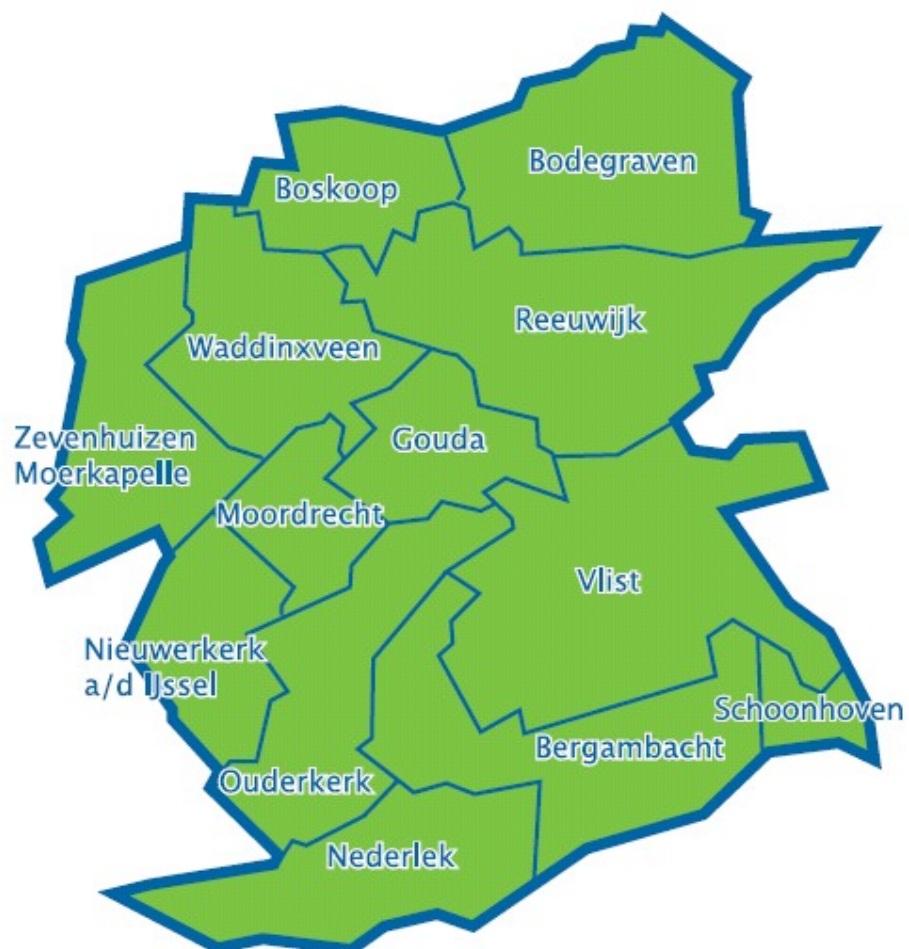


Regionale visie (O)GGZ

Midden-Holland

2008-2011



Colofon

Deze visie is vastgesteld door het portefeuillehoudersoverleg Wmo van 11 april 2007. De inbreng van diverse mensen, organisaties en platforms, waaronder enkele Wmo-raden, het platform OGGZ en het Bestuurlijk Overleg OGGZ is hierin vervolgens nog verwerkt. Na bespreking in het Bestuurlijk Overleg OGGZ van 5 juli 2007 is de visie als 'definitief' aangemerkt. Voor meer details over de totstandkoming van de visie verwijzen wij graag naar bijlage 1.

Redactie

Werkgroep (O)GGZ Midden-Holland:

- Mariëlle van Gemeren, Schoonhoven
- David Keers, Gouda
- Hermann Kukler, Bodegraven (tot 1 april 2007)
- Karen Schwarze, Bodegraven (vanaf 1 maart)
- Mirjam Mascini, ISMH (eindredactie)

Inhoud

Inhoud	1
Achtergrond en verkenning en afbakening (O)GGZ.....	2
Leeswijzer.....	4
1. Inleiding	5
2. Theoretisch kader: trap van uitval en herstel.....	7
3. De (O)GGZ en de Wmo	9
4. Risicofactoren en beschermende factoren	12
5. De omvang van de (O)GGZ-problematiek in Midden-Holland	14
6. Huidig beleid en beleidsvoornemens op het gebied van de (O)GGZ.....	17
7. Ketenregie	20
8. Verantwoordelijkheidsverdeling Gouda en regiogemeenten	22
9. Input vanuit het veld: werkconferentie (O)GGZ op 19 maart	24
10. Beleidsvisie (O)GGZ 2007-2011 Midden-Holland	25
Bijlage 1 Proces van de totstandkoming van de visie	27
Bijlage 2 Verbinding tussen doelstellingen en knelpuntendocument.....	28
Bijlage 3 Lijst met gebruikte afkortingen	30
Bijlage 4 Betrokkenen bij de OGGZ-structuur Midden-Holland	31
Bijlage 5 Brief aan colleges over Huiselijk Geweld	32
Bijlage 6 Convenant OGGZ Midden-Holland	34
Bijlage 7 Werkconferentie (O)GGZ van 19 maart 2007.....	38
Programma.....	38
Tekst van de speech van Marion Suijker	39
Belangrijkste uitkomsten subroepen	42
Uitkomsten gezamenlijke discussie aan de hand van stellingen.....	43
Eindconclusies Daan Heineke	45
Sheets werkconferentie (O)GGZ 19 maart 2007.....	45

Achtergrond en verkenning en afbakening (O)GGZ

De portefeuillehouders Wmo hebben met elkaar afgesproken een regionale visie op de (O)GGZ in Midden-Holland te ontwikkelen. Voor u ligt hiervan het resultaat. Om een beeld te schetsen van over welke mensen deze visie gaat, treft u hieronder een aantal voorbeelden uit de praktijk aan.

Voorbeeld 1: Meneer de Wit

Meneer de Wit is een 37-jarige man. Hij is minder begaafd, werkloos, drugsgebruiker en veroorzaakt volgens woningbouwvereniging geluidsoverlast. Meneer de Wit mijdt alle hulp die hem geboden wordt. Onder invloed van de drugs is hij intimiderend en agressief. In de buurt voelen mensen zich bedreigd; hij draait harde muziek, scheldt mensen uit en is niet aanspreekbaar op zijn gedrag. Ook het familienetwerk is al jarenlang uitgebuit (financieel en mentaal). Zijn moeder lijdt onder zijn gedrag en is door hem slachtoffer geworden van huiselijk geweld. Zij krijgt nu hulp van het maatschappelijk werk die haar helpt assertiever te worden. Mevrouw heeft een opvangplek moeten zoeken zodat ze kan vluchten op het moment dat ze zich geïntimideerd, bedreigd voelt door haar zoon. Bij een eerder voorval is meneer opgepakt door de politie. Mevrouw heeft tot op heden alleen meldingen gedaan van het geweld uit angst voor represailles van haar zoon bij aangifte.

De bemoeizorg van het straathoekwerk en verslavingzorg wordt ingezet. Meneer is niet tevreden over aanbod doch kan dat, door zijn beperkte verstandelijke vermogen, niet bevatten en benoemen en raakt over zijn toeren en in de war. Hij gaat meer drugs gebruiken en wordt achterdochtig en agressief. Er komen vele meldingen binnen bij de woningbouwvereniging en de politie i.v.m. geluidsoverlast. Ook zijn moeder doet uiteindelijk aangifte i.v.m. dreiging van geweld. De woningbouwvereniging gaat het gesprek aan met meneer maar dit geeft geen verandering in de situatie. De meldingen en aangifte van dreiging van geweld zijn onvoldoende voor de politie om op basis daarvan een zaak tegen meneer aan te spannen. Meneer pleegt daarnaast ook een aantal kleinere vergrijpen.

Uiteindelijk heeft de politie een heel dossier opgebouwd en meneer raakt gedetineerd. Omdat de uitkering stop wordt gezet tijdens detentie, kan hij de huur niet meer betalen en verliest hij zijn huis. De woningbouwvereniging heeft aangegeven dat op grond van de eerdere problemen met deze huurder zij niet bereid zijn meneer zonder afspraken opnieuw aan een woning te helpen. moet naar de gemeente zaken als het opnieuw aanvragen van een uitkering en steun om weer een woning te krijgen. Meneer moet opnieuw verzekerd worden omdat ook dit stop is gezet. Hij moet zelf met een brief van de zorgverzekeraar naar het zorgloket om dit te regelen. Hulp heeft hij niet. De mantelzorg is vervallen. De uitkering moet opnieuw aangevraagd worden en meneer heeft het erg moeilijk. Geen geld, geen huis, geen steun.

Voorbeeld 2: Mevrouw de Bruin

Mevrouw de Bruin is een 60 jarige weduwe. Ze woont in een rijtjeshuis in een nette buurt. Zij woont daar sinds 1980 en heeft het huis destijds samen met haar man gekocht. Haar man is na een lang ziekbed 5 jaar geleden overleden. In die tijd heeft mevrouw haar partner verzorgd. Meneer en mevrouw de Bruin hebben een dochter die in het buitenland woont.

Na het overlijden van haar man is mevrouw in een diep gat gevallen. Ze is zich steeds meer gaan afzonderen. Ze komt nog maar weinig buiten en zij ziet er onverzorgd uit. Buren maken zich veel zorgen om hun buurvrouw. Sinds een aantal weken hebben zij last van stankoverlast. Ze hebben een aantal keer aangebeld maar mevrouw doet de deur niet open. Ze bellen naar de gemeente voor hulp. De dienst bouw- en woningtoezicht gaat bij de woning langs. De woning ziet er verloederd uit maar er is geen rommel in de tuin. Als ze aanbellen wordt er niet open gedaan. De gemeente belt de GGD voor advies. Er wordt besloten tot het opzetten van bemoeizorg. De GGD zoekt uit of mevrouw ergens reguliere hulp ontvangt: dit blijkt niet zo te zijn. De GGD gaat op huisbezoek. Inmiddels bellen

de buren nogmaals met de gemeente omdat ze nu naast stankoverlast ook last hebben van vliegen en ze graag willen weten wat er gedaan wordt.

Na een aantal huisbezoeken vanuit de GGD is er eindelijk contact met mevrouw. Het huis staat vol met spullen, er staat veel afval in huis. Mevrouw zorgt slecht voor zichzelf en kookt niet meer. volgt een huisbezoek samen met de huisarts omdat er zorgen zijn over de gezondheidstoestand van mevrouw. Mevrouw is al jaren niet bij de huisarts geweest. Een opname in het ziekenhuis is nodig. Het huis is ernstig vervuild en moet gereinigd worden voordat mevrouw terugkeert naar haar huis. Mevrouw heeft veel schulden en leeft van een uitkering. De kosten voor het schoonmaken zijn erg hoog (Het is een koophuis). Mevrouw heeft geen sociale contacten. Haar dochter weet niet van de situatie van haar moeder af, mevrouw heeft eenmaal per jaar contact met haar.

Voorbeeld 3: Meneer de Vries

Meneer de Vries is een 45-jarige alleenstaande man. Hij vervuilt zichzelf en zijn woning. Hij heeft een alcoholprobleem en is in de war. Hij wil geen contact met de hulpverlening en heeft een huurachterstand en veroorzaakt overlast in de buurt. In dronken buien loopt hij tierend en scheldend over straat. Het laatste zou kunnen worden opgevat als een verkapte roep om hulp, maar helemaal duidelijk is dat niet.

Naar eigen zeggen wil meneer de Vries maar twee dingen: zijn uitkering blijven ontvangen en zijn woning blijven behouden. De problemen van dhr. De Vries lopen op. De medewerksters van de Dienst Arbeid en Inkomen signaleren dat het niet goed gaat. Meneer de Vries retourneert zijn rechtmatigheidsformulieren niet meer, reageert niet op oproepen en verschijnt niet op afspraken. Hij komt wel regelmatig aan de balie en maakt dan stampeij omdat hij zijn uitkering wil hebben. Hij is nauwelijks aanspreekbaar. Na rijp beraad besluiten de medewerkers van de Dienst Arbeid en Inkomen om meneer de Vries de toegang tot het kantoor te ontfemen zijn uitkering stop te zetten. De burens van meneer De Vries maakten zich aanvankelijk vooral grote zorgen om hem, maar ze zijn intussen ook bang voor hem geworden. Ze spreken hem niet meer zelf aan op zijn gedrag maar doen hun beklag bij de wijkagent en de woningbouwvereniging. De woningbouwvereniging heeft tegen hem al een incassoprocedure in gang gezet vanwege de olopende huurschuld. Hij reageert niet op de schriftelijk uitnodigingen van hen voor een gesprek.

Een medewerker van de woningbouwvereniging belt vervolgens naar het zorgloket met de vraag of ze meneer de Vries hulp kunnen bieden of voor hulp kunnen zorgen. Omdat meneer niet open staat voor hulp verloopt de reactieperiode van de gerechtsdeurwaarder en komt hij op straat te staan.

Hierboven zijn slechts drie fictieve voorbeelden van mensen die behoren tot de doelgroep van de (O)GGZ gegeven. In 2006 zijn in totaal 338 mensen gemeld bij het meldpunt ZO! Dit zijn allemaal mensen met een eigen verhaal, een eigen verleden. Maar altijd gaat het om mensen die op meerdere gebieden problemen hebben en deze niet zelfstandig kunnen oplossen.

De portefeuillehouders willen zich de komende 4 jaar inspannen voor alle mensen die tot de doelgroep van de (O)GGZ behoren. Zij willen daarmee vooral voorkomen dat mensen tot de doelgroep gaan behoren. Maar als mensen tot de doelgroep behoren, dan moet er ook hulp voor hen zijn, zij moeten gesignaleerd en opgevangen worden. En als het kan willen de portefeuillehouders ervoor zorgen dat deze mensen uiteindelijk maatschappelijk weer mee kunnen doen.

Leeswijzer

Voorliggend document is als volgt opgebouwd. Hoofdstuk 1 bevat de inleiding. Daarin wordt geschetst wat de portefeuillehouders Wmo verstaand onder (O)GGZ en wat ze met voorliggende visie willen bereiken. Hoofdstuk 2 geeft het theoretische kader weer, van waaruit deze visie is opgesteld. De OGGZ trap van uitval en herstel wordt besproken. In hoofdstuk 3 leest u welke plaats de (O)GGZ heeft in de Wmo. De hoofdstukken 4 tot en met 9 geven inhoudelijke bouwstenen voor deze visie aan. Hoofdstuk 4 beschrijft de risicofactoren en beschermende factoren voor de OGGZ, hoofdstuk 5 de omvang van de problematiek in Midden-Holland. Hoofdstuk 6 geeft aan dat er in de regio al een heleboel gebeurt op het gebied van de OGGZ. Hoofdstuk 7 beschrijft het belang van de sluitende (O)GGZ-keten. Hoofdstuk 8 geeft weer hoe de portefeuillehouders de verhouding tussen de centrumgemeente en de regiogemeenten zien. Hoofdstuk 9 is een korte impressie weer van de werkconferentie van 19 maart, de start voor het ontwikkelen van voorliggende visie.

Zij die alleen geïnteresseerd zijn in de speerpunten van de portefeuillehouders voor de komende jaren, hoeven feitelijk alleen hoofdstuk 10 te lezen. Daarin geven de portefeuillehouders Wmo aan waar zij zich op het gebied van de (O)GGZ de komende jaren op willen richten.

1. Inleiding

De portefeuillehouders Wmo in Midden-Holland hebben in september 2006 besloten tot het formuleren van een samenhangend beleid op de prestatievelden 7, 8 en 9 en de collectieve preventie Geestelijke Gezondheidszorg uit de Wet Maatschappelijke Ondersteuning. Voor u ligt hiervan het resultaat. In de bijlage kunt u terugvinden hoe het proces om te komen tot deze beleidsvisie is verlopen.

Definities en taakomschrijving

De visie gaat over de prestatievelden 7, 8 en 9 en collectieve preventie GGZ uit de Wmo. Hierna worden de begrippen en prestatievelden nader beschreven.

De *Openbare Geestelijke Gezondheidszorg (OGGZ)* gaat over de zorg voor mensen die daar zelf niet om vragen, maar die het wel nodig hebben. De reden dat mensen er zelf niet om vragen kan zijn dat mensen geen zorg willen of niet in staat zijn om hulp te vragen. Het kan hierbij gaan om activiteiten gericht op preventie, opvang en zorg. Kenmerkend voor OGGZ-problematiek is dat er vaak een combinatie van problemen speelt of ontstaat op psychosociaal, geestelijk, lichamelijk en sociaal vlak. Verder spelen problemen op het terrein van financiën, werk en wonen. De OGGZ onderscheidt zich van de GGZ. Dit komt omdat de OGGZ zich afspeelt in het publieke domein, zonder dat er een individuele hulpvraag werd gesteld door de cliënt. De Wmo geeft gemeenten de taak om de totstandkoming en de continuïteit van en de samenhang binnen collectieve preventie alsmede de onderlinge afstemming tussen deze collectieve preventie en de curatieve gezondheidszorg te bevorderen¹. Daarnaast zijn gemeenten verantwoordelijk voor het bevorderen van openbare geestelijke gezondheidszorg, waaronder in ieder geval wordt verstaan het signaleren en bestrijden van risicofactoren op het gebied van de openbare geestelijke gezondheidszorg, het bereiken en begeleiden van kwetsbare personen en risicogroepen, het functioneren als meldpunt voor signalen van crisis of dreiging van crisis bij kwetsbare personen en risicogroepen en het tot stand brengen van afspraken tussen betrokken organisaties over de uitvoering van de openbare geestelijke gezondheidszorg². Ook de bestrijding van huiselijk geweld behoort tot de OGGZ.

GGZ- preventie staat voor activiteiten vanuit de gezondheidszorg om ernstige psychische problemen te voorkomen, dan wel vroeg op te sporen om de kans dat behandeling succes heeft te vergroten. Daarnaast zijn er preventieve acties om iemand die al een psychische stoornis heeft voor erger te behoeden, bijvoorbeeld door de gevolgen ervan te verzachten of te voorkomen dat nog andere stoornissen ontstaan. Gemeenten krijgen in het kader van de Wmo middelen om begrip en herkenning van (ernstig) psychische klachten te bevorderen, de bevolking bewust te maken wat zij zelf aan deze klachten kan doen en de doelgroep wegwijst te maken naar instanties. Deze middelen voor Collectieve GGZ-preventie is gericht op de gehele bevolking of een gehele bevolkingsgroep.

Bij *verslavingsbeleid* gaat het om de ambulante verslavingszorg, bestaande uit activiteiten uit de ambulante hulpverlening, die gericht zijn op verslavingsproblemen, en preventie van verslavingsproblemen, inclusief activiteiten in het kader van overlastbestrijding van overlast door verslaving.

Maatschappelijke opvang omvat activiteiten die bestaan uit het tijdelijk bieden van onderdak, begeleiding, informatie en advies aan personen die, door een of meerdere problemen, al dan niet gedwongen de thuissituatie hebben verlaten en niet in staat zijn zich op eigen kracht te handhaven in de samenleving.

Het doel van *vrouwenopvang* is het tijdelijk bieden van onderdak aan vrouwen die, al dan niet gedwongen, de thuissituatie hebben verlaten, en het bieden van begeleiding en nazorg, informatie en advies in verband met problemen van relationele aard of geweld.

¹ Wcpv, art. 2, lid 1.

² Wcpv, art. lid 2 onder f

Tot slot hebben gemeenten bij de invoering van de Wmo middelen ontvangen voor *het stimuleren van cliënteninitiatieven voor zorgvernieuwing in de Geestelijke Gezondheidszorg*. De doelgroep bestaat uit mensen die zijn geïndiceerd voor psychiatrische zorgaanspraken.

Voorliggende visie is een visie van de portefeuillehouders Wmo in Midden-Holland. Zij geven daarmee aan dat de (O)GGZ een verantwoordelijkheid is van alle gemeenten in de regio en niet alleen van de centrumgemeente. Zij zullen ernaar streven deze visie op te nemen in hun lokale Wmo-beleid. Als alle gemeenten dit hebben gedaan, kan de visie beschouwd worden als een (O)GGZ-visie van de gemeenten in Midden-Holland.

Wanneer de portefeuillehouders in dit document spreken over (O)GGZ bedoelen ze daarmee alle bovengenoemde taken: collectieve preventie GGZ, maatschappelijke opvang, vrouwenopvang (inclusief bestrijding huiselijk geweld), verslavingsbeleid en OGGZ, tenzij ze expliciet vermelden dat het alleen gaat om een specifieke taak of onderdeel van een taak. De portefeuillehouders beschouwen de (O)GGZ als een verantwoordelijkheid van alle gemeenten in de regio. Zij streven ernaar om voorliggende visie op te nemen in hun lokale Wmo-beleidsplan.

2. Theoretisch kader: trap van uitval en herstel

Het NIZW heeft in navolging van onder andere Judith Wolf een OGGZ-trap van uitval en herstel ontwikkeld. Deze trap is geënt op het proces van in- en uitsluiting van sociaal kwetsbare mensen. Hieronder wordt de trap beschreven. De trap geeft inzicht in de doelen, doelgroepen en interventies in het kader van de (O)GGZ³



Trede	Omvang en kenmerken doelgroep	Interventies gericht op uitvalpreventie en behoud zelfredzaamheid	Interventies gericht op herstel
6	Geen klachten of verhoogd risico. <i>Circa 70% van de bevolking.</i>	Collectieve gezondheidsbevordering via beleidsadvisering over algemene omstandigheden zoals veiligheid, leefbaarheid, werkgelegenheid, educatieve voorzieningen, levensloopbestendige wijken, versterken van de civil society.	
5	Groepen met verhoogd risico. Wel klachten, vaak geen hulpvraag. <i>Ongeveer 28% van de bevolking.</i>	Preventieve acties: een combinatie van verschillende interventies is het meest effectief. Interventies kunnen zich richten op beleidsadvisering over structurele risico's, het versterken van het sociale netwerk, het verhogen van de competentie, de toegankelijkheid	Zelfstandig wonen, nazorg (waakvlamcontact). Aandacht voor werk en/of dagbesteding, sociaal contact en budgetteringssteun.

³ De VNG en VWS hebben in het kader van de invoering van de Wmo een instrumentenkoffer ontwikkeld. Eén van die instrumenten betreft de handreiking OGGZ in de Wmo van Judith Wolff. In dit document wordt gesproken over de OGGZ-ladder. Omdat deze handreiking pas begin 2007 beschikbaar kwam en er in onze regio al gekozen was voor de 'trap van uitval en herstel' is ervoor gekozen deze laatste als uitgangspunt te hanteren. Inhoudelijk lopen 'de ladder' en 'de trap' niet ver uit elkaar.

		en geschiktheid van het zorgaanbod.	
4	Multiproblemen bij zelfstandig wonende burgers; verminderde zelfredzaamheid, nog lokaal aan te pakken; <i>ca. 1% van de bevolking.</i>	Signalering en geïntegreerde multidisciplinaire en out reaching aanpak via lokale zorgnetwerken. Aandacht voor informatie, advies en cliëntondersteuning en sociale (re)integratie. Interventies b.v. tweede-kansbeleid, buurtbemiddeling, schuldhulpverlening, dagbesteding, toeleiding naar (gespecialiseerde) zorg.	Zelfstandig wonen met woonbegeleiding, aandacht voor lokale reïntegratie (werken, sociaal contact in de buurt, vrije tijdsbesteding); betrokkenheid lokaal zorgnetwerk.
3	Multiproblemen en dreigende dakloosheid, zelfredzaamheid zeer beperkt. <i>Trede 3 t/m 1 samen omvatten ongeveer 1% van de bevolking.</i>	Signalering, geïntegreerde bovenlokale multidisciplinaire out reaching aanpak (vangnet) onder coördinatie van GGD en met deelname van verslavingszorg, ggz, maatschappelijke opvang (vrouwenopvang), algemeen maatschappelijk werk; zo mogelijk toeleiding naar zorg, schuldhulpverlening, woonbegeleiding en dagbesteding	Beschermd en begeleid wonen gecombineerd met aanpak van problemen op alle levensgebieden, dagbesteding en sociaal contact.
2	Acute crisissituatie zoals psychische decompensatie, overdosis, geweldsmisdrijf, dakloosheid	Opname in 7x24 uursvoorziening, crisishulp door b.v. ggz, verslavingszorg, maatschappelijke opvang. Vaak zijn GGD en politie ook betrokken.	Verblijf in intramurale setting (ggz, verslavingszorg, maatschappelijke opvang) met behandeling en (voorbereiding van) aanpak van problemen op alle levensgebieden.
1	Dakloosheid, vaak tevens verslaving, schulden en/of psychiatrische ziekte.	Dag- en nachtopvang, out reaching contactlegging, intensieve bemoeizorg en zo mogelijk toeleiding naar opvang en zorg.	

De portefeuillehouders Wmo gebruiken de OOGZ-trap van uitval en herstel als theoretisch kader voor de regionale visie op de (O)GGZ.

3. De (O)GGZ en de Wmo

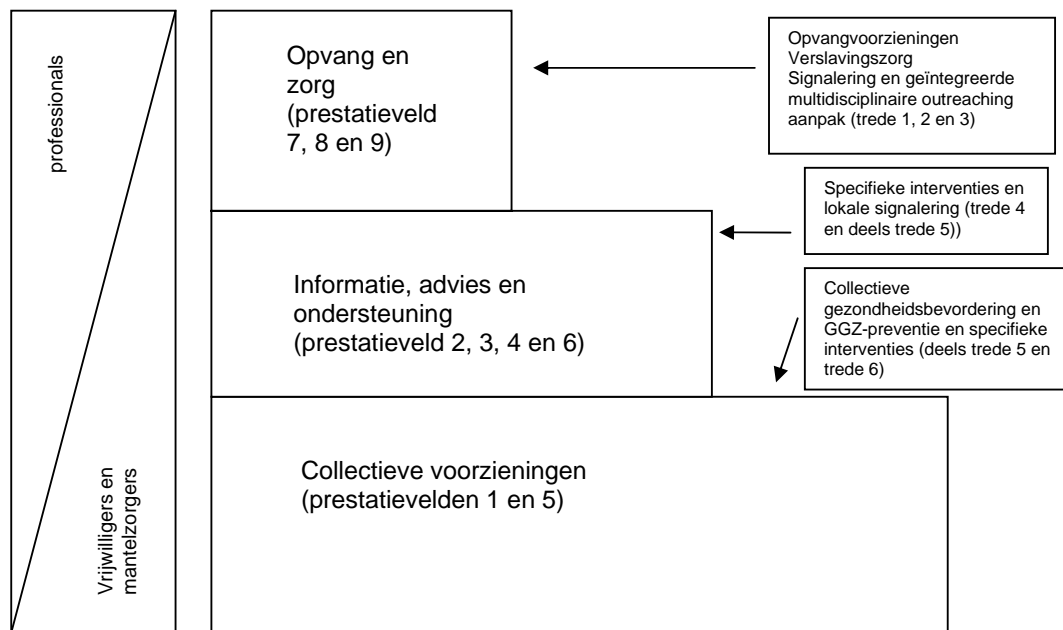
De Wmo is samen te vatten met de term 'meedoen'. Iedereen die in onze maatschappij woont wordt geacht een steentje bij te dragen aan deze maatschappij. Voor de meeste mensen is dat geen probleem. Voor de groep mensen voor wie dit wel een probleem is, is voor de gemeente een taak weggelegd daarin te (laten) voorzien.

De Wmo kent 9 prestatievelden:

1. Het bevorderen van sociale samenhang in en leefbaarheid van dorpen, wijken en buurten;
2. Op preventie gerichte ondersteuning bieden aan jongeren met problemen met opgroeien en van ouders met problemen met opvoeden;
3. Het geven van informatie, advies en cliëntondersteuning;
4. Het ondersteunen van mantelzorgers en vrijwilligers;
5. Het bevorderen van de deelname aan het maatschappelijke verkeer en van het zelfstandig functioneren van mensen met een beperking of een chronisch psychisch problemen en van mensen met een psychosociaal probleem;
6. Het verlenen van voorzieningen aan mensen met een beperking of een chronisch psychisch problemen en van mensen met een psychosociaal probleem ten behoeve van het behoud van hun zelfstandig functioneren of hun deelname aan het maatschappelijke verkeer;
7. Maatschappelijk opvang, waaronder vrouwenopvang
8. Het bevorderen van de openbare geestelijke gezondheidszorg
9. Het bevorderen van verslavingsbeleid.

Alle gemeenten zijn al sinds 1989 op basis van de Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid (Wcpv) verantwoordelijk voor de openbare geestelijke gezondheidszorg (OGGZ). Daarnaast hebben centrumgemeenten ook een verantwoordelijkheid voor het realiseren van voorzieningen voor vrouwenopvang, verslavingszorg en maatschappelijke opvang op basis van de Welzijnswet. Deze verantwoordelijkheid is, met uitzondering van de psychosociale hulp bij rampen, met ingang van 1 januari 2007 overgeheveld naar de Wmo (prestatieveld 8).

De overige prestatievelden in de Wmo die grote samenhang vertonen met de OGGZ zijn prestatieveld 7 bestaande uit maatschappelijke opvang en vrouwenopvang en prestatieveld 9, verslavingsbeleid. Deze prestatievelden zijn overgeheveld naar de Wmo vanuit de oude Welzijnswet. Maar er is ook samenhang met de andere prestatievelden, zeker wanneer meer in preventieve zin naar de (O)GGZ gekeken wordt. Dit blijkt ook wanneer gekeken wordt naar de trap van uitval en herstel. Met name bij de hoogste treden van de trap zien we een directe relatie met in ieder geval de prestatievelden 1 tot 4. Treden 5 en 6 van de trap hangen daarnaast samen met de prestatieveld 5 uit de Wmo. Schematisch is de relatie tussen de trap en de Wmo in onderstaand schema weergegeven:



Bovenstaand schema geeft in het midden de opbouw van de Wmo weer. De wet is gericht op participatie van de burgers in het maatschappelijk leven. Gemeenten moeten deze participatie stimuleren en faciliteren. Dit kan door het creëren van een aantal collectieve voorzieningen. Te denken valt aan wijkleefbaarheidsinitiatieven, buurtcentra, het collectief vraagafhankelijk vervoer. Waar het om gaat is dat alle inwoners van de gemeenten gebruik kunnen maken van deze voorzieningen.

In sommige gevallen 'redden' mensen het niet zelfstandig. Zij hebben behoefte aan lichte vormen informatie, advies en ondersteuning. Het kan gaan om opvoedingsondersteuning, om ondersteuning van mantelzorgers en vrijwilligers, om ouderenadviseurs, schuldhulpverlening, etc. Met behulp van deze informatie, advies en ondersteuning kunnen burgers zelfstandig verder.

Soms redden mensen het echt niet meer alleen. Zij hebben in die gevallen zorg en zwaardere vormen van ondersteuning nodig. Het gaat dan om zorg uit de AWBZ, maar ook om de maatschappelijke opvang, de outreachende zorg van het straathoekwerk, verslavingszorg, etc.

De gedachte achter het middelste schema is dat hoe meer een gemeente investeert op de onderste trede, hoe minder er gebruik gemaakt zal worden van de bovenliggende trede. Links staat aangegeven welke mensen betrokken zijn bij de voorzieningen. Hieruit blijkt dat bij de collectieve voorzieningen *relatief gezien* meer vrijwilligers en mantelzorgers betrokken (zouden moeten) zijn. Al naar gelang de zorg- en ondersteuningsbehoefte specifiek wordt, is er meer behoefte aan professionals die dit kunnen leveren.

Rechts staat aangegeven hoe de (O)GGZ zich verhoudt tot de Wmo. Hoe hoger men op de ladder van uitval en herstel staat, hoe meer men zich in de maatschappij kan redden met behulp van collectieve voorzieningen. Daarentegen moge het duidelijk zijn dat de mensen met echte (O)GGZ-problematiek zwaardere vormen van zorg en ondersteuning van professionals nodig hebben.

Het belang van preventie

De portefeuillehouders vinden preventie van (O)GGZ-problematiek van groot belang. Ten eerste is dit belangrijk voor de mensen om wie het gaat. Voor niemand is het fijn om, om wat voor reden dan ook, in multiproblemsituaties terecht te komen. De portefeuillehouders vinden het een overheidstaak om het beleid dusdanig in te richten dat zo weinig mogelijk mensen 'afglijden'.

Daarnaast is het ook de opdracht uit de Wmo om te stimuleren dat mensen zo lang mogelijk mee kunnen doen. Bovendien geldt ook in dit kader: voorkomen is beter dan genezen (en goedkoper).

Niet alleen geldt dit laatste voor de afzonderlijke gemeenten, maar ook maatschappelijk gezien is preventie vaak/meestal goedkoper. Daarbij is het wel zaak om te kiezen voor een samenhangend pakket aan effectieve maatregelen. Eén enkele preventieactiviteit heeft op zich geen zin. Bekend is dat preventie pas 'werkt' als op het gebied van wet- en regelgeving, voorzieningen, voorlichting, inrichting van de wijk, etc. activiteiten worden ingezet die hetzelfde voor ogen hebben.

Daarnaast is zaak dat er indicatoren ontwikkeld worden, die in een vroegtijdig stadium signaleren dat het niet goed gaat met iemand.

Het belang van cliëntenparticipatie en belangenbehartiging

De opdracht van "meedoen" zoals de Wmo die stelt, geldt ook voor de doelgroep van (O)GGZ-cliënten. In het kader van de Wmo hebben gemeenten de opdracht om de participatie van hun inwoners te organiseren. Zo moet iedere gemeente een zogenaamde 'Wmo-raad' oprichten, waarin mensen vanuit diverse doelgroepen zitting hebben. Deze raden krijgen een belangrijke adviestaak voor wat betreft het Wmo-beleid. Daarnaast vindt cliëntenparticipatie ook plaats in cliëntenraden van instellingen en organisaties.

Mensen met een (O)GGZ-achtergrond hebben vaak een achterstand in ontwikkeling van 'meedoen', Dit komt door het feit dat deze doelgroep moeilijk voor zichzelf kan opkomen of daar geheel niet toe in staat is. Ook zijn deze mensen vaak niet stabiel in hun ziektebeeld en/of zijn extra kwetsbaar. De vraag is of de cliëntenparticipatie van de (O)GGZ-doelgroep en de ondersteuning daarvan via lokaal, inclusief beleid kan plaatsvinden, of dat er professionele ondersteuning nodig is.

De overheid kan zelf overigens bijdrage aan een positieve(re) beeldvorming van (O)GGZ-cliënten, door het goede voorbeeld te geven en deze mensen te betrekken bij Wmo-raden of andere gemeentelijke activiteiten.

De portefeuillehouders realiseren zich dat de doelgroep van de (O)GGZ niet automatisch 'meedoet' in de maatschappij. Voor deze mensen is het noodzakelijk dat er een vangnet gecreëerd wordt. De portefeuillehouders beschouwen dit als een uiterste –maar wel belangrijk-middel. Zij streven ernaar dat mensen zo lang mogelijk mee kunnen doen en willen daarom ook insteken op de preventie van (O)GGZ-problematiek. Mochten mensen toch in multiproblemsituaties raken, dan zullen de portefeuillehouders ervoor zorgen dat er een vangnet is. Daarbij is altijd het streven dat mensen, indien zij daartoe in staat zijn, op den duur weer kunnen gaan 'meedoen'. Cliëntenparticipatie op alle niveaus van de (O)GGZ-doelgroep vinden de portefeuillehouders van belang. De portefeuillehouders gaan nog onderzoeken op welke wijze de ondersteuning hiervan georganiseerd moet worden.

4. Risicofactoren en beschermende factoren

Om te weten waar het gemeentelijke beleid zich op moet focussen, is het uiteraard van belang te weten wat de risicofactoren en beschermende factoren ten aanzien van de uitval en uitsluiting zijn. In onderstaande tabellen zijn ze weergegeven⁴.

Structurele factoren Maatschappelijke context	Psychosociale factoren Individu en sociale omgeving
<p>Waaronder:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bevolkingssamenstelling en manieren van samenleven, waaronder: vergrijzing, verkleuring, toename van alleenstaanden en eenoudergezinnen, toename van scheidingen • Draagvlak en tolerantie in de samenleving voor kwetsbare mensen • Ontwikkelingen in de zorg en toegang tot zorg (vermaatschappelijking, zorgverzekering). • Werking van instituties en regelingen (bureaucratie, verzakelijking) 	<p><i>Algemene risicofactoren:</i> Inadequate huisvesting, laag inkomen, problematische schuldsituatie, slechte gezondheid, laag opleidingsniveau en werkloosheid.</p> <p><i>Specifieke risicofactoren:</i> Kindermishandeling, huiselijk geweld, (aanhoudende) psychische problemen, drug & alcohol misbruik, kleine criminaliteit, in aanraking met politie/justitie, eenzaamheid, onvoldoende omgevingssteun, een instituut- of inrichtingsverleden. Ook: verstandelijke beperkingen en onvoldoende competenties.</p> <p><i>Triggers (directe aanleidingen, vaak samenvallend met ingrijpende levensgebeurtenissen, die zorgen voor een plotselinge achteruitgang in de leefsituatie)</i> Huisuitzetting, relatiebreuken, van familie of vrienden niet langer onderdak krijgen, weggelopen van huis, ontslag uit een institutie (psychiatrisch ziekenhuizen, jeugdteluis), ontslag uit detentie.</p> <p><i>Toestand van uitsluiting</i> Breuken in:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Handelingsvermogen • Binding met anderen • Zelfbeeld en identiteit resulterend in verlies van eigenwaarde en toekomstperspectief.

Over het algemeen geldt:

- hoe meer risicofactoren, des te groter de kans is op (verder) afglijden en des te groter de urgentie om de problemen in praktijk en beleid aan te pakken
- hoe langer de duur, des te moeilijker de omkering is van het proces van psychisch onwelbevinden en sociale uitsluiting.

⁴ Handreiking OGGZ in de Wmo, november 2006 van Dr. J. Wolff.

Beschermende factoren

Persoonlijke eigenschappen

- Competenties
- Draagkracht
- Veerkracht
- Gezondheid van het individu

Toegang tot maatschappelijke hulpbronnen

- Huisvesting
- Inkomen
- Opleiding
- Werk
- Verblijfstatus

Sociale contacten

- Positieve interpersoonlijke interacties
- Ervaren steun van belangrijke anderen en wijdere (sociale) omgeving (scholen, buurt, clubs, etc)

Omgeving

- Toegankelijke gezondheidszorg
- Veilig en gezond woon- en leefklimaat

De portefeuillehouders betrekken de risicofactoren en beschermende factoren bij het formuleren van de beleidsspeerpunten voor de (O)GGZ. De portefeuillehouders zullen zich inspannen om naast risicofactoren ook risico-indicatoren te beschrijven. Risico-indicatoren geven aan bij welk signaal of combinatie van signalen alle alarmbellen bij de hulpverleners moeten gaan rinkelen.

5. De omvang van de (O)GGZ-problematiek in Midden-Holland

Uit de trap van uitval en herstel blijkt al globaal de omvang van de doelgroep (O)GGZ:

- Ongeveer 70% van de inwoners heeft geen klachten over verhoogd risico. In Midden-Holland gaat het dan om ongeveer 168.000 inwoners.
- Ongeveer 28% van de bevolking heeft een verhoogd risico. Dat zijn in Midden-Holland ongeveer 67.200 mensen.
- Ongeveer 1% van de bevolking heeft een verminderde zelfredzaamheid. Dat zijn 2.400 inwoners
- Ongeveer 1% van de bevolking is dreigend dakloos of dakloos. Dit zijn ook ongeveer 2.400 inwoners.

Voor de regio Midden-Holland heeft de GGD Hollands Midden specifieke cijfers over de omvang van de doelgroep verzameld. Uit de gezondheidsenquête 2005 blijkt dat een op de zelf volwassenen tussen de 18 en 65 jaar psychisch licht tot ernstig ongezond is. Dit percentage is voor vrouwen iets hoger dan voor mannen (18% tegen 13%). Het aantal mensen dat psychisch licht tot ernstig ongezond is, is in alle leeftijdscategorieën even hoog en ook tussen mensen met een hoge of lage sociaal economische status (SES) zijn geen verschillen te zien.

Psychosociaal probleem	Omvang doelgroep	Nadere specificatie
Eenzaamheid	35% van de inwoners tussen 16 en 65 is wel eens eenzaam, 7% is ernstig eenzaam.	Geen verschil tussen mannen en vrouwen en hoge en lage SES. In alle leeftijdsgroepen is 7% van de inwoners ernstig eenzaam, bij ouderen is dit 8%. Meer ouderen met een lage SES hebben te maken met (zeer) ernstige eenzaamheid
Angststoornis/depressie	Bij 32% van de inwoners tussen 18 en 65 is er sprake van een licht risico op een angststoornis of depressie. Bij 5% is er sprake van een zwaar risico.	Met name jonge vrouwen lopen risico. 5% van de ouderen heeft een ernstig risico op een van deze aandoeningen, voor 32% geldt dat zij hierop een matig risico lopen. Oudere vrouwen en ouderen met een lage SES lopen een groter risico.
Psychosociale problematiek bij kinderen	21% van de kinderen van 0 tot 12 jaar. 15-20% van de jongeren van 13-15 jaar.	

Alcoholgebruik onder jongeren	85% van de scholieren op voortgezet onderwijs heeft ooit wel eens alcohol gedronken. 61% van de scholieren heeft in de afgelopen maand gedronken.	Sterke toename onder de scholieren onder de 15 jaar van 48% in 1999 naar 61% in 2003. Toename van leerlingen op het basisonderwijs dat ooit alcohol heeft gedronken van 22% naar 47%. Jongens drinken frequenter en meer dan meisjes. Er zijn geen verschillen tussen de schoolniveaus
-------------------------------	--	---

Naast bovenstaande gegevens blijkt dat ruim 75% van de mensen in Midden-Holland zich gelukkig voelt. Mensen uit Gouda, ouderen en mensen met een lage (SES) voelen zich minder gelukkig. Mensen die zich ongelukkig en/of eenzaam voelen ervaren hun gezondheid ook als minder positief en hebben ook vaker lichamelijke aandoeningen. Bijna 1 op de 10 volwassenen heeft in het afgelopen jaar gebruik gemaakt van de GGZ. Tot gebruikt ongeveer 8% van de mensen slaap- en/of kalmeringsmiddelen gebruikt.

Uit de gezondheidsenquête van 2002 blijkt dat 80% van de mantelzorgers, een belangrijke doelgroep uit de Wmo, één of meerdere problemen bij het geven van zorg ervaart. Men ervaart het vaak als geestelijk zwaar en er schiet te weinig tijd over voor de persoon zelf en/of voor het gezin. Bovendien hebben meer mantelzorgers dan niet-mantelzorgers een slechtere ervaren gezondheid.

GGD Hollands Midden heeft in 2006 voor de regio Midden-Holland een eerste OGGZ-monitor gepresenteerd. Door middel van deze monitor zijn gegevens verzameld over de aard en omvang van de problematiek van sociaal zwakkeren in de regio. Uit dit rapport blijkt dat er bij de verschillende instellingen die actief zijn op het gebied van de OGGZ 1.488 unieke personen geregistreerd staan.

Categorie	Geschat aantal in Midden-Holland	Geschatte onder- en bovengrens
Dak- en thuislozen	230	150-300
Zwerfjongeren	40	20-76
Totaal aantal problematische softdrugsgebruikers	650	370-940
Softdrugsgebruikers in de ambulante verslavingszorg	81	-
Totaal aantal problematische harddrugsverslaafden	470	368-570
Totaal aantal problematische XTC/amfetaminegebruikers	16	-
Harddrugsgebruikers in de ambulante verslavingszorg	223	-
Totaal aantal alcoholverslaafden (alcohol afhankelijkheid)	7.000	-
Alcoholverslaafden in de ambulante verslavingszorg	544	-
Overlastgevende en zichtbare alcoholverslaafden	125	-
Aantal illegalen	850	465-1.250
Aantal vrouwen in heteroseksuele relaties slachtoffer van herhaald en zeer ernstig huiselijk geweld	1.500-	
Aantal kinderen per jaar slachtoffer van huiselijk geweld	800	-
Aantal kinderen per jaar dat overlijdt aan huiselijk geweld	1-2	

De GGD geeft aan dat van de OGGZ-cliënten tweederde man is. Daarnaast zijn volwassenen in de leeftijdsgroep 30-39 jaar oververtegenwoordigd. Van tweederde is geen woonplaats bekend. Van de mensen waarvan de woonplaats wel bekend is, woont ruim de helft in Gouda. Dit hangt samen met het feit dat de problematiek zich concentreert in stedelijke gebieden. Het platform OGGZ geeft verder aan dat ook steeds meer mannen slachtoffer zijn van huiselijk geweld.

De GGD geeft aan dat bij deze cijfers wel enkele kanttekeningen geplaatst moeten worden. Vanwege het feit dat de (O)GGZ-doelgroep erg divers en diffuus is en bevat de monitor slechts een benadering van het werkelijke aantal OGGZ-cliënten in de regio. De GGD adviseert daarom de monitor verder uit te werken en te verfijnen.

Veel mensen kampen met psychiatrische problematiek. Gemeenten zijn weliswaar niet degenen die de behandeling van psychiatrische problematiek bekostigen. Deze taak ligt bij het Zorgkantoor. Gemeenten hebben wel een taak bij het signaleren van risico's die kunnen leiden tot psychiatrische problematiek. Risico's zijn bijvoorbeeld overmatig alcohol- en drugsgebruik, angststoornissen en depressies. Als mensen te lang onverantwoord middelen gebruiken of kampen met psychosociale problematiek vergroot dit de kans op psychiatrische problemen. Verder geldt dat bepaald gedrag voortekenen kunnen zijn van psychiatrische problematiek. Het vroegtijdig reageren op dit soort signalen kan veel ellende voorkomen. Door middel van bemoeizorg kunnen gemeenten proberen psychiatrische patiënten die geen zorg wensen toch in zorg te krijgen. Kortom: oog voor mensen met psychiatrische problematiek is, ook in het kader van (O)GGZ van groot belang.

De omvang van de (O)GGZ-doelgroep is ook in Midden-Holland groot. Op basis van de omvang van de problematiek, vinden de portefeuillehouders de volgende zaken van belang:

- **Bestrijding van eenzaamheid en psychosociale problematiek**
- **Bestrijding van drugsgebruik en alcoholverslaving en het creëren van passende voorzieningen voor verslaafden**
- **Bestrijding van huiselijk geweld en creëren van passende voorzieningen voor slachtoffers van huiselijk geweld**
- **Bestrijding van dak- en thuisloosheid en het creëren van passende voorzieningen voor dak- en thuislozen**
- **het vroegtijdig signaleren van psychiatrische problematiek en mensen met psychiatrische problematiek toeleiden naar passende zorg**

De portefeuillehouders beschouwen daarnaast een goede OGGZ-monitor als een belangrijke randvoorwaarde voor het beleid op het gebied van de (O)GGZ en juichen het verder verfijnen en optimaliseren van de OGGZ-monitor toe.

6. Huidig beleid en beleidsvoornemens op het gebied van de (O)GGZ

Bestaand (O)GGZ beleid van gemeenten en zorgkantoor

In Midden-Holland wordt hard gewerkt aan de OGGZ en GGZ-preventie. Veel instellingen zijn betrokken bij de OGGZ en maatschappelijke opvang⁵. Specifieke projecten zijn het meldpunt ZO! (zorg en overlast), het advies- en steunpunt huiselijk geweld, het gezinscoachproject en het ambulante Zorg Team van Kwadraat.

De activiteiten zijn op dit moment vooral gebaseerd op het beleid van de centrumgemeente, geadviseerd door de overige gemeenten in Midden-Holland. De afzonderlijke gemeenten hebben geen specifiek beleid geformuleerd. Wel subsidiëren de meeste gemeenten de AA en het Vrouwenopvangcentrum, aanvullend op de subsidies van Gouda vanuit de doeluitkering. Schoonhoven heeft daarnaast ook een subsidierelatie met Reakt. Het Zorgkantoor geeft mondeling aan vooral te willen weten waar de vraag/behoefte aan zorg zit, zodat zij zorgaanbieders kunnen faciliteren om de benodigde zorg in de regio te realiseren.

Verder heeft de Bestuurscommissie (waarin alle gemeenten uit de regio vertegenwoordigd zijn) in het beleidsplan van de GGD Midden-Holland⁶ het versterken van de structuur rond OGGZ en Huiselijk geweld als speerpunt benoemd. Inmiddels is er in Midden-Holland een stevige structuur en samenwerking rond OGGZ en Huiselijk Geweld opgezet. Ook zijn bij de GGD zijn het meldpunt ZO! (Zorg en Overlast) en het advies- en steunpunt Huiselijk Geweld ondergebracht.

Tot slot hebben de portefeuillehouders in het kader van de overheveling van de middelen van een aantal subsidieregelingen vanuit de AWBZ naar de Wmo in juni 2006 een aantal zaken afgesproken. Zo zal 2007 beschouwd worden als overgangsjaar. In het beleidsplan Wmo zal de positie van de OGGZ en de ondersteuning van de GGZ-cliënten verder vormgegeven worden⁷. De betreffende notitie is door de portefeuillehouders voorgelegd aan de afzonderlijke colleges van B&W in de regio die daarmee hebben ingestemd.

Platform OGGZ

In de regio is er in 2002 een regionaal convenant OGGZ ondertekend, waarin partijen, waaronder de gezamenlijke gemeenten, aangeven hoe ze willen werken aan het tot stand brengen van een samenhangende OGGZ-structuur. Dit convenant is in november 2006 afgelopen. In maart 2007 is een nieuw convenant ondertekend (zie bijlage). Hiertoe is door het platform OGGZ een visie ontwikkeld, waarin de deelnemers aangeven waar zij de komende jaren vooral aan willen werken⁸. Als belangrijkste doelstelling benoemt het platform het vroegtijdig signaleren en beïnvloeden van risicofactoren en beschermende factoren met het oog op het voorkomen en verminderen van sociale uitsluiting en dakloosheid en het realiseren van een aanvaardbare kwaliteit van leven voor kwetsbare mensen. Subdoelstellingen zijn van deze doelstelling afgeleid en betreffen:

1. in contact komen en blijven met (groepen) kwetsbare mensen zodat de continuïteit van zorg gegarandeerd wordt;
2. toeleiden van kwetsbare mensen naar zorg en instanties;
3. vergroten van de zelfredzaamheid;
4. verminderen van eenzaamheid/sociaal isolement;
5. ondersteunen van kwetsbare mensen bij verkrijgen en beheren van inkomen;
6. garanderen van een onderdak voor kwetsbare mensen (ook als hij/zij overlast geeft);
7. ondersteunen van kwetsbare mensen bij dagactiviteiten, leren en werken;

⁵ Zie Informatiebrief 2005. Openbare Geestelijke Gezondheidszorg en Maatschappelijke Opvang. Deze wordt momenteel geactualiseerd.

⁶ Zie beleidsplan GGD Midden-Holland 2003-2006

⁷ Zie notitie AWBZ-subsidieregelingen. Informatie en advies voor de gemeenten van Midden-Holland in het kader van de Wmo. Werkgroep Subsidieregelingen Regionaal Project Wmo Midden-Holland 1 juni 2006

⁸ Zie visiedocument platform OGGZ, 18 april 2006

8. aanbieden van zorg in natura en aan kwetsbare mensen;
 9. begeleiding van psychische, verslavingsproblemen en/of lichamelijke problemen bij kwetsbare mensen die kampen met deze problemen
 10. verminderen van hinder, overlast, en criminaliteit veroorzaakt en gepleegd door kwetsbare personen;
 11. het ondersteunen en adviseren van familieleden en andere direct betrokkenen van de doelgroep.
- De (sub)doelstellingen zijn uitgewerkt in activiteiten en prioriteiten die het platform op wil pakken. Deze treft u in de bijlage aan.

Regionaal gezondheidsbeleid

Alle gemeenten in 2003 of de jaren daarna een nota gezondheidsbeleid opgesteld. In 2007 moeten de gemeenten volgens de Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid een nieuwe nota gezondheidsbeleid vaststellen. Mede omdat er weinig verschil is in de gezondheidssituatie van de gemeenten, hebben de colleges in Midden-Holland gekozen voor een regionale aanpak⁹. De speerpunten in deze nota zijn de preventie van overgewicht, overmatig alcoholgebruik door jeugdigen en psychosociale problematiek bij ouderen en jongeren.

In de regionale nota gezondheidsbeleid, die in september 2006 door het portefeuillehoudersoverleg zorg is aangeboden aan de individuele gemeenten, staat daarnaast beschreven dat gemeenten meer regie willen nemen in het kader van de OGGZ, het tegengaan van overmatig alcoholgebruik en GGZ-preventie. Ze willen dit doen te gaan werken aan een samenhangend beleid ten aanzien van de aanpak van (O)GGZ binnen de wettelijke kaders van de Wmo. Daarbij zal óók gekeken worden op welke wijze vanuit de nieuwe zorgverzekeringswet een bijdrage geleverd kan worden aan een sluitende (preventie)keten in de (O)GGZ¹⁰.

Jeugdbeleid

Gemeenten in Midden-Holland zijn erg actief op het gebied van het jeugdbeleid. De portefeuillehouders jeugd in Midden-Holland hebben een visie op het jeugdbeleid ontwikkeld. Zij hebben afgesproken deze visie te gebruiken als een van de bouwstenen voor het lokale jeugdbeleid, maar ook als basis voor de afstemming met regionale instellingen en hogere overheden¹¹. In deze visie geven de portefeuillehouders aan het van belang te vinden dat er een leefomgeving gecreëerd wordt waarin kinderen en jongeren kunnen opgroeien tot volwassenen die zich zelfstandig kunnen redden in onze maatschappij. Daartoe investeren zij in voldoende algemene voorzieningen, zoals kinderopvang, scholen, verenigingen. Maar ook de aanwezigheid van de politie behoort deze directe leefomgeving, net zoals de Sociale Dienst. Mocht het met kinderen niet goed gaan, dan is het zaak dat dit tijdig gesignaleerd wordt en dat er adequate hulpverlening geboden wordt. Kinderen en jongeren die na een hulpverlenings- of justitieel traject weer goed kunnen functioneren, moeten ook weer gewoon gebruik kunnen maken van de algemene voorzieningen.

Een belangrijk project in Midden-Holland dat beoogd dat er geen kinderen tussen wal en schip raken is het project 'Netten boeten', dat onder regie van Gouda in Gouda en voor een deel ook in de rest van Midden-Holland wordt uitgevoerd. Netten boeten beoogd een eenduidige overlegstructuur rond kinderen en jongeren te bewerkstelligen in de beleidskolommen 'werk', 'onderwijs', 'vrije tijd', 'zorg' en 'veiligheid'. Op die manier is het voor iedereen duidelijk wat waar besproken wordt.

Naast een eenduidige overlegstructuur voorziet Netten boeten ook in het project 'Samen oppakken van Signalen'. Doel van dit project is om jongeren die op meerdere plaatsen gesignaleerd worden als risicjongere, vroegtijdig in beeld te brengen bij de betrokken instanties om hen op die manier zo

⁹ De portefeuillehouders hebben in 2005 aan de afzonderlijke colleges voorgesteld een regionale nota gezondheidsbeleid te ontwikkelen. Alle colleges hebben hiermee ingestemd.

¹⁰ Zie regionale nota gezondheidsbeleid Midden-Holland, september 2006. Deze nota is eind 2006 aangeboden aan de afzonderlijke gemeenten ter uitwerking van de speerpunten op lokaal en regionaal niveau.

¹¹ Zie Visie op het jeugdbeleid. *De inzet van de portefeuillehouders in Midden-Holland voor de periode 2007-2010*. Februari 2007.

vroegtijdig mogelijk een traject aan te bieden. De verwachting is dat zo'n traject multiproblemsituaties op zich voorkomt danwel de escalatie ervan.

Bestrijding van huiselijk geweld

De afgelopen jaren is in de regio Hollands Midden met het Openbaar Ministerie, politie en de ketenpartners een integrale aanpak Huiselijk Geweld opgezet. Inmiddels is er een samenwerkingsrelatie tussen deze organisaties die erop gericht is om:

- een sluitende aanpak te realiseren inzake huiselijk geweld problematiek
- een stijging in het aantal gemelde zaken te bewerkstelligen
- aan te sluiten bij bestaande samenwerkingsstructuren

Belangrijke ontwikkelingen in de komende jaren betreffen onder meer de wet preventief huisverbod daders en de publiekscampagne huiselijk geweld (april 2007). Zie hiervoor in de bijlage de brief aan de colleges van B&W in Hollands Midden.

Stedelijk/regionaal Kompas

Amsterdam, Utrecht, Den Haag en Rotterdam werken aan een zogenaamd Stedelijk Kompas. Doel hiervan is om de komende jaren het aantal daklozen fors terug te dringen en deze doelgroep naast een dak ook een zorgtraject te bieden. De VNG overlegt met de centrumgemeenten om ook t komen tot een stedelijk Kompas. De wethouder van Gouda hecht eraan om een regionale visie op GGZ en OGGZ te ontwikkelen, hierin prioriteiten te stellen en er acties aan te verbinden. Deze acties moeten leiden tot een sluitende keten op zowel GGZ als OGGZ-terrein en vormen de basis voor een Regionaal Kompas (O)GGZ.. De problematiek in Midden-Holland is namelijk niet op alle onderdelen gelijk aan de grootstedelijke problematiek rond dakloosheid. De wethouder van Gouda hecht aan een aanpak waarin niet alleen de kwaal te lijf wordt gegaan, maar waarin juist in een vroegtijdig stadium risico's die kunnen leiden tot opeenstapeling van problemen bij individuen en gezinnen werkend worden¹².

De portefeuillehouders realiseren zich dat de beleidsvisie op het gebied van (O)GGZ niet helemaal opnieuw ontwikkeld hoeft te worden. De bestaande beleidsvisies en –activiteiten, waaronder de visie van het platform OGGZ. beschouwen zij als goede bouwstenen voor de beleidsvisie op het gebied van de (O)GGZ. Deze regionale beleidsvisie en de activiteiten die hieruit voortvloeien beschouwen de portefeuillehouders als de basis voor een Regionaal Kompas (O)GGZ.

¹² Speech Marion Suijker tijdens werkconferentie (O)GGZ Midden-Holland op 19 maart 2007.

7. Ketenregie

Het belang van een sluitende keten

Vaak is het moeilijk om de OGGZ-doelgroep te helpen. Hiervoor zijn verschillende redenen. Ten eerste is de aard van de problematiek meerzijdig en zwaar. Ten tweede geldt dat de doelgroep lang niet altijd een actieve hulpvraag heeft of een hulpvraag die niet aansluit bij het aanbod dat de hulpverlenende organisaties voor de persoon of het gezin wenselijk vinden. Als derde punt geldt dat de doelgroep vaak shopt tussen de verschillende hulpverleners en instanties. Op verschillende plekken probeert men een onderdeel van hun probleem op te lossen. Dit maakt de noodzaak voor een sluitende ketenaanpak heel belangrijk. Een vergaande samenwerking tussen de verschillende actoren in en rond de OGGZ is daarom van groot belang. Rond de OGGZ zijn meer actoren actief dan menigeen in eerste instantie denkt. Dit komt omdat de verschillende fases in een sluitende keten ervoor zorgen dat de verschillende actoren op verschillende fases in de keten een rol hebben. Duidelijk moet zijn welke organisatie in welke fase een rol heeft.

Zonder sluitende keten werken instanties langs elkaar heen, de doelgroep maakt hiervan gebruik of valt juist tussen wal en schip. Dit moeten wij voorkomen omdat mensen hierdoor nog verder in de problemen kunnen raken. Daarnaast geldt dat goede samenwerking op termijn kostenbesparend werkt. Want cliënten elke keer op onderdelen in plaats van breed helpen kost erg veel en lost relatief weinig op. Tenslotte geldt dat we door een sluitende keten, waarin veel oog is voor signaleren, opsporen en toeleiden naar zorg nog veel ruimte is voor preventie; het voorkomen van verder afglijden. En preventie lijkt dan misschien duur. Uiteindelijk is het voor de maatschappij beduidend goedkoper dan mensen letterlijk weer uit de goot te halen. Minstens zo belangrijk is dat wij een morele plicht hebben om iets voor mensen te betekenen. In het bijzonder geldt dit voor de zeer kwetsbare doelgroep binnen de OGGZ.

In de regio Midden-Holland hebben veel verschillende partijen te maken met de doelgroep OGGZ. In de bijlage treft u een overzicht aan van de betrokken organisaties in de OGGZ-structuur. Als wij een sluitende keten willen realiseren waarin deze doelgroep niet tussen wal en schip valt vinden wij het van belang al deze actoren te betrekken.

De stappen in de keten

Om tot een sluitende keten in de (O)GGZ te komen, is het van belang onderscheid te maken tussen de verschillende stappen in de keten. Dit zijn:

1. signalering
2. aanmelding
3. registratie van de melding
4. probleemanalyse
5. bepalen klanthouder
6. opstellen behandelplan
7. uitvoering behandelplan
8. multidisciplinair overleg/zorgafstemming
9. evaluatie en bijstelling
10. zorgafrondding door uitstroom of doorstroom
11. nazorg

Ketenregie

Regie in de (O)GGZ is onder te verdelen in drie vormen van regie. Regie op trajectniveau heeft betrekking op het traject dat de klanten volgen. De hulpverlening aan de (O)GGZ-doelgroep moet praktisch en oplossingsgericht zijn op alle terreinen (wonen, inkomen, sociale contacten, dagbesteding, veiligheid, justitie). Netwerk- of ketenregie gaat om structurele uitvoeringsafspraken tussen partners. Instellingen dragen hierin een verantwoordelijkheid, vooral als het gaat om het

sluitend maken van de keten. Daarnaast is er beleidsregie waarin de opdrachtgevers (centrumgemeente, regiogemeenten en Zorgkantoor) met elkaar de visie bepalen, keuzes maken over de te bereiken prestaties en het proces daar naar toe en controleren of het gebeurt zoals gewenst.

Voor netwerkregie of ketenregie geldt dat er vaak een uitvoerende instelling is die het voortouw neemt om de keten goed te laten verlopen. Een goed verloop van de eerder genoemde stappen in de keten is daarbij van belang. Gemeenten spelen hierbij een stimulerende en faciliterende rol. Een zeer belangrijke randvoorwaarde voor een goede wijze van regisseren op cliëntniveau is overigens dat het mogelijk is om gegevens van cliënten te kunnen uitwisselen.

Niet alle stappen zijn op alle treden van de trap van uitval en herstel even belangrijk: een multidisciplinair overleg is bijvoorbeeld voor de onderste treden vaak veel belangrijker dan op de bovenste treden van deze trap.

De portefeuillehouders vinden een goede, sluitende keten in de (O)GGZ van belang. Zij zullen zich inspannen om deze keten sluitend te krijgen en daarbij het Zorgkantoor als mederegisseur nadrukkelijk betrekken. In grote lijnen is deze keten al vormgegeven via de OGGZ-structuur. In hun rol als regisseur houden de portefeuillehouders rekening met de treden in de trap van uitval en herstel en de verschillende doelgroepen. Per doelgroep zullen ze uitwerken hoe deze keten er idealiter uit moet zien.

8. Verantwoordelijkheidsverdeling Gouda en regiogemeenten

De verantwoordelijkheidsverdeling tussen Gouda en de overige gemeenten in Midden-Holland wordt goed inzichtelijk gemaakt via onderstaand schema¹³:



Boven de 'streep' staat beschreven welke taken alle gemeenten hebben op het gebied van de (O)GGZ. Het gaat met name om de bovenste drie treden van de trap van uitval en herstel. Centrumgemeenten zijn daarnaast ook verantwoordelijk voor de taken onder de 'streep'.

De financiering van de (O)GGZ past hier overigens ook bij. Zo ontvangen centrumgemeenten een specifieke uitkering maatschappelijke opvang, vrouwenopvang en verslavingszorg. Zij moeten in overleg met de regiogemeenten zorgen voor een dekkend aanbod van voorzieningen voor maatschappelijke opvang, vrouwenopvang en verslavingszorg. In Midden-Holland vond dit overleg altijd plaats via het portefeuillehoudersoverleg Zorg (tot 1 januari 2007) en Wmo (vanaf 1 januari 2007) van het ISMH. Met de invoering van de Wmo ontvangen centrumgemeenten ook een specifieke uitkering voor de preventie van OGGZ. Deze is bedoeld voor het signaleren en opsporen van, contact leggen en contact houden met het toeleiden van cliënten en het bieden van de ongevraagde nazorg (volgen van cliënten om terugval te voorkomen). Ook dit dient in overleg met de regiogemeenten plaats te vinden.

Alle gemeenten krijgen daarnaast met invoering van de Wmo middelen voor de collectieve preventie GGZ. Deze middelen zijn bedoeld om begrip en herkenning van (ernstig) psychische klachten te bevorderen, de bevolking bewust te maken wat zij zelf aan deze klachten kan doen en de doelgroep

¹³ OGGZ: speciale zorg voor multiproblemsituaties. Inleiding van Daan Heineke tijdens de werkconferentie (O)GGZ Midden-Holland op 19 maart 2007.

wegwijs te maken naar instanties. Collectieve GGZ-preventie is gericht op de gehele bevolking of een gehele bevolkingsgroep.

Verder kreeg de gemeente Gouda in 2007 middelen om de cliëntenondersteuning en belangenbehartiging van (O)GGZ-cliënten te organiseren (voormalige ZVP-middelen). Deze middelen worden vanaf 2008 verdeeld over alle gemeenten.

Los van deze specifieke middelen, krijgen gemeenten via het gemeentefonds ook middelen voor gezondheidsbevordering en preventie (Wcpv-middelen) en middelen voor de inrichting van de fysieke en sociale omgeving (onder andere middelen uit de oude Welzijnswet).

De portefeuillehouders erkennen dat er voor alle gemeenten in Midden-Holland een taak is weggelegd op het gebied van de (O)GGZ. Alle gemeenten zijn verantwoordelijk voor gezondheidsbevordering en primaire en secundaire preventie van psychische problematiek. Ook vroegsignalering via lokale zorgnetwerken is een taak die is weggelegd voor alle gemeenten. In dit kader gaat het erom dat de gemeente zorgt DAT er voorzieningen in de gemeente aanwezig zijn. De specifieke opvang en vangnet van mensen in multiproblemsituaties is een taak die is weggelegd voor de centrumgemeente. De gemeente Gouda zorgt daarmee VOOR de mensen die dit nodig hebben.

9. Input vanuit het veld: werkconferentie (O)GGZ op 19 maart

Op 19 maart 2007 vond een werkconferentie plaats. Voor deze werkconferentie zijn mensen uitgenodigd die direct betrokken zijn bij de (O)GGZ. De deelnemers aan signaleringsoverleggen, de leden van het platform OGGZ, gemeenten (ambtenaren en wethouders) discussieerden met elkaar over de speerpunten voor de regionale visie op het gebied van de (O)GGZ. Het programma voor de bijeenkomst, de speech van Marion Suijker en alle sheets treft u in de bijlage aan. Ook een verslag van het debat en een samenvatting van de conclusies uit de subgroepen is toegevoegd.

Tijdens de bijeenkomst bleek op een groot aantal punten overeenstemming te bestaan over wat nodig is voor de (O)GGZ. De belangrijkste conclusies zijn:

- Een cliëntvolgsysteem is essentieel.
- Op iedere fase van de trap van uitval en herstel dient preventie plaats te vinden. Preventie op de eerste twee treden is een taak voor alle gemeenten. Het algemene beleid gericht op de (sociale) infrastructuur kan preventief werken.
- Vroegsignalering is van essentieel belang.
- Mantelzorgers en vrijwilligers spelen een belangrijke rol bij het vroegtijdig signaleren en tegengaan van dreigende OGGZ-problematiek.
- Vaak is het stabiliseren van OGGZ-problematiek het hoogst haalbare. Volledig maatschappelijk herstel is vaak voor mensen die in multiproblemsituaties verkeren niet mogelijk.

De portefeuillehouders beschouwen de input van de werkconferentie als belangrijke bouwsteen voor hun beleidsvisie. De genoemde conclusies zullen zij een plek geven in de speerpunten die zij gaan benoemen.

10. Beleidsvisie (O)GGZ 2007-2011 Midden-Holland

In de voorgaande hoofdstukken zijn een heleboel elementen benoemd die de portefeuillehouders van belang vinden voor de beleidsvisie (O)GGZ in Midden-Holland. In dit hoofdstuk worden ze gecombineerd tot een integrale beleidsvisie. De portefeuillehouders geven in deze visie aan wat ze van belang vinden voor de (O)GGZ en waar zij zich de komende jaren op willen richten.

De portefeuillehouders Wmo in Midden-Holland erkennen dat er een groep mensen is die niet automatisch 'meedoet' in onze maatschappij. In het kader van de wettelijke opdracht uit de Wmo streven de portefeuillehouders ernaar dat mensen zo lang mogelijk mee kunnen doen. Primair willen de portefeuillehouders zich daarom richten op de preventie van (O)GGZ-problematiek. Maar de portefeuillehouders erkennen dat met preventie niet altijd te voorkomen valt dat mensen in de problemen raken. Mochten mensen toch in multiproblemsituaties (dreigen) terecht (te) komen, dan willen zij er ook voor deze mensen zijn: ze moeten (vroegtijdig) gesignaleerd en opgevangen worden. Overigens realiseren de portefeuillehouders zich dat er binnen de complexe doelgroepen voor (O)GGZ altijd enkelingen zijn die geen enkele vorm van zorg en dak accepteren. Deze mensen zijn alleen maar te helpen door zo goed en zo kwaad als het gaat om een informele wijze brood, bad en af en toe een dak te bieden, zonder hieraan voorwaarden te verbinden. Voor deze enkelingen is zorg op maat nodig, simpelweg omdat deze mensen niet zijn te vangen binnen beleidskaders. Om deze Zorg op maat te bieden hoeft geen nieuw aanbod gemaakt te worden. Hiervoor kunnen de bestaande kennis en het bestaande aanbod van instellingen gebruikt worden.

Uit de voorgaande hoofdstukