdeling gegaan. Hiervoor was sprake van een plaats op de wachtlijst van BW, maar door crisis verliep dat weer. In de open afdeling verhuisde mijn zoon weer naar een 'kamer' met eigen opgang, terwijl hij liever zelfstandiger zou gaan wonen. Steeds werden beslissingen voor hem genomen. Het levert veel stress op dat hij niet zelfstandiger kan gaan wonen in een BW ook al omdat hij nu 3 jaar of meer op de wachtlijst staat. [...]

De ggz-afdeling ging dicht. Hierdoor kon ik niet meer bij mijn psychiater en psycholoog terecht. Ik ben in een ggz-afdeling voor mijn Bipolaire aandoening in X terecht gekomen. Ik ben onder behandeling van een psychiater die ik nooit zie en een basisarts. Als ik bel voor hulp dan word ik niet goed geholpen en de psychiater krijg ik nooit aan de telefoon.

Er komt veel meer bij een verhuizing kijken dan bij de gemeente eventjes een adreswijziging doorgeven. Adreswijziging doorgeven aan UWV, aanvragen van een nieuw TV+internet abonnement (omdat ik anders nog elke dag bij mijn moeder ben) zijn gedaan. [...] Een massa papier- en telefonisch geregeld wat in een maand gedaan moet worden, dat is voor mij zeer stresserend. [...] Het is niet alleen de boel schoonmaken, dozen uitpakken en kasten inrichten, wat al een zeer lange tijd een chaos is en vuil is.... Ik kom daar in mijn eentje niet uit. Hulp aanvragen bij WMO is wel mijn plan maar dat doe ik al een jaar niet, te veel regelwerk. Ik laat liever alles een troep want dat levert minder stress op, maar ik ben het ook ontzettend beu om altijd chaos te hebben. Het is gewoon onleefbaar, ik voel me er niet thuis.

Zware GGZ ZZP 5 c met recht op verblijf en rechtelijke machtiging (RM) nodig 24-uurs zorg één zorgverlener die altijd in nabijheid is. Hij kan niet deelnemen aan de maatschappij, is zeer beperkt, geen zelfredzaamheid en de toekomstprognose is slecht. Overgeheveld naar de Wmo gemeente. Ik hoop dat spoedig de toelatingscriteria klaar zijn en hij overgeheveld wordt naar de WLZ. Bij de gemeente hebben ze geen expertise of enige kennis dat is zorgelijk .

Mijn zoon (23 jaar oud dus) belde zelfstandig naar makelaars. Dan kwam meteen de vraag "Wat is uw inkomen"? Antwoord "Dat is een Wajong-uitkering. Als we met drieën onze Wajong-uitkering bij elkaar leggen hebben we ruimschoots voldoende om de vaste lasten per maand te voldoen plus geld over te houden voor levensonderhoud". Tot zijn grote frustratie werd hij keer op keer afgewezen. Zonder duidelijke vermelding van redenen van afwijzing overigens. Maar die laat zich makkelijk raden natuurlijk: een makelaar wenst geen huurders in zijn woning die een Wajong-uitkering hebben.

Toelichting Ervaren knelpunten bij verhuizing

De crisisafdeling verhuisde van K naar L. Het maximum aantal bedden werd verminderd naar zes. De cliënten van een andere afdeling kwamen erbij. Het werd vele maler drukker, soms zo druk dat je geen bed had die nacht voor een Bed Op Recept (BOR).

Ik heb het gevoel dat met ambulante zorg mij niet alles geboden kan worden wat ik echt nodig heb. De zorg is 45 minuten in de week dat is met zoveel klachten die chronische post traumatische stress stoornis (cptss) geeft heel weinig. Je bent teveel op je zelf aan gewezen ook als het helemaal niet goed gaat.

Het is net wat langer geleden dat we verhuisd zijn en nu moeten we weer weg, maar het is allemaal zo onduidelijk!

Toelichting ervaren knelpunten bij crisis

Ik weet eigenlijk niet wat ik hier op moet antwoorden. Mijn begeleider (SPV) mocht mij in eens niet meer begeleiden/ondersteunen (zie plotselinge uitschrijving 1 april 2014). Deze SPV-er (Sociale psychiatrische verpleegkundige) en mijn huisarts hadden goed contact met elkaar en met mij en wisten precies wat ze moesten doen als het erg slecht met me ging/gaat. Ik zit nu in een soort van slechte situatie en alleen mijn huisarts kan me nu nog begeleiden/ondersteunen.

Altrecht zei: "We hebben geen psychiater voor u." De huisarts zei: "Ik ga mijn handen er niet aan branden." Met als gevolg: geen behandelaar.

Ik heb ambulante begeleiding. In crisis was mijn behandelaar niet bereikbaar. Er werd mij geen alternatief geboden. Ik moest het zelf maar zien vol te houden totdat er de mogelijkheid was contact te hebben.

Over het algemeen kan ik het goed aan. Bij tijd en wijle bel ik mijn begeleiding als ik in 'nood' zit.

Mevrouw word met ontslag gestuurd, zonder een natraject na een poging suïcide. Tijdens de opname zit mevrouw te zoeken naar een nieuwe mogelijkheid voor suïcide. Echtgenoot geeft dit aan maar krijgt geen gehoor bij de betrokken instelling. Opnameafdeling sluit niet aan op een eventuele behandeling, omdat het twee aparte organisaties zijn is er geen aansluiting. Echtgenoot heeft de afgelopen twee jaar aangegeven dat het steeds slechter ging. Hier werd niet naar geluisterd en mevrouw had dus geen time out plek. Echtgenoot/ mantelzorger en zoon raken compleet overbelast. Zoon hierdoor korte tijd bij familie onder gebracht.

Ggz-instelling komt pas laat in actie. Als de hulpverlening handelt, is dat helaas vooral in termen van drang en dwang. Informatie wordt slecht overgedragen. Er wordt dikwijls langs elkaar heen gewerkt.

Kunnen niet omgaan met een euthanasie verzoek, dreigen met BOPZ.

Crisiszorg bleef enorm in gebreke. Ik word behandeld in de gespecialiseerde ggz TRTC zorg in een andere provincie dan waar ik woonachtig ben en telkens weer stuit ik daar tegen de onmogelijkheden van samenwerkende zorg twee provincies en gespecialiseerde ggz-zorg. Ook bij een crisis of andere noodzakelijke hulp lijkt alles te stagneren, omdat men niet weet waar men me naartoe moet sturen en wie daar op dat moment hoofdbehandelaar of crisis zorg moet verstrekken [...].

Toelichting ervaren knelpunten bij crisis

Mijn zoon is thuis, in de GGZ Delftland is hij drie weken gesepareerd en platgespoten en op straat gezet en naar justitie verwezen. De politie nam geen zombie mee ten einde raad heeft de GGZ Delftland zijn moeder gebeld die hem weer in huis nam.

Stabiel en wetende dat ik toch niet werd geholpen, heb ik het samen met mijn partner opgelost.

Mijn psychiater was niet bereikbaar toen ik in crisis raakte. Ik heb de ggz-instelling meerdere malen gebeld maar ik moest telkens weer een andere dag terugbellen dan wel wachten of men mij zou bellen.

Als ik nu in crisis raak, is er helemaal geen opvang meer. Dus òf de crisis gaat vanzelf weer over zonder dat er te erge dingen gebeurt zijn òf het loopt uit de hand,[...] dan wordt ik naar de separeer van de crisisdienst gebracht, wat voor mij geen passende opvang is, omdat ik claustrofoob ben. En inmiddels is de verhouding tussen mij en de crisisdienst zo op de punt gedreven, dat zich de geneesheer-directeur voor mijn belangen tegenover de medewerkers inzet. Toen ik nog een bed-op-recept had, kon ik zelf de regie houden en om hulp vragen als ik dreigde in crisis te raken. Dat was voor mijn eigenwaarde beter, en ik heb toen nooit in de separeer gezeten. De escalaties van nu, zijn toen nooit voorgekomen.

Toelichting op knelpunten ondersteuning in thuissituatie

Een aantal respondenten geeft aan dat het belangrijkste knelpunt is dat er geen ondersteuning is of dat ze die niet kunnen bereiken.

- Ik heb geen mantelzorg of een echt goed buurtcontact.
- In de woonplaats is zelf geen ondersteuning, klein dorp.
- Deze is al een jaar weg bezuinigd.
- Ik heb wel gehoord dat er een buurtcoach is, maar ik zou niet weten waar ik die voor kan aanspreken.
- Ik ondersteun mezelf. Vertrouwen kwijt in veel hulp.
- Ik weet niet welke ondersteuning hier in de buurt is.
- Ik heb geen sociale contacten.
- Ik zou niet weten waar ik terecht kan.
- Hij heeft zeer vertrouwde mensen nodig op vaste tijden en continuïteit. Ook daarin kan de reguliere zorg niet voldoen.

Mijn huisarts heeft mij wel een keer naar de POH-GGZ gestuurd. Wat raar is, want ik loop al bij de psychiater in de ggz. De POH-GGZ was op zijn zachtst gezegd een eikel en had totaal geen empathie of juiste kennis. Hij stuurde mij (hoogopgeleide vrouw) naar een voorziening voor mensen die niet eens hun eigen administratie kunnen doen ... het was echt een fiasco !

De zorg wordt 1 op 1 gegeven. Andere opties zijn op dit moment niet aanwezig. Hij heeft jaren in en instelling gewoond waar hij ernstig verwaarloosd werd, er werd geen aandacht besteed en worden veel fouten gemaakt. Er zijn in de instelling te weinig psychiaters aanwezig. Dat zal de komende jaren alleen maar toenemen, doordat in de ggz zoveel wordt bezuinigd op alles. Voor de komende jaren zal het aantal ggz-patiënten toenemen en zullen er wachtlijsten ontstaan. Wat zorgelijk is is dat er gevaarlijke situaties ontstaan en het zal veel meer geld kosten dan nu het geval is.

Ontzorgd, en advies gekregen, euthanasie niet mogelijk. Als we niks weten, geven wij de voorkeur aan suïcide.

Toelichting op knelpunten ondersteuning in thuissituatie

Ik zou wat meer mogelijkheden willen ervaren om werk op mijn MBO-denkniveau te vinden ipv vrijwilligerswerk (is onder mijn niveau).

Bovenstaande wordt door een PGB ingekocht maar de 24:00 zorg blijft voor rekening van het gratis aandeel van zijn moeder. Deze zorg is in ZIN niet beschikbaar zou dan alleen als zeer negatief ingevuld kunnen worden. Maar wat als mijn moeder er niet meer is????

Mijn woonbegeleidster komt één keer per week twee uurtjes. Er wordt dan steeds gekeken waar ik behoefte aan heb. Haar agenda is zo vol dat als zij een vergadering heeft of ik iets anders dat het dan moeilijk is in te plannen om op een ander moment te komen.

Ik weet niet welke zorg er is ik weet de zorg in de buurt niet er wordt me niks aangedragen. Misschien is er wel zorg in mijn buurt ik heb geen enkel idee.

Geen van deze, maar wel nodig. Het lukt hem door zijn beperkingen niet de hulp aan te vragen die hij nodig heeft, omdat dit niet te overzien is, verandert en te ingewikkeld is geworden.

Totaal ongeschikt bij mijn ziektebeeld. Toch is dat met name door de gemeente keer ook keer het antwoord op een hulpvraag. Ze weten dat het niet kan, maar dat moet steeds weer bewezen en uitgelegd (en vervolgens besproken en vergaderd) worden. Chronisch is een woord dat ze niet kennen....

Mijn zoon heeft klassiek autisme. Het kost enorm veel moeite om een relatie, hoe summier ook, met hem op te bouwen. Hulp moet zeer gestructureerd, consequent zijn. Dat kan ik niet van een van de buurtgenoten verwachten.

Ik zou dit wel kunnen gebruiken gezien problemen in het huishouden en rond zelfzorg, maar het wordt niet opgestart. Maanden nauwelijks begeleiding gehad na wisseling van behandeling op een poli psychiatrie naar ggz. Nu eens per week een oppervlakkig gesprek waarmee niets verandert, continu wisselingen in hulpverlener door ontslagen en langdurig zieken. Al een jaar sprake van gaan uitproberen van anti-psychotica of antidepressiva maar door alle wisselingen in hulpverlening nog steeds niet kunnen starten.

Overige opmerkingen en aanvullingen

De POH-GGZ en de huisarts als hulp voor de ggz-patiënt vindt ik echt NIET passend. Zij hebben geen deskundigheid en als patiënt wordt je de dupe. Ik maak me hier erge zorgen over. Mag nu nog maar 12 uur per jaar zorg binnen de ggz. Echt belachelijk!! Er is echt een tekort aan passende zorg. Zeker als je als patiënt wat intelligenter bent....

Er is geen dagbehandeling meer in de regio terwijl mijn kind dat heel hard nodig heeft. Deeltijdbehandeling is gekoppeld aan school maar mijn kind heeft autisme en gaat al een jaar niet naar school....

Dat de mantelzorger meer betrokken wordt bij behandeling en ook gehoord wordt en niet alleen maar als 'lastig' word ervaren.

Er zal een percentage mensen blijven wonen in de beschutte omgeving van een psychiatrische instelling. Er moet echt voor gewaakt worden dat dit niet weer een restgroep wordt, waarbij verder niet meer ingezet wordt op behandeling en herstel. Deze Wlz groep heeft het volste recht op een uitstekende behandeling, en goede huisvesting.

Overige opmerkingen en aanvullingen

Indien er sprake is van kindermishandeling in huis of een probleemsituatie is de drempel naar hulp alleen maar hoger. Geen apart telefoonnummer. Sociaal team in dorp X. Receptioniste van gemeente wil inhoudelijk weten over probleemsituatie? Hulpverlening door maatschappelijk werk i.p.v. jeugdzorg???

Ben op het moment bezig bij een trtc. Dit kan alleen voor diagnostiek. Ze hebben van tevoren al gezegd dat er een opnamestop voor de behandeling is. Dus het is nog afwachten hoe het nu verder gaat. Ik weet niet of ik ergens voor behandeling terecht kan.

De POH (GGz) is ongeschikt om mensen met een chronische psychiatrische ziekte te behandelen. Men is NIET deskundig!!

Toen ik nog een bed-op-recept had, was ik goedkoper dan nu, waar ik echt van de ene crisis in de volgende glijd, waar alsmaar politie, ambulance, crisisdienst, rechters etc. zich met mij moeten bezig houden.

Vrijgevestigde behandelaren krijgen te weinig vergoed door zorgverzekeraars, veel hulpverleners met een eigen praktijk gaan geen contracten meer aan met verzekeraars, maar daardoor wordt het ook lastiger om met een laag inkomen bij een vrijgevestigde hulpverlener hulp te krijgen (alleen met een restitutiepolis mogelijk). Terwijl mijn eigen ervaring is dat veel vrijgevestigde therapeuten niet voor niets kiezen voor buiten een instelling werken (meer tijd voor patiënten en behandeling op maat van patiënt), wat ik juist een pluspunt vind.

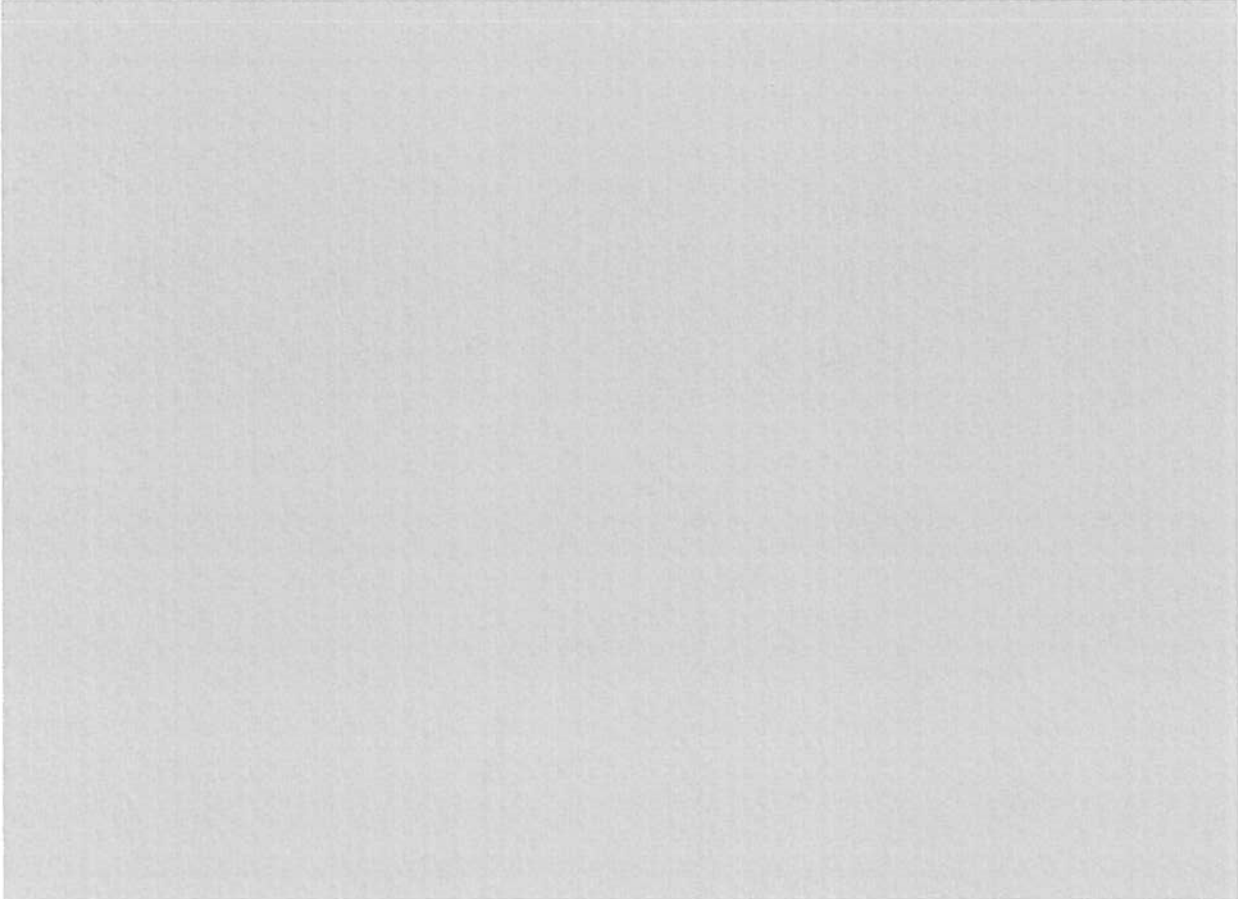
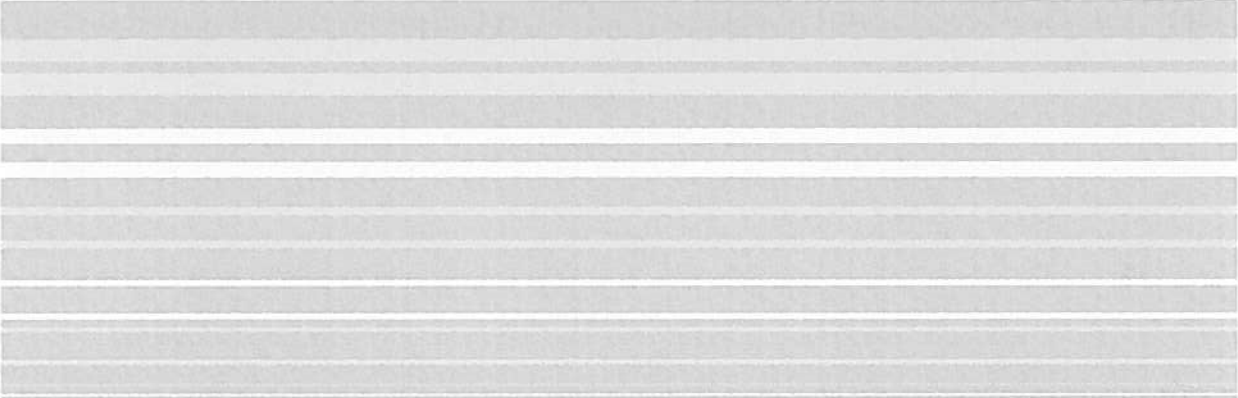
Mijn ambulante SPV-er zou graag zien dat ik naar de huisarts omgezet wordt, aangezien ik maar één keer per maand OP DIT MOMENT een gesprek nodig heb. Ik heb bij lotgenoten gezien, dat dat doorgevoerd wordt met als gevolg dat als het slechter met je gaat geen beroep kunt doen op de ggz. Pas als de ggz beoordeelt dat je bijna in crisis bent mag je weer binnen. De ggz gaat ervan uit dat de huisarts dat oplost. Mij hebben ze nog niet naar mijn huisarts overgezet omdat mijn huisarts niet meewerkt. Hij vindt dat hij niet genoeg kennis heeft over de medicatie die ik slik.

Aandacht voor preventie! Voorkom erger, lange wachtlijsten ambulante zorg/ggz moeten weg!!! Voorkom je m.i. een hoop persoonlijk leed mee, en mensen kunnen participeren in de maatschappij en werk sneller weer oppakken. Nu raken steeds meer mensen buiten de maatschappij, raken sociaal geïsoleerd, niet oké!!!!

Tja, net als heel Nederland vraag ik me zoveel af voor de toekomst. In mijn woonplaats worden alle soorten dagbesteding nu bij elkaar gebracht onder de noemer 'De Stadskamer'. De panden waar een ggz-instelling nu de huur nog voor betaalt moeten leeg, dus waar moeten we allemaal naartoe?

Deze regering kijkt niet goed naar de kinderen met 24 uren-zorg die thuis een intensieve begeleiding krijgen. Zij krijgen niet alleen zorg, maar worden ook begeleid om zoveel mogelijk uit hun ontwikkeling te halen. Er wordt niet goed naar de mantelzorgers gekeken. Zij willen werken, maar dat kan ook niet als je kind 24 uren-zorg en begeleiding nodig heeft.

Het gaat dus over mijn zoon, 23 en half jaar oud. Hij woonde vier jaar in het Leo Kannerhuis. Daarna anderhalf jaar bij X instelling te Z. Bij de laatste instelling was er zgn. ambulante begeleiding. De kamer die hij kreeg was ter grootte van een bezemkast. [...] Met deze instantie heb ik als ouder überhaupt nooit vrouwelijk kunnen communiceren. Zij zeiden dan meteen dat het hun plicht was om alles wat ze met mij als ouder communiceerden, door te vertellen aan mijn zoon (vanwege zijn zogeheten volwassen leeftijd + de vertrouwensrelatie van hen als ambulante begeleiding) Een onmogelijke 'tangpositie' voor mij als ouder. [...] Ik ben een uitermate positief ingesteld persoon, maar wat betreft zorginstellingen ben ik uitermate negatief. Wat mij betreft moeten ze stuk voor stuk op de schop. Ze maken misbruik van financiën, ze hebben geen hart voor de echte nood van hun cliënten, ze hebben 'n keiharde opstelling ten aanzien van ouders. Ik spreek uit ervaring. Drie van onze zonen hebben te maken met ambulante zorg of zorg in natura.



LPGGz

Landelijk Platform GGz
Maliebaan 87, 3581 CG Utrecht
www.platformggz.nl



Position Paper Rondetafelgesprek GGZ, 18 mei 2015

Inleiding

De Federatie Opvang ontvangt al enige tijd signalen¹ van leden (instellingen voor maatschappelijke opvang) dat meer mensen met evidente psychische stoornissen zich bij de opvang melden voor onderdak en hulp.

De laagdrempelige opvang, zoals de dag- en nachtopvang, is niet toegerust op het omgaan met mensen met ernstige en acute psychische stoornissen. Aan dakloze psychiatrische patiënten kan niet de juiste zorg worden geboden, hetgeen negatieve gevolgen heeft voor hun gezondheid en hun veiligheid. Ook de veiligheid van andere opvanggebruikers en van medewerkers komt in het geding.

Om deze groep mensen de juiste hulp te kunnen bieden ervaart de maatschappelijke opvang een aantal knelpunten.

Knelpunten

Het grootste knelpunt is de toegankelijkheid van de zorg. De mensen die zich melden voor hulp hebben allemaal financiële en administratieve problemen. Zij zijn onverzekerd of ze staan niet ingeschreven in de Basisregistratie Personen en kunnen daardoor geweigerd worden door een zorgverzekeraar voor een basispolis. Hebben ze wel een basispolis, dan hebben zij geen geld om het eigen risico van €375 te betalen. Mensen in de laagdrempelige opvang hebben vaak een inkomen dat bestaat uit een daklozenuitkering. Dat is een bijstandsuitkering waarop de gemeente een korting toepast vanwege het ontbreken van woonlasten. Een voorbeeld: de gemeente Vlaardingen kort de bijstandsuitkering voor dakloze mensen met 60%. Dan is er geen geld voor zorgverzekering of eigen risico mogelijk.

Daarnaast speelt de ingewikkelde toegang tot gespecialiseerde ggz. Een patiënt moet een verwijsbrief van de huisarts overleggen. De gespecialiseerde ggz kan niet rechtmatig zorg declareren zonder die verwijsbrief en zal mensen zonder verwijzing niet in zorg nemen. Mensen in de daklozenopvang hebben vaak geen huisarts². De regeling voor vergoedingen voor zorgverleners voor onverzekerbare vreemdelingen geldt niet voor zorg geleverd aan Nederlanders en moedigt zorgverleners dus niet aan zorg te bieden aan niet verzekerde dakloze mensen. Inzet van een arts of psychiater voor cliënten in de laagdrempelige opvang is in het huidige systeem niet goed mogelijk. Op de openbare geestelijke gezondheidszorg (oggz) is bezuinigd, oggz komt niet meer voor in de Wmo2015. Het voorzien in ongevraagde (ggz)zorg voor mensen kan verergering van stoornissen voorkomen.

Een verder knelpunt is dat de uitvoering van de noodzakelijke randvoorwaarden voor ambulantisering en decentralisatie van de zorg naar gemeenten niet voldoende ter hand is genomen. In het Bestuurlijk Akkoord ggz is afgesproken dat partijen lokaal afspraken maken over mogelijkheid, inhoud en tempo van beddenafbouw. Ook is afgesproken dat

¹ Brief FO aan Tweede Kamer: <http://www.opvang.nl/site/item/federatie-opvang-vraagt-aandacht-tweede-kamer-voor-dakloze-psychiatrische-p>

² <http://medischcontact.artsennet.nl/archief-6/Tijdschriftartikel/148491/Basiszorg-voor-daklozen-is-urgent-probleem.htm>

men lokaal met alle relevante partijen gaat overleggen om het beleid rond ambulantisering mogelijk te maken.

De FO constateert dat het noodzakelijke beleid niet is ontwikkeld, bijvoorbeeld op het gebied van woonruimte voor mensen die door het afschaffen van ZZP 1 en 2 en door beddenafbouw niet langer in de ggz kunnen verblijven. Er is een acuut gebrek aan betaalbare éénpersoonswoningen (1- en 2-kamerwoningen). Dit type woning is het meest schaars in Nederland³. Mensen die niet kunnen wonen, zijn aangewezen op verblijf op straat, waar zij een extra zorg zijn voor bijvoorbeeld de politie.

Voor ggz cliënten geldt dat zij te maken hebben met een aantal voorwaarden voordat zij een woning kunnen huren. Het gaat dan niet alleen om betaalbaarheid en beschikbaarheid, maar ook over toewijzingsbeleid van gemeenten en risicotaxatie van nieuwe huurders door corporaties.

Als mensen geen woning hebben, kunnen zij ook geen ambulante ggz behandeling aan huis krijgen. Het uitblijven van ggz behandeling kan weer leiden tot verergering van stoornissen en tot overlast. Kortom, als de basisvoorwaarden van het bestaan niet op orde zijn, zoals onderdak, inkomen en veiligheid, is het te verwachten dat problemen zich blijven voordoen in het publieke domein.

Wat is nodig?

De Federatie Opvang vindt dat het er niet zozeer om gaat dat er meer aparte opvang voor verwarde personen op straat komt, maar dat geïnvesteerd wordt in preventieve en structurele maatregelen. Goede toegankelijke zorg en behandeling, voldoende betaalbare kleine woningen (met begeleiding of bescherming), goede afspraken over de oggz. Dit vraagt om domein-overstijgende afspraken op het terrein van volksgezondheid, volkshuisvesting, veiligheid en justitie en sociale zaken. Zowel landelijk, als regionaal/lokaal. Concrete suggesties voor invulling van die afspraken zijn de volgende:

Landelijk:

1. Maak ongevraagde (collectieve) ggz zorg mogelijk en beschikbaar in de laagdrempelige opvang of op straat via Zvw, Wmo of Wcpv, desnoods via een 'Koppelingsfonds'⁴
2. Regel een bodem in de Wet Werk en Bijstand (Participatiewet), zodanig dat een korting tot 60% of 70% wegens ontbreken van woonlasten niet mogelijk is⁵ en er voldoende geld overblijft voor onderdak, voedsel en zorgverzekering
3. Investeer in een actieplan 'Veilig wonen', waarin zorgverzekeraars, woningcorporaties en gemeenten een impuls krijgen om het aantal betaalbare éénpersoonswoningen, met de mogelijkheid van bescherming, begeleiding en behandeling, uit te breiden

Lokaal/regionaal:

4. Maak in elke gemeente afspraken met politie, opvang en zorginstellingen, corporaties en GGD over directe hulp en zorgverlening in acute gevallen
5. Maak in elke (centrum)gemeente prestatie afspraken met woningcorporaties en zorgaanbieders over voldoende beschikbare, betaalbare woningen met zorg
6. Zorg voor beleid op het gebied van wonen, uitkeringen, schuldhulp dat ervoor zorgt dat mensen door financiële ontregeling niet uitgesloten raken van verzekerde zorg en van huisvesting. Maak dit onderdeel van een toets door de Inspectie SZW en vraag de gemeenteraden hierop te controleren.

³

http://vois.datawonen.nl/quickstep/QSReportAdvanced.aspx?report=cow13_101&geolevel=nederland&geoitem=1&period=most_recent_period

⁴ Koppelingsfonds is de oude naam van het fonds voor de kosten van de gezondheidszorg voor onverzekerbare vreemdelingen

⁵ Het betreft hier de zogenaamde 'daklozenuitkering' in de Wwb.

Leger des Heils Welzijns- en Gezondheidszorg
Position Paper tbv ronde tafel 18 mei 2015
Inzake verwarde personen op straat

Het Leger des Heils komt sinds jaar en dag op veel locaties ontredderde, verwarde mensen tegen, die ten einde raad zijn, en door hun gedrag moeilijkheden veroorzaken en tot overlast van de omgeving zijn. Dat is niet nieuw. Van tijd tot tijd, ook in het afgelopen jaar, valt de toename extra in het oog van deze altijd al aanwezige groep. Toen duidelijk werd, dat meerdere mensen die bezoeker van onze instellingen waren betrokken waren bij ernstige incidenten hebben we geïnventariseerd in welke mate deze voorvallen zouden kunnen duiden op een verandering die eerst nu zo duidelijk werd.

Navraag leerde, dat het daadwerkelijk lijkt te gaan om een toename van het aantal incidenten van ernstige aard, dit al gedurende ruim een jaar. Mensen om wie het gaat lijken in een naast de voor medewerkers vertrouwde situatie van ontredde en uitzichtloosheid, vaak gepaard gaand aan duidelijke verslavingsproblematiek en beperkte verstandelijke vermogens, tevens gevangen te zijn door een niet beheersbare psychiatrische stoornis, die zich uit in oncontroleerbaar risicovol gedrag. Voor de mensen zelf, voor hun omgeving en derhalve voor de medewerkers van onze opvanginstellingen.

Welke zijn in de ogen van het Leger des Heils de mogelijke achtergronden voor deze verandering in het beeld van de groep deelnemers aan de voorzieningen voor maatschappelijke opvang en welke mogelijke bijdragen aan de oplossing van dit vraagstuk onderkennen wij? Ik ga daarop hieronder nader in.

Al gedurende enkele jaren is er een toename in aantallen nieuwe bezoekers van de laagdrempelige dag- en nachtopvang te constateren. Deze vorm is een goed meetinstrument voor wat zich afspeelt aan de onderkant van de samenleving. Immers, de laagdrempelige dagopvang is nauwelijks gelimiteerd aan een vastgesteld volume, aan bedden capaciteit op productieruimte. Mensen worden verwezen door de gemeente, de politie, door andere ketenpartners, vooral in die situaties waarin sprake is van acute of langdurige uitval door huisuitzetting, ontslag uit detentie of anders. Het aantal nieuwe aanmeldingen stijgt sinds de tweede helft van 2012, na vele jaren van zeer gestage daling. Het stijgingspercentage is laag, maar gestaag, jaarlijks enkele procenten. Over het gehele land gaat het daarbij om een toename met vele honderden gevallen per jaar.

De instellingen voor maatschappelijke opvang constateren, dat het voor een deel van de categorie dak- en thuisloze personen de afgelopen jaren ingewikkelder geworden is om tot een kansrijk perspectief te komen. Hoewel de wettelijke regels binnen de WMO helder zijn blijken gemeenten de toegankelijkheid tot dat perspectief via de MO soms te weigeren. Nog niet zo lang geleden is er een convenant opgesteld o.l.v. de VNG om gemeenten te ondersteunen bij het daadwerkelijk waarmaken van de criteria, ook als mensen die zich aandienen bij een gemeente niet voldoen aan het regiobindingsbeginsel. Momenteel vindt onderzoek naar deze praktijk plaats. In de praktijk kan het dus voorkomen, dat de afgewezen persoon zich aandient,

die, nog meer dan voorheen, in een uitzichtloze situatie van 'geen huis', 'geen geld', 'geen ondersteuning', 'geen begeleiding of behandeling' bevindt. Voor een aantal van hen kan dat, in combinatie met de actieve psychiatrische stoornis leiden tot risicovol gedrag.

Was voorheen de bemoeizorg in allerlei vormen gemakkelijk toegankelijk, zowel voor de cliënten aan de opvang als voor de medewerkers, die toegankelijkheid en beschikbaarheid zijn afgenomen. De OGGZ maakt qua financiering geen deel meer uit van de lokaal / regionaal samen te stellen arrangementen / afspraken tussen gemeenten en ketenpartners. Vroegtijdige interventie (in de vorm van diagnostiek, advies en kortdurende behandeling) bij vermoedens van psychiatrische problematiek, die tot risico's zou kunnen leiden, op afroep, of structureel opgenomen in de samenwerking op lokaal of regionaal niveau, is daardoor veel moeilijker geworden. Hoewel deze op wijkteam/sociaal team niveau beschikbaar zou kunnen komen is dat tot op heden evenwel nog geen realiteit. E.e.a. is vooralsnog niet geregeld zoals de wijkverpleegkundige zorg bijvoorbeeld. Medewerkers willen kunnen rekenen op de noodzakelijke ondersteuning van de kant van deskundigen. Zij maken nu vaker dan voorheen gebruik van de ondersteuning door de politie, iets wat natuurlijk voorheen ook wel gebeurde.

De toegankelijkheid tot de psychiatrie in de zin van noodzakelijke behandeling van de stoornis is voor de deelnemersgroep aan de laagdrempelige opvang ingewikkelder geworden. Dit heeft zowel te maken met de veronderstelde zelfredzaamheid van de cliënt als met de beschikbare middelen voor behandeling voor hem. De eigen bijdrage is voor de meesten niet op te brengen (uitkeringshoogte); het juiste begrip van de noodzakelijk te zetten stappen om tot behandeling te komen ontbreekt vaak; een huisarts hebben zij vaak niet.

Voorwaarde tot socialisatie is de beschikbaarheid van juiste woonruimte met de benodigde ondersteuning om de zelfstandigheid te kunnen handhaven. Ruim voorhanden goedkope, substandard woningen, in diverse samenstellingen, waarvan enkele ook aan de randen van de gemeenten gelokaliseerd zijn er veel te weinig. Voor velen is een beschermende woonomgeving noodzakelijk, d.w.z. met de nodige ondersteuning en soms behandeling, om de zelfstandigheid te kunnen handhaven. Schulden staan vaak in de weg, aanvullende voorwaarden om een woning toe te wijzen vanuit de corporaties bemoeilijken de doorstroom en de reductie van de intramurale capaciteit (klinisch, daarnaast ook in de PI's, onzekerheid over het overgangsrecht RIBW- indicaties en het budgetten voor de RIBW-capaciteit) bemoeilijken het zicht op en de realisatie van de zelfstandigheid.

Volgens het Leger des Heils zijn de volgende stappen te zetten teneinde het perspectief voor deze groep te verstevigen en de hoeveelheid echte uitvallers met uiterst risicovol gedrag te verminderen de volgende:

- op lokaal niveau herijking van de ketenafspraken, e.e.a. analoog aan het PvA MO, deze zijn door de transities, in feite de afloop van de periode van het PvA MO ultimo 2014, niet langer geldig, maar moeten opnieuw gemaakt worden
- beschikbaarheid van vroegtijdige expertise op het gebied van psychiatrie (snelle beeldvorming, advies, inzet van behandeling, indicatiestelling t.b.v. eventueel

noodzakelijke beschermende woonvorm). Zou in de vorm van een OGGZ-wijkverpleegkundige kunnen.

- beschikbaarheid van juiste woonruimte, goedkoop, aansluitend bij de mogelijkheden van de deelnemer, met waarborg van juiste ondersteuning. Vereist afspraken met ministerie van SZW op het terrein van uitkeringenbeleid en schuldhulp
- vereenvoudiging van de logistiek om te komen tot indicatiestelling / toekenning psychiatrische interventie en dus behandeling
- toegang tot wlz voor uitbehandelde chronisch psychiatrische cliënten die maatschappelijk teloor dreigen te gaan

Position paper verslavingsreclassering - 'Verwarde Personen'

De Stichting Verslavingsreclassering GGZ (SVG) begeleidt mensen die onder invloed van middelen of door hun psychische gesteldheid in aanraking zijn gekomen met Justitie. Cliënten van de SVG zijn verslaafd, kampen met schulden en hebben vaak psychische problemen. Deze problematiek is vaak de achterliggende oorzaak van de delicten waardoor ze met de verslavingsreclassering in contact komen.

Onze reclasseringswerkers begeleiden cliënten bij een nieuwe start in de maatschappij. Dit gebeurt soms na een gevangenisstraf, maar vaker in het kader van een voorwaardelijke straf die is opgelegd door een rechter of officier van justitie. Het doel van een reclasseringstoezicht is re-integratie zonder recidive, met minder kans op nieuwe delicten en een hogere kwaliteit van leven voor cliënten.

Om dit te doen fungeert de verslavingsreclassering als brug tussen strafrecht en forensische zorg. We gebruiken het strafrecht om de problematiek achter het delict aan te pakken. Met een gerechtelijke uitspraak als stok achter de deur motiveren we cliënten voor een behandeling en leiden we toe naar zorg.

Sinds 2011 neemt de verslavingsreclassering deel aan de ZSM, een samenwerkingsverband met OM, politie, reclassering, slachtofferhulp en kindbescherming. In deze ZSM-werkwijze ziet de reclassering alle door de politie aangehouden personen. De problematiek rond verwarde personen speelt daar steeds vaker op. Mensen met vaak grote problemen die al langere tijd zorg nodig hebben, maar niet krijgen. Vaak omdat ze deze zorg zelf mijden, soms omdat de zorgvraag onvoldoende herkend werd.

De praktijk: casus A.

Als voorbeeld een casus. Een man, A., overnacht iedere avond op straat, op hetzelfde bankje in een woonwijk. Dagelijks drinkt A. ongeveer acht halve liter blikken bier, waarna hij in slaap valt. Zonder daadwerkelijk mensen lastig te vallen zorgt hij voor overlast. Kinderen durven niet meer bij het bankje te spelen, buurtbewoners lopen met een boog om hem heen. Diverse mensen bellen de politie, maar als die polshoogte komt nemen blijkt A. geen hulp te willen. Hij wil niet naar de nachtopvang, zorg is volgens hem niet nodig. Na enkele van zulke bezoeken ziet de wijkagent hem een leeg bierblik tegen een nabijgelegen kantoorpand gooien. Nu is er aanleiding hem mee te nemen naar het bureau, in de hoop dat hij daar wel wil meewerken.

Aangekomen op het bureau verschijnt de casus van A. op de ZSM-tafel. Juridisch gezien is er geen aanleiding tot een zaak. Het vergrijp was licht, de overlast te klein om te vervolgen. Toch is de problematiek onverminderd groot. Reclasseringswerkers zien de noodzaak van behandeling, maar zijn aan regels gebonden. Zonder strafrechtelijke beslissing kunnen zij

niet verwijzen naar de forensische zorg. De volgende ochtend loopt A. de deur van het politiebureau weer uit. Een paar uur later zit hij op hetzelfde bankje, waar het hele proces opnieuw begint.

ZSM inzetten als vindplaats

Onze reclasseringswerkers zien mensen zoals A. iedere dag voorbij komen. Delicten zijn te klein om de inzet van verslavingsreclassering en forensische zorg te verantwoorden, reguliere zorg is onvoldoende aangesloten om snel in te springen. Daardoor ontstaat een neerwaartse spiraal. De politie besteedt onnodig veel uren aan de meldingen, reclassering en forensische zorg zitten aan de kantlijn, de buurt is niet geholpen en de problemen van A. blijven bestaan. Binnen het strafrecht kunnen deze mensen pas worden geholpen als er een ernstiger delict plaatsvindt. Pas dan ligt er een vonnis waarmee de verslavingsreclassering gebruik kan maken van de forensische zorg. Dit terwijl ZSM uitermate geschikt is als vindplaats voor verwarde personen.

Op dit moment ontbreekt echter de mogelijkheid om mensen die niet in het strafrecht thuishoren via ZSM te plaatsen in de reguliere zorg. We willen ZSM graag gebruiken als de deur naar andere domeinen die nu voor de groep verwarde personen te laat opent. Door de reguliere zorg beter te betrekken kunnen mensen direct na een arrestatie gemotiveerd worden vrijwillig behandeling te volgen. Een aansluiting tussen zorg en ZSM kan het momentum dat een arrestatie met zich meebrengt benutten.

Een voorbeeld is de Opvang Verwarde Personen in Den Haag. In dit samenwerkingsverband tussen de gemeente, verslavingsreclassering en ggz-instelling Palier bekijkt een team van reclasseringswerkers en behandelaren alle door de politie binnengebrachte verwarde personen. Fysiek bevindt de OVP zich in hetzelfde pand als ZSM. Afhankelijk van het delict, de risico's en de geschiedenis wordt bepaald welke zorg iemand krijgt: binnen of buiten een justitieel kader. Ruim 90 procent van de binnengebrachte personen stroomde vanuit de OVP door naar zorg, tegenover 10 procent voordat de opvang bestond. Mede hierdoor daalde in Den Haag als enige van de vier grote steden het aantal overlastmeldingen door verwarde personen.

Tekort aan plekken in woonbegeleiding

Reclasseringswerkers zien daarnaast problemen ontstaan door het tekort aan geschikte woonvoorzieningen, zoals RIBW-plekken. Mede door de decentralisaties versnipperd de inkoop tussen zorgverzekeraars, gemeenten en justitie. Ondertussen neemt de druk op deze voorzieningen sterk toe dankzij de verkorte behandelduur en gemeentelijke bezuinigingen. Het aantal beschikbare plekken is lager dan het aantal mensen dat een plek nodig heeft.

De grote vraag naar plekken maakt het bijzonder lastig de moeilijke doelgroep van de verslavingsreclassering te plaatsen. Vaak zijn zij degene die buiten de boot vallen en letterlijk op straat komen te staan. Om deze mensen beter te begeleiden en toekomstige overlast te

voorkomen is het van belang dat er voldoende woonbegeleidingsplekken komen. Pas op het moment dat deze plekken er zijn wordt het mogelijk deze groep blijvend van straat te houden.

Samenvatting

De verslavingsreclassering ziet dat het aantal verwarde personen binnen het strafrecht toeneemt. Vooral op ZSM, de voordeur van het strafrecht, worden veel verwarde personen binnengebracht. Het strafrecht biedt voor hen echter geen oplossing, omdat er te weinig opties zijn bij lichte vergrijpen toe te leiden naar reguliere zorg (op vrijwillige basis). Pas na zwaardere delicten, als het kwaad al is geschied, zijn er mogelijkheden om binnen een juridisch kader forensische zorg op te leggen.

Om gebruik te maken van de kansen die de verslavingsreclassering biedt in het signaleren en vroegtijdig verwijzen van de groep verwarde personen zijn twee zaken nodig:

1. Een aansluiting tussen zorg en de ZSM-tafels, bijvoorbeeld in de vorm van een Opvang Verwarde Personen naar Haags model.
2. Voldoende plaatsen in woonbegeleidingsprojecten. Verwarde personen hebben behoefte aan woonplekken met voldoende begeleiding. Op dit moment zijn deze plekken onvoldoende beschikbaar.

Position paper Ypsilon rondetafelgesprek GGZ, 18 mei 2015

De samenleving is nog niet klaar voor verwarde mensen

Ik had u graag meegenomen naar de bijeenkomst van Ypsilon Rotterdam, nog maar een paar dagen terug. Want als er één groep is die u kan vertellen hoe het er met de zorg aan verwarde personen voorstaat, dan zijn het hun betrokken familieleden. Op de terugweg vatte ik de avond in 140 lettertekens samen: "Als Rotterdam staat voor het héle land, dan is de zorg gehalveerd, voelen Ypsilonleden nú steun vanuit de gemeente en dwalen ze vooral".

Had u de avond zelf meegemaakt, dan had u gehoord:

- over een dochter van 30 die haar hele leven werd grootgebracht door haar té zieke moeder. Ze miste stukken school zonder dat iemand aan de bel trok.
- hoe familieleden zoekende zijn nu de gemeente een goed draaiend frontoffice heeft afgebroken om er wijkteams voor in de plaats te zetten waar de GGZ niet in meedoet
- dat de wachttijd van ambulante teams er 3 à 4 maanden bedraagt
- dat iemand een rechterlijke machtiging kreeg maar toch naar huis werd gestuurd en daar nu al een paar maanden zonder begeleiding zit
- dat werkelijk alles van dagbesteding is wegbezuinigd
- en dat er sinds november weer zichtbaar meer mensen zijn gaan zwerven.

Laat ik helder zijn: er is niks mis met de intenties om ook mensen die psychiatrische problemen hebben (gehad) zo veel mogelijk thuis te laten wonen. Waar Ypsilon in het verleden vaak riep om opname, was dat vooral bij gebrek aan een beter alternatief. En dat is waar we met zijn allen sindsdien aan werken. Maar het gaat sneller dan goed is, er wordt gekort op verkeerde zaken, er is veel onduidelijkheid en noodzakelijke verbindingen ontbreken.

Het Landelijk Platform GGZ bedong in het bestuurlijk akkoord:

1. dat alternatief eerst zou moeten worden opgebouwd, voordat er bedden zouden worden afgebouwd. Het omgekeerde is gebeurd
2. en dat ook de samenleving moest worden klaargestoomd voor hun komst door stigma weg te nemen. Daar heeft de Stichting Samen Sterk zonder Stigma samen met allerhande organisaties goede stappen in gezet, maar het is een ongelijke strijd als de zorg nog niet goed op orde is.

Van alle lidorganisaties was Ypsilon misschien nog wel het meest kritisch over het bestuurlijk akkoord. Natuurlijk, er *moesten* afspraken worden gemaakt en op papier zag het er goed doordacht uit. Maar zou dat ook over de werkelijkheid gaan die ónze achterban ervaart? Want papier is geduldig en wat nou als het op onderdelen toch *niet* goed geregeld zou blijken te zijn? Kijken mensen weg of trekken ze de verantwoordelijkheid naar zich toe?

Het antwoord vinden we nu in het rapport dat SiRM schreef in opdracht van VWS: mensen kijken weg. SiRM telde dat er jaarlijks bij 125.000 crisiscontacten sprake is van 'handelingsverlegenheid door niet-ggz hulpverleners'. Hoe schokkend wilt u het hebben!

De conclusie kán alleen maar zijn dat we nog lang niet klaar zijn voor de komst van psychiatrische patiënten naar de gewone samenleving. Het rijk is er niet klaar voor, de zorg is er nog niet klaar voor en de samenleving zélf is er niet klaar voor. Dwalen begint waar de regie verdwijnt en dát is waar het op dit moment in de praktijk schrijnt: verwarde mensen die uit een oud systeem worden geknikkerd en voor wie in het nieuwe systeem nog geen plaats is.

Nóg niet. Want natuurlijk zien ook wij hoe er overal snoeihard wordt gewerkt om zaken wél goed te laten lopen. Maar hard werken alleen is niet genoeg. Familieleden van Ypsilon missen de visie, missen de samenhang, missen een aanspreekpunt.

En dus moet het beter, veel beter. En dat kan gelukkig ook.
Hoe? We doen u een aantal aanbevelingen:



Luister naar het LPGGz

Het Landelijk Platform GGZ heeft al tal van suggesties gegeven hoe het beter kan. Ypsilon is lid van het Platform en deelt dus deze aanbevelingen.

Maak van visie en samenhang een eigen speerpunt

Zonder samenhangend beleid zal de GGZ altijd de zwakste schakel blijven. Ypsilon pleit voor een integraal GGZ-programma vanuit een integrale GGZ-directie bij het ministerie.

Investeer in de familie

In haar dissertatie (2014) constateert Femmianne Bredewold dat een warme zorgrelatie tussen mensen met een psychiatrische beperking en hun buurtbewoners niet realistisch is omdat de wederkerigheid vaak ontbreekt. Het is de familie die de brug vormt naar de samenleving en het is de familie die de wegvallende zorg opvangt. Zonder verder in hen te investeren hebben we er straks nog extra cliënten bij: de mantelzorgers die het niet meer trokken. GGZ-mantelzorg is de zwaarste mantelzorg die er is, blijkt uit onderzoek.

Doorbreek de kunstmatige scheiding tussen cliënt en mantelzorger

Nergens zijn zorg en mantelzorg meer met elkaar verweven dan in de GGZ en toch hebben cliënten en mantelzorgers bijv. elk hun eigen keukentafelgesprek. Binnen de rijksoverheid én de lokale overheid zijn het volkomen gescheiden circuits. Maak een programma dat deze kunstmatige scheiding doorbreekt!.

Geen bed de deur uit zonder goed alternatief

Dring aan op een nieuw bestuurlijk akkoord dat garandeert dat een bed nooit kan worden opgeheven zonder een goed of (waarom niet:) *béter* alternatief. En zet tegenover elk geschrapt bed minstens 2 goed geïnformeerde en opgeleide mantelzorgers.

Faciliteer de toegang tot de WLZ

Accepteer dat niet iedereen met GGZ-problematiek in staat zal zijn om in deze snoeihard calculerende maatschappij mee te draaien. De Kamer stemde unaniem in met de motie Keijzer/Bergkamp om de WLZ ook voor hen open te stellen. Wij zien er nog niets van terug.

Investeer in de 'achterblijvers'

Een voorbeeld uit de zorg? Kijk naar de ontwikkeling van ART (www.art-psy.nl) als beter sterk alternatief voor de langdurige klinische zorg.

Blijf betere beeldvorming stimuleren

De documentaire *Harry, Tiny en Sonja* maakte het doorzettingsvermogen zichtbaar van de mensen om wie het hier gaat. Maar ook het gemak waarmee de buurt hen opzij zet. Stigmabestrijding blijft hard nodig.

Regel fatsoenlijk vervoer bij crises

De meeste mensen in een psychische crisis hebben niets te zoeken in een ambulance. De GGZ Vervoersdienst biedt een veel beter menswaardiger alternatief dat steun verdient.

Best practices

- Een groep van experts maakte onder leiding van Phrenos onder de titel *Over de brug* een Plan van Aanpak voor goede zorg van mensen met ernstige psychische aandoeningen. De minister bood het u op 14 oktober aan. Zoekt u aanbevelingen? Daar vindt u ze!
- Een voorbeeld op gemeentelijk niveau? Utrecht kwam met een Taskforce EPA waarin alle stakeholders samenwerken

Afsluitend

Het is de menselijke maat waar het om gaat. Die moet goed zijn geborgd voordat ambulantisering en vermaatschappelijking succesvol kunnen zijn. Daarin hebben we nog een lange weg te gaan.

Utrecht, 12 mei 2015

Position paper ten behoeve het ronde tafelgesprek GGZ van de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport van de Tweede Kamer, 18 mei 2015

Mensen met ernstige psychische aandoeningen willen deelnemen aan de samenleving

Nederland telt circa 160.000 volwassen GGZ-cliënten met ernstige psychische aandoeningen. Van oudsher woont verreweg het grootste deel daarvan op zichzelf, met ambulante zorg. Een kleine groep woont in een instelling of beschermende woonvorm. Mensen met ernstige psychische aandoeningen hebben een grote achterstand in kwaliteit van leven. Een grote meerderheid van de mensen met ernstige psychische aandoeningen geeft aan meer contacten te willen hebben met andere mensen, meer activiteiten te willen ondernemen en meer gelegenheid te willen krijgen om deel te nemen aan de samenleving. Eveneens een grote meerderheid heeft behoefte aan meer ondersteuning daarbij en bij het omgaan met de psychische klachten, sociale contacten en relaties, zinvolle dagbesteding, werk en opleiding.

Beddenafbouw voorzichtig ingezet, aandacht nodig voor ambulante opbouw

Nederland is met België Europees koploper wat betreft het aantal plaatsen in opnamevoorzieningen en verblijfsvoorzieningen in de GGZ. Dat aantal plaatsen is tussen 2002 en 2012 ongeveer constant gebleven. Daarnaast is het aantal plaatsen voor beschermd wonen in deze periode bijna verdrievoudigd.

Vanaf 2012 heeft een voorzichtige daling ingezet in het aantal opname- en (in mindere mate) verblijfsplaatsen. Het aantal plaatsen in voorzieningen voor beschermd wonen is in de periode 2012-2013 nog verder gestegen met 2 %. Daarmee is per saldo het aantal mensen dat in een GGZ-instelling woont in 2013 nog iets gegroeid.

Daarnaast zijn in de afgelopen tien jaar slagen gemaakt in de kwantitatieve en kwalitatieve ontwikkeling van de ambulante zorg voor mensen met ernstige psychische aandoeningen. Voortzetting en intensivering van die ontwikkeling zijn nodig. Nog onduidelijk is in welke mate daar vanaf 2014 extra op is ingezet.

Randvoorwaarden voor goede en toereikende zorg

Leidraad voor de verdere ontwikkeling van de zorg en ondersteuning aan mensen met ernstige psychische aandoeningen is het concept van *integrale zorg*: ondersteuning op verschillende levensgebieden moet zoveel als mogelijk in samenhang worden geboden met daarbij een leidende rol voor cliënten zelf en hun naasten. Dat stelt eisen aan de organisatie van individuele ondersteuningstrajecten, aan de regionale samenwerking en aan de landelijke kaders. Op het niveau van individuele ondersteuningstrajecten wordt FACT gezien als een model dat de potentie heeft integrale zorg te bieden en te organiseren en dat in de praktijk ook al ten dele doet. Inmiddels zijn pilots in voorbereiding voor een doorontwikkeling van dit integrale zorgmodel in breder opgetuigde GGZ-wijkcentra.

Op regionaal niveau vraagt de organisatie van een samenhangend en integraal zorgaanbod om structurele samenwerking tussen instellingen, gemeenten, zorgverzekeraars en cliëntenorganisaties. Daarbij zijn deelbelangen niet altijd congruent met het algemene belang van goede ondersteuning. Pleidooien worden gehouden voor 'non-concurrentiële' oplossingen, waarbij het maatschappelijke en economische rendement (meer veiligheid, meer gezondheid, meer participatie) van investeringen in goede en toereikende zorg en ondersteuning van mensen met ernstige psychische aandoeningen, door de betrokken partijen meer met elkaar kan worden gedeeld.

Op landelijk niveau zou een nadrukkelijker regiefunctie bij de coördinatie en ontwikkeling van gezamenlijke kaders voor de ambulante opbouw behulpzaam kunnen zijn. (Het Bestuurlijk Akkoord GGZ kent wel concrete streefcijfers met betrekking tot de beddenafbouw maar niet met betrekking tot de ambulante opbouw.) Ook zou de regionale samenwerking beter gefaciliteerd kunnen worden.

Maatschappelijke en politieke randvoorwaarden

De zorg aan mensen met ernstige psychische aandoeningen kan alleen in duurzame effecten resulteren als daar ook de maatschappelijke randvoorwaarden voor aanwezig zijn. Dat wil zeggen: als mensen met ernstige psychische aandoeningen meer middelen in handen krijgen om het eigen leven vorm te geven, betere toegang krijgen tot geschikte en betaalbare woningen, betere toegang krijgen tot de arbeidsmarkt, betere toegang krijgen tot onderwijs, niet geconfronteerd worden met discriminatie en stigmatiserende beeldvorming. Dat vraagt om structurelere politieke aandacht voor de maatschappelijke positie van mensen met ernstige psychische aandoeningen; niet alleen bij signalen van overlast, maar ook / vooral waar het gaat om de wens van mensen met ernstige psychische aandoeningen om - net als anderen - een gezond, veilig, sociaal en maatschappelijk leven te leiden.

Tot slot

Signalen over een toename van incidenten met verwarde (of overspannen) personen zijn vooralsnog lastig te duiden en onderling niet altijd consistent. Ze hebben wel een grote impact op de beeldvorming. Serieuze aandacht voor deze signalen vraagt om onderzoek naar achtergronden en oorzaken, met aandacht voor maatschappelijke ontwikkelingen, ontwikkelingen in de zorg en registratie-effecten.

Bijlage: Factsheet ontwikkelingen in de zorg voor mensen met ernstige psychische aandoeningen.

Contact

Frank van Hoof: fhoof@trimbos.nl

Hans Kroon: hkroon@trimbos.nl

Bijlage

Ontwikkelingen in de zorg voor mensen met ernstige psychische aandoeningen

Factsheet ten behoeve het ronde tafelgesprek GGZ van de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport van de Tweede Kamer, 18 mei 2015

Inleiding

Op 18 mei 2015 vindt over de ontwikkelingen in de GGZ een ronde tafelgesprek plaats van de vaste commissie Volksgezondheid, Welzijn en Sport van de Tweede Kamer met vertegenwoordigers van maatschappelijke instellingen. Aanleiding zijn berichten in de media over incidenten met verwarde personen en een eventueel verband met de tekorten in de zorg voor mensen met ernstige psychische aandoeningen. Het Trimbos-instituut is verzocht de relevante informatie en feiten op een rij te zetten, enerzijds met betrekking tot de actuele signalen en ontwikkelingen en anderzijds met aandacht voor randvoorwaarden voor goede en toereikende zorg aan deze doelgroep. Met voorliggende factsheet gaan we op dit verzoek in.

In deze factsheet komen achtereenvolgens de volgende onderwerpen aan bod:

1. De doelgroep van mensen met ernstige psychische aandoeningen– achtergronden en zorgbehoeften
2. Ontwikkelingen in de GGZ en stand van zaken ambulantisering
3. Signalen over 'verwarde personen' en tekortschietende zorg – achtergronden en impact
4. Randvoorwaarden van goede en toereikende zorg

1 Doelgroep van mensen met ernstige psychische aandoeningen– achtergronden en zorgbehoeften

- Nederland telt circa 160.000 volwassen GGZ-cliënten met ernstige psychische aandoeningen.
- Deze populatie is niet statisch. (Mensen met ernstige psychische aandoeningen kunnen verbeteren.)
- Bij een meerderheid van de mensen met ernstige psychische aandoeningen is sprake van psychosegevoeligheid.
- Mensen met psychosegevoeligheid zijn vaker dan anderen slachtoffer van geweld; ze zijn ook vaker slachtoffer dan plegger van geweld. Velen zijn getraumatiseerd.
- Verreweg het grootste deel van de mensen met ernstige psychische aandoeningen woont op zichzelf en ontvangt ambulante zorg. Een kleine groep (circa 10 – 15 %) woont in een instelling of beschermende woonvorm.
- De maatschappelijke participatiegraad van mensen met ernstige psychische aandoeningen is laag: naar schatting 10 tot 20 % van de mensen met ernstige psychische aandoeningen heeft een betaalde baan. Een grote meerderheid (circa twee derde) van de mensen met ernstige psychische aandoeningen geeft aan te kampen te hebben met eenzaamheid.

- Een grote meerderheid (twee derde) van de mensen met ernstige psychische aandoeningen geeft aan meer contacten te willen hebben met andere mensen en meer activiteiten te willen ondernemen. Bijna twee derde van de niet-werkenden wil werken.
- Vrijwel alle mensen met ernstige psychische aandoeningen die actiever willen worden, ervaren daarin persoonlijke en maatschappelijke belemmeringen.
- Stigmatisering wordt door mensen met ernstige psychische aandoeningen ervaren als één van de belangrijkste maatschappelijke belemmeringen.
- Een grote meerderheid van de mensen met ernstige psychische aandoeningen geeft aan behoefte te hebben aan meer ondersteuning. Behoeften hebben betrekking op ondersteuning bij het omgaan met de psychische klachten, sociale contacten en relaties, zinvolle dagbesteding, werk en opleiding.
- In de praktijk ontvangen mensen met ernstige psychische aandoeningen vrijwel uitsluitend ondersteuning van de familie en vanuit de GGZ. Andere maatschappelijke instanties en voorzieningen spelen (nog) nauwelijks een rol.

Samenvattend:

De meeste mensen met ernstige psychische aandoeningen verblijven in de samenleving zonder daar echter deel van uit te maken. Een grote meerderheid heeft behoefte aan meer ondersteuning op alle levensgebieden.

2 Ontwikkelingen GGZ en stand van zaken ambulantisering

- Geestelijke gezondheidszorg aan mensen met ernstige psychische aandoeningen wordt geboden vanuit intramurale en ambulante voorzieningen.

Intramurale zorg

- Intramurale voorzieningen zijn grofweg te onderscheiden in
 - voorzieningen voor kortdurende opnamen (cliënten wonen zelfstandig)
 - verblijfsvoorzieningen (cliënten wonen op een instellingsterrein)
 - voorzieningen voor beschermd wonen (cliënten wonen in kleinschalige voorzieningen van de instelling in de wijk).
- In totaal telde Nederland in 2013 circa 11.000 plaatsen in opnamevoorzieningen, circa 8.000 plaatsen in verblijfsvoorzieningen en circa 18.000 plaatsen in voorzieningen voor beschermd wonen. Tezamen zijn deze voorzieningen verantwoordelijk voor 60 % van de GGZ-uitgaven.
- Nederland is met België Europees koploper wat betreft de het aantal bedden in opnamevoorzieningen en verblijfsvoorzieningen in de GGZ.
- Het aantal opname- en verblijfsvoorzieningen is tussen 2002 en 2012 ongeveer constant gebleven. Het aantal plaatsen voor beschermd wonen is in deze periode bijna verdrievoudigd.
- Verblijfscliënten en cliënten van beschermende woonvormen zijn geen statische populatie. Jaarlijks stroomt circa 25 % van de cliënten uit en stromen nieuwe cliënten in.
- In 2012 hebben rijksoverheid, zorgaanbieders, cliëntenorganisatie en zorgverzekeraars in het *Bestuurlijk Akkoord Toekomst GGZ* afgesproken de intramurale capaciteit terug te brengen en de beschikbare middelen in te zetten voor ambulante zorg.

- In 2013 is het aantal opnameplaatsen met 6 % gedaald ten opzichte van het voorgaande jaar. Er worden niet minder mensen opgenomen, mensen worden iets korter opgenomen. Het aantal verblijfplaatsen is in de periode 2012-2013 met circa 2 % gedaald. Het aantal plaatsen in voorzieningen voor beschermd wonen is in de periode 2012-2013 nog met 2 % gestegen. Daarmee is per saldo het aantal mensen dat in een GGZ-instelling woont in 2013 nog iets gegroeid.
- Intramurale capaciteitscijfers over 2014 en 2015 zijn nog niet voorhanden.
- Opnamecijfers, opnameduur en opnamebeleid laten grote verschillen zien tussen regio's en tussen instellingen. Volgens recent onderzoek spelen naast medisch inhoudelijke overwegingen, de volgende factoren een rol: het beschikbaar zijn van alternatieven (intensieve ambulante behandeling, kortdurende respijt zorg), de draagkracht en de wens van familie en naasten, de druk vanuit omgeving/straat/wijk en opvattingen van instellingen en hulpverleners over wat gebruikelijk is.

Ambulante zorg

- Naar schatting 20 % van de GGZ-uitgaven wordt besteed aan de ambulante zorg voor mensen met ernstige psychische aandoeningen.
- In de afgelopen 10-15 jaar worden ACT en FACT steeds meer gezien als de gewenste zorgmodellen voor de ambulante hulp aan mensen met ernstige psychische aandoeningen. De modellen kenmerken zich door integrale, outreachende en zo nodig intensieve zorg vanuit multidisciplinaire teams.
- In de afgelopen 10 jaar is het aantal (F)ACT-teams constant geroeid tot circa 200 teams in 2013. Volgens de laatste schatting bieden deze teams zorg aan in totaal circa 35.000 cliënten. Dat is circa 20 % van de totale populatie van volwassen GGZ-clieñten met ernstige psychische aandoeningen.
- Recente analyses van registratiegegevens lijken erop te wijzen dat het aantal intensieve ambulante zorgtrajecten in de periode 2009-2012 is gegroeid. Over de ontwikkelingen vanaf 2013 zijn verschillende bronnen nog niet eenduidig.
- Diverse toekomstverkenningen van de benodigde (F)ACT-capaciteit gaan ervan uit dat een verdere forse uitbreiding nodig is. Het RVZ raamde het benodigde aantal FACT-teams op 400 tot 500.
- Het CCAF – het landelijke certificeringsinstituut voor FACT-teams - signaleert dat daarnaast nog forse investeringen nodig zijn in de kwaliteit en zorgintensiteit van de FACT-teams.
- Specifiek voor de ondersteuning bij het vinden en behouden van werk zijn succesfactoren samengebracht in de methodiek van Individuele Plaatsing en Steun (IPS). IPS is doorgaans ingebed in FACT-teams. Implementatie van IPS blijft echter ver achter bij ramingen over benodigde capaciteit. Bekostigingsproblematiek speelt daarbij een belangrijk rol.

Recente signalen

- Recentere trendcijfers over aantallen FACT-teams en intensieve ambulante zorgtrajecten - over 2014 en 2015 - zijn nog niet beschikbaar.
- *FACT Nederland* signaleert dat de groei van de forensische FACT-teams stagneert.
- Volgens verschillende signalen - ook van de zijde van de zorgverzekeraars - wordt een substantieel deel van de middelen die vrijkomen uit de beddenafbouw, niet geherinvesteerd in ambulante zorg voor mensen met ernstige psychische aandoeningen.

- 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.
- Veel signalen duiden op een sterk toegenomen administratieve lastendruk in de GGZ. Hulpverlenend GGZ-personeel geeft aan inmiddels gemiddeld een derde van de beschikbare tijd kwijt te zijn aan administratie.

Samenvattend

Nederland beschikt vanuit internationaal perspectief over een groot aantal intramurale GGZ-plaatsen. Recent is een afname van die capaciteit in gang gezet. Die afname is vooralsnog bescheiden en selectief. In de afgelopen tien jaar zijn slagen gemaakt in de kwantitatieve en kwalitatieve ontwikkeling van de ambulante zorg voor mensen met ernstige psychische aandoeningen. Voortzetting en intensivering van die ontwikkeling zijn nodig. Nog onbekend is in welke mate daar vanaf 2014 op is ingezet.

3 Signalen over 'verwarde personen' en tekortschietende zorg – achtergronden en impact

Incidenten met verwarde personen en veiligheidsbeleving

- Landelijke registratiecijfers van de politie laten over de periode 2011-2014 een stijging zien van het aantal geregistreerde incidenten met 'verwarde of overspannen' personen van 40.510 tot 59.699 (gemiddelde jaarlijkse stijging 16 %). Navraag bij de politie leert dat niet bekend is welk aandeel van deze incidenten c.q. deze toename betrekking heeft op mensen met ernstige psychische aandoeningen en in hoeverre registratie-effecten een rol spelen.
- De registratiecijfers van de politie op verwante incidentcodes laten een enigszins grillig patroon zien: een stabilisering over de periode 2012-2014 van het aantal incidenten met 'overlast door zwervers'; een stijging van 'drugsoverlast' met maar liefst 25 % in 2013 maar een stabilisering in 2014; en een stijging over de periode 2012-2014 van maar liefst 125 % van het aantal incidenten met overlast ten gevolge van 'openbare dronkenschap'. Ook hier is de invloed van registratie-effecten niet bekend.
- Onderzoek van de BSP-groep onder politieagenten in 2014 laat zien dat bij naar schatting 3 tot 6 % van de meldingen sprake is van 'verwarde personen'. Daarbij is in 19 % van deze gevallen sprake van een vermoeden van psychische problematiek, bij 35 % van een vermoeden van verslavingsproblematiek en bij 22 % van beide. In 15 % van de gevallen wordt betrokkene gearresteerd wegens een strafbaar feit. In 35 % van de gevallen wordt de betrokkene overgedragen aan een zorginstelling. Trendcijfers zijn niet voorhanden. Wel meent een derde van de geïnterviewde agenten dat het aantal incidenten met verwarde personen in 2014 ten opzichte van het voorafgaande jaar is toegenomen. Bijna twee derde heeft echter de indruk dat dit aantal *niet* is toegenomen. Naar het oordeel van de agenten behoort de geleverde politie-inzet tot het reguliere werk. Over de samenwerking met de GGZ zijn de agenten in het algemeen positief.
- De Federatie Opvang meldt dat steeds meer mensen met ernstige psychische aandoeningen aankloppen bij de nachtopvang. Concrete cijfers of registratiegegevens zijn niet voorhanden. De Federatie Opvang vermoedt dat een verslechterende toegang tot geschikte woningen en tot de zorg een rol spelen.
- Het CBS meldt dat na enkele jaren van stijging het aantal daklozen in 2013 is gedaald.

- In zijn jaarlijkse Veiligheidsmonitor signaleert het CBS dat de ervaren buurtoverlast in 2014 is afgenomen ten opzichte 2012. Ook slachtofferschap van geweld, vandalisme, overlast van dronken mensen, lastig gevallen worden op straat en onveiligheidsgevoelens zijn afgenomen. Het gemiddelde rapportcijfer voor de veiligheid in de eigen buurt is toegenomen.

Crisis zorg en dwangmaatregelen in de GGZ

- In de periode 2003 tot en met 2013 nam het aantal dwangopnamen in de GGZ (inbewaringstellingen en voorlopige rechterlijke machtigingen) met 20 % toe van 11.902 tot 14.127. Daarnaast nam het aantal voorwaardelijke rechterlijke machtigingen toe van 57 naar 4.699. In deze zelfde periode bleef de totale opname- en verblijfs capaciteit in de GGZ min of meer constant en nam de het aantal plaatsen voor beschermd wonen fors toe.
- In een recente analyse van deze trendcijfers noemen onderzoekers onder andere als mogelijke oorzaken: een toename van ambulante zorg waardoor cliënten 'dichter op de huid gezeten worden', verminderde maatschappelijke tolerantie en een cultuur van risicovermijding.
- De auteurs signaleren daarnaast grote regionale verschillen in aantallen dwangopnames. In de regio Noord-Holland-Noord is het aantal inbewaringstellingen in de periode 2009-2013 juist met 37 % afgenomen. Deze regio heeft al langer geleden ingezet op beddenreductie en op de ontwikkeling van FACT-teams. Daarnaast is met alle ketenpartners één voorziening voor spoedeisende psychiatrische hulp ontwikkeld, onder andere met inzet van de methodiek van Intensive Home Treatment.
- Bij een recente meldactie van het Landelijke Platform GGZ geeft 12 % van de respondenten aan dat zij in de afgelopen twaalf maanden geen crisiszorg hebben gehad op een moment dat dat wel nodig was. Een deel van de respondenten meldt specifieke knelpunten in de crisiszorg. Representativiteit van de meldingen is niet bekend. Trendcijfers zijn niet voorhanden.
- In een recent onderzoek naar de acute GGZ signaleren onderzoekers geen capaciteitstekorten maar wel een reeks van knelpunten in de organisatie van de zorgketen en de afstemming rond overdrachtmomenten (deels verband houdend met bekostigingsproblematiek). De onderzoekers maken ook melding van good practices.

Samenvattend

Signalen over een toename van incidenten met verwarde (of overspannen) personen zijn vooralsnog lastig te duiden en onderling niet altijd consistent. Serieuze aandacht voor deze signalen vraagt om onderzoek naar achtergronden en oorzaken, met aandacht voor maatschappelijke ontwikkelingen, ontwikkelingen in de zorg en registratie-effecten. Ook is onderzoek gewenst naar de achtergronden van het stijgend aantal dwangopnamen en dwangmaatregelen. Met betrekking tot de acute zorg is nadrukkelijker aandacht voor de implementatie van good practices gewenst.

4 Randvoorwaarden van goede en toereikende zorg

- Bij de randvoorwaarden voor goede en toereikende zorg voor mensen met ernstige psychische aandoeningen is een onderscheid te maken tussen randvoorwaarden met betrekking tot de zorg zelf en maatschappelijke randvoorwaarden.

Randvoorwaarden met betrekking tot de zorg

- Centraal in de internationale onderzoeksliteratuur over randvoorwaarden voor goede, effectieve en toereikende zorg voor mensen met ernstige psychische aandoeningen staat het concept van *integrale zorg*. De problemen en ondersteuningsbehoeften van mensen met psychische aandoeningen op verschillende levensgebieden hangen nauw met elkaar samen en kunnen niet in afzonderlijke stukken worden opgeknipt. Ondersteuning op verschillende levensgebieden moet dan ook zoveel als mogelijke in samenhang geboden met daarbij zoveel als mogelijk een leidende rol voor cliënten zelf en hun naasten.
- De randvoorwaarden van samenhang en integraliteit stellen eisen aan de organisatie van individuele ondersteuningstrajecten, aan de regionale samenwerking en aan de landelijke kaders.
- Op het niveau van individuele ondersteuningstrajecten wordt FACT gezien als een model dat de potentie heeft integrale zorg te bieden en te organiseren en dat in de praktijk ook al ten dele doet. Inmiddels zijn pilots in voorbereiding voor een doorontwikkeling van het integrale zorgmodel in breder opgetuigde GGZ-wijkcentra, die nauw samenwerken met andere maatschappelijke instellingen. In een lopend onderzoek van het Trimbos-instituut wordt verkend welke lessen te trekken zijn uit vergelijkbare wijkcentra in Triëst, Italië. In deze wijkcentra wordt gewerkt met een vijfde van de Nederlandse opnamecapaciteit en vinden circa tien keer minder gedwongen opnamen plaats. De lokale samenleving werkt nauw met de wijkcentra samen.
- Op regionaal niveau is het speelveld in Nederland in de afgelopen jaren sterk veranderd en vraagt de organisatie van een samenhangend en integraal zorgaanbod steeds nadrukkelijker om structurele samenwerking tussen instellingen, gemeenten, zorgverzekeraars en cliëntenorganisaties. In een aantal regio's komt die samenwerking tot stand, in andere blijft die nog achter. Bevorderlijk voor het welslagen van deze samenwerkingsverbanden zijn gedreven kartrekkers. Belemmerend zijn botsende regelgeving en belangen, het grote aantal (ten dele in onderlinge concurrentie verkerende en op verschillende geografische niveaus opererende) partijen en wetgeving die het maken van samenwerkingsafspraken belemmert. Pleidooien worden gehouden voor 'non-concurrentiële' oplossingen, waarbij het maatschappelijke en economische rendement (meer veiligheid, meer gezondheid, meer participatie) van investeringen in goede en toereikende zorg en ondersteuning van mensen met ernstige psychische aandoeningen, door de betrokken partijen meer met elkaar kan worden gedeeld. Gedacht wordt onder andere aan het bijeen brengen van middelen vanuit verschillende bronnen onder één regievoerder, hetzij op individueel niveau (persoonsvolgend) hetzij op groepsniveau (populatiebekostiging).
- Op landelijk niveau worden de kaders vastgelegd waarbinnen de veldpartijen en de regionale partijen opereren. In een recent internationaal vergelijkend onderzoek in 31 Europese landen naar de maatschappelijke integratie van mensen met ernstige psychische aandoeningen, neemt Nederland een zevende plaats in op de ranglijst van landen met de beste randvoorwaarden. Op afzonderlijke randvoorwaarden wisselt het beeld. Daarbij scoort Nederland hoog op 'opportunities' maar relatief laag op 'governance'. Mogelijkheden voor een nadrukkelijker landelijke regiefunctie liggen bij de coördinatie en ontwikkeling van gezamenlijke kaders voor de ambulante opbouw (het Bestuurlijk Akkoord kent wel concrete streefcijfers met betrekking tot de beddenafbouw maar niet met betrekking tot de ambulante opbouw). Daarnaast zou vanuit het landelijk niveau kunnen worden bijgedragen aan het wegnemen van wettelijke belemmeringen tegen regionale samenwerking, aan de totstandkoming van een eenduidige geografische regio-indeling, aan het faciliteren van pilots

rond financieringskader overstijgende samenwerking en bekostiging en aan de ontwikkeling van een stimuleringsfonds (eventueel te financieren uit de beddenafbouw) voor de ontwikkeling en implementatie van good practices

Maatschappelijke randvoorwaarden

- De zorg aan mensen met ernstige psychische aandoeningen kan alleen in duurzame effecten resulteren als de maatschappelijke randvoorwaarden aanwezig zijn die maken dat mensen met ernstige psychische aandoeningen
 - de middelen in handen krijgen om het eigen leven vorm te geven
 - betere toegang krijgen tot geschikte en betaalbare woningen
 - betere toegang krijgen tot de arbeidsmarkt
 - betere toegang krijgen tot onderwijs
 - niet geconfronteerd worden met discriminatie en stigmatiserende beeldvorming
- * Dat vraagt om structurelere politieke aandacht voor de maatschappelijke positie van mensen met ernstige psychische aandoeningen; niet alleen bij signalen van overlast, maar ook / vooral waar het gaat om de wens van mensen met ernstige psychische aandoeningen om - net als anderen - een gezond, veilig, sociaal en maatschappelijk leven te kunnen leiden.

Landelijk plan van aanpak

- Het Trimbos-instituut heeft recent in opdracht van het Ministerie van VWS een uitgebreidere inventarisatie gemaakt van de randvoorwaarden voor het persoonlijk en maatschappelijk herstel van mensen met ernstige psychische aandoeningen. Met aandacht voor perspectieven en initiatieven van mensen met ernstige psychische aandoeningen zelf, ontwikkelingen rond de professionele zorg, de maatschappelijke context en het stelsel van wet- en regelgeving. ([Trimbos-rapport](#))
- In nauwe aansluiting daarop heeft het Kenniscentrum Phrenos recent met veldpartijen en in opdracht van het Bestuurlijk Overleg GGZ een landelijk Plan van Aanpak opgesteld voor de behandeling, begeleiding en zorg bij ernstige psychische aandoeningen. ([Plan van aanpak](#))
- Een landelijk implementatieprogramma van deze randvoorwaarden en van het Plan van Aanpak ontbreekt vooralsnog. Het entameren van een dergelijk programma zou een belangrijke volgende stap zijn.

Bronnen

- AbvaKabo. *Resultaten enquête werknemers in de GGZ. Barometer 14*. 2014.
- Broer, J., Koetsier, H., Mulder, C.L... *Stijgende trend in dwangtoepassing onder de Wet Bopz zet door; implicaties voor de nieuwe Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg*. Tijdschrift voor Psychiatrie 57, Onlinepublicatie Feb 2015, 1-8.
- BVI stuurkubus. *Politierregistratie Incidenten*. 2015.
- Centraal Bureau voor de Statistiek. *Stijging aantal Daklozen lijkt voorbij*. CBS Webmagazine, woensdag 4 maart 2015. www.statline.nl. Statistiek daklozen.
- Centraal Bureau voor de Statistiek. *Veiligheidsmonitor 2014*. Den Haag/Heerlen, 2015.
- DBC-Onderhoud. Data-set DBC GGZ 2009-2013. 2015.
- Delepaul, P.A.E.G. en de consensusgroep EPA. Consensus over de definitie van mensen met een ernstige psychische aandoening (EPA) en hun aantal in Nederland. *Tijdschrift voor psychiatrie* 55 (2012) 6, p. 427-437.
- DSP-groep (2014). *Politie en 'verwarde personen' Onderzoek naar optreden van de politie in relatie tot personen met verward gedrag*. Amsterdam, 2014.
- Economist Intelligence Unit. *Mental health and integration. Provision for supporting people with mental illness: a comparison of 30 european countries. OECD-rapport. The Netherlands country report*. London, 2014.
- Fact Nederland. *Fact Manifest*. 2015.
- Federatie Opvang. *Verwarde personen in de maatschappelijke opvang*. Brief aan het Ministerie van VWS d.d. 7 april 2015.
- GGZ Nederland, RIBW Alliantie, Federatie Opvang. *Monitor voortgang WMO*. Amersfoort, 2014.
- Kenniscentrum Phrenos. *Mensen met ernstige psychische aandoeningen en arbeidsparticipatie*. Utrecht, 2013.
- Kenniscentrum Phrenos. *Over de brug. Plan van aanpak voor de behandeling, begeleiding en zorg bij ernstige psychische aandoeningen*. Utrecht, 2014.
- Landelijk Platform GGZ. *Meldactie Ambulantisering*. Utrecht, 2015.
- Ministerie van VWS. *Bestuurlijk akkoord toekomst GGZ 2013 – 2014*. Den Haag, 2012.
- Ministerie van VWS. *Signalen toename verwarde personen*. Brief aan de Tweede kamer d.d. 27 maart 2015.
- SiRM. *Acute geestelijke gezondheidszorg. Knelpunten en verbetervoorstellen in de keten*. Den Haag, 2015.
- Tangram. *Medisch noodzakelijke opname in de GGZ. Over behandeling, verblijf, wonen en werken*. Elst, 2015.
- Trimbos-instituut en Kenniscentrum Phrenos. *De behoefte aan woningen voor geëxtramuraliseerde GGZ-cliënten. Een quick scan naar de consequenties van ambulantisering*. Utrecht, 2012.
- Trimbos-instituut. *Ambulantisering. Themarapport Trendrapportage GGZ*. Utrecht, 2013.
- Trimbos-instituut. *Persoonlijk en maatschappelijk herstel van mensen met ernstige psychische aandoeningen. Ontwikkelingen in praktijk en beleid*. Utrecht, 2014.
- Trimbos-instituut. *Landelijke Monitor Intramurale GGZ – Tweede meting*. Utrecht, 2014.
- Trimbos-instituut. *GGZ in tabellen 2013 – 2014*. Utrecht, 2014.
- Trimbos-instituut. *Freedom First. Een onderzoek naar de ervaringen met wijkgerichte ggz-zorg in Triëst, Italië, en de betekenis hiervan voor Nederland*. Utrecht, in voorbereiding.
- Trimbos-instituut. *Panel psychisch gezien. Resultaten najaarspeiling 2014*. Utrecht, in voorbereiding.



LPGGz

Position paper rondetafelgesprek geestelijke gezondheidszorg, 18 mei 2015

Het debat over verwarde personen

De laatste maanden is het onderwerp verwarde personen veelvuldig in het nieuws. De koppeling met psychische aandoeningen wordt daarbij vaak te snel en te makkelijk gelegd. Bij verward gedrag is niet altijd sprake van psychische problematiek. Andersom: veel mensen verkeren in (acute) psychische nood, maar komen niet in beeld als verward persoon, omdat ze geen overlast veroorzaken. In het publieke en politieke debat worden termen als psychische problematiek, verwardheid en overlast vaak onzorgvuldig gebruikt en vermengd.

Het LPGGz pleit voor meer zorgvuldigheid in het debat over verwarde personen.

Als belangenbehartiger van cliënten en familie in de ggz concentreert het LPGGz zich op twee vragen:

- Hoe kunnen kwaliteit en continuïteit van hulp aan mensen met psychische aandoeningen verbeterd worden?
- Hoe creëert de samenleving meer ruimte voor mensen met psychische problematiek, zodat zij als volwaardig burger kunnen participeren?

Acute ggz

Er zijn veel signalen dat het aantal mensen dat in acute psychische nood verkeert en geen adequate hulp ontvangt toeneemt. Die signalen komen niet alleen vanuit de politie. Het aantal suïcides in Nederland neemt toe evenals het aantal dwangopnames en het aantal mensen met ggz-problematiek in de opvang. Het LPGGz ontvangt ook rechtstreeks signalen van cliënten en naastbetrokkenen van mensen die in crisis verkeren en niet adequaat worden opgevangen. (Zie ook bijlage: rapportage meldactie ambulantisering; LPGGz 2015)

Het SiRM-rapport benoemt acht grote knelpunten in de acute ggz, waardoor mensen onvoldoende tijdige toegang tot zorg krijgen en de kwaliteit en de continuïteit van zorg negatief beïnvloed wordt. De reactie van de minister van 7 mei jl. bevat veel goede intenties en heldere doelstellingen voor de lange termijn. Wij missen echter een gevoel van urgentie. De situatie dat mensen in psychische nood nergens terecht kunnen of als criminelen in een politiecel terechtkomen is niet acceptabel. De ontwikkeling en implementatie van een multidisciplinaire zorgstandaard acute ggz zal veel tijd in beslag nemen. Er zijn ook acute maatregelen nodig om problemen rond coördinatie, overdracht, wachttijden, vervoer en kwaliteit eerste opvang aan te pakken.

Het LPGGz pleit voor een plan van aanpak op korte en middellange termijn om de acht knelpunten die in het SiRM-rapport over acute zorg genoemd zijn aan te pakken.

Laagdrempelige crisisvoorzieningen

Mensen met psychische problematiek die ervaring hebben met crisissituaties hebben behoefte aan een tweeledige aanpak: enerzijds verbeteringen in de ketenzorg bij acute crisissituaties, anderzijds laagdrempelige voorzieningen die kunnen helpen om crisissituaties te voorkómen of vroegtijdig op te lossen. Aan dat laatste besteedt de minister in haar beleid en in haar brief van 7 mei jl. nog te weinig aandacht.

De capaciteit voor bed-op-recept of time-outvoorzieningen schiet tekort. Het gaat om plaatsen waar cliënten gebruik van kunnen maken op het moment dat er een crisis dreigt of waarin de naaste omgeving de zorg niet meer aan kan. De time-out kan gebruikt worden om zaken op een rij te zetten en om zo nodig de zorg of medicatie bij te stellen.

De crisiskaart is een instrument waarbij de cliënt zelf vastlegt wat er in het geval van een (dreigende) crisis het best kan gebeuren. De crisiskaart versterkt de regie van de cliënt, heeft een preventieve werking en helpt dwang en drang te voorkómen. Uit de meldactie ambulantisering van het LPGGz



Landelijk Platform GGz

LPGGz

blijkt dat mensen met een crisiskaart aanzienlijk minder knelpunten ervaren dan mensen zonder crisiskaart (33% resp. 83%).

Deze voorzieningen bieden meer veiligheid voor cliënten en daarmee ook voor hun omgeving.

Het LPGGz pleit voor een actievere inzet vanuit het ministerie om voldoende time-outvoorzieningen en (verdere) implementatie van de crisiskaart in alle regio's te realiseren.

Wachttijden

Wachttijsten in de ggz en het niet tijdig leveren van adequate zorg leiden tot verergering van psychische problemen en toename van crisissituaties. Toegang tot zorg moet hoe dan ook gegarandeerd blijven voor wie dat dringend nodig heeft.

Uit de marktscan GGz 2014 van de NZa blijkt dat cliënten bij ongeveer een derde van de zorgaanbieders die GGz-zorg aan volwassenen bieden langer, en soms veel langer, dan de acceptabele wachttijd volgens de Treeknorm op behandeling moeten wachten. Voor kinderen en jeugdigen gaat het zelfs om bijna 50% van de aanbieders die de Treeknormen overschrijden. De zorgverzekeraar is in het kader van de zorgplicht gehouden om tijdige zorg beschikbaar te stellen aan haar verzekerden.

Het LPGGz pleit voor:

- *een adequate invulling van de zorgplicht door zorgverzekeraars door zorgzoekende cliënten bijtijds (binnen de Treeknormen) toegang te geven tot gecontracteerde zorg;*
- *een verscherpte, niet vrijblijvende, toezichthoudende rol van de NZa in dit verband;*
- *het adequaat informeren van zorgzoekende cliënten over aanvaardbare wachttijden volgens de Treeknormen en wat te doen als deze dreigen overschreden te worden.*

Ambulantisering

In het bestuurlijk akkoord ggz is vastgelegd dat het aantal bedden in de ggz ten opzichte van 2008 met een derde zal worden teruggebracht. In het akkoord zijn tevens voorwaarden vastgelegd, onder meer op het gebied van huisvesting, ambulante zorg en betrokkenheid van gemeenten. Het LPGGz constateert dat de beddenreductie wel steeds meer vorm krijgt, maar dat de voorwaarden veel te weinig vervuld worden.

De opbouw van ambulante, intensieve zorg in de thuissituatie stagneert. In diverse regio's wordt zelfs bezuinigd op dit soort vormen van zorg (bijvoorbeeld FACT-teams). Concreet betekent dit dat cliënten en hun naaste omgeving te veel aan hun lot worden overgelaten.

De beschikbaarheid en toegankelijkheid van betaalbare woningen in geschikte wijken is een probleem. Daarnaast is sprake van wachttijsten bij beschermd wonen, zodat doorstroming stagneert. Ten slotte komt de noodzakelijke samenwerking tussen zorgverzekeraars, gemeenten en andere belangrijke partijen (zorgaanbieders, woningcorporaties, cliënt- en familieorganisaties) in veel regio's te laat en te traag op gang.

Het LPGGz pleit ervoor dat de minister meer verantwoordelijkheid neemt als het gaat om verwezenlijking van noodzakelijke voorwaarden voor ambulantisering. Tevens pleit het LPGGz voor meer sturing en regie op de totstandkoming van regionale prestatieafspraken. Ten slotte is helderheid gewenst over de middelen die het rijk heeft om op te treden als de noodzakelijke afspraken niet tot stand komen.

Positie ggz in het zorgstelsel

Met ingang van 2015 is het zorgstelsel drastisch veranderd. Voor de ggz is de stelselhervorming nog niet voltooid. De invoeging van de ggz binnen de Wet langdurende zorg (motie Keijzer-Bergkamp) moet nog zijn beslag krijgen. De minister heeft inmiddels de vraag opgeroepen of een verdere overheveling vanuit de Zvw voor de langdurende ggz niet gewenst is. De voortdurende onzekerheid over de positie van de ggz is fnuikend. Het leidt tot grote onrust bij cliënten en familie en tot een



Landelijk Platform GGz

LPGGz

afwachtende houding bij financiers en zorgaanbieders, waardoor de zo noodzakelijke samenwerking stagneert.

Het LPGGz pleit voor spoedige helderheid over de positie van de langdurende ggz in het zorgstelsel. Uitgangspunten daarbij moeten zijn:

- *spoedige realisering van toegang tot de Wet langdurende zorg, conform de gemaakte werkafspraken met veldpartijen en de motie Keijzer-Bergkamp;*
- *rust en stabiliteit, zodat weer ruimte ontstaat voor investeringen in kwaliteit, innovatie en samenwerking over de domeinen heen.*

Stigma

Ambulantisering betekent niet alleen dat cliënten ggz toegerust moeten worden om mee te doen in de samenleving, maar ook dat de samenleving zelf meer ruimte biedt voor mensen met psychische problemen. Stigmatisering en negatieve beeldvorming zijn nog steeds een groot probleem. De actuele discussie over verwarde personen dreigt in dat opzicht ook eerder een stap achteruit dan een stap vooruit te betekenen.

Het LPGGz pleit voor een intensieve voortzetting van activiteiten om stigma en zelfstigma tegen te gaan, vooral op lokaal en regionaal niveau.

Maatschappelijke positie van mensen met psychiatrische problematiek

Crisissituaties komen zelden alleen voort uit de psychische aandoening zelf, maar hangen veelal samen met problemen op andere terreinen: geen huis hebben, geen werk of zinvolle dagbesteding, schulden, je niet veilig of thuis voelen in de eigen omgeving. Mensen met langdurende psychische problemen verkeren veelal in een grote maatschappelijke achterstandssituatie. Dat is niet nieuw. Het LPGGz constateert op onderdelen wel een verslechtering:

- minder mogelijkheden voor (ondersteuning naar) werk;
- slechtere inkomenspositie; dit leidt ook direct tot een groeiend aantal onverzekerden, slechtere toegang tot de zorg en dus meer crisissituaties;
- voorzieningen voor inloop en dagbesteding staan onder druk; dit versterkt het sociale isolement van mensen.

Het LPGGz pleit voor een brede aanpak om de maatschappelijke positie van mensen met langdurende psychische problematiek te versterken en daarmee risico's van isolement en uitsluiting te verkleinen

Op maandag 18 mei 2015 neemt Nic Vos de Wael, senior beleidsadviseur, deel aan het rondetafelgesprek van de vaste Kamercommissie VWS, namens het Landelijk Platform GGz. Nic Vos de Wael is via de mail te bereiken n.vosdewael@platformggz.nl of per telefoon 06-26170180. Het algemene telefoonnummer van het Landelijk Platform GGz is 030 236 37 65.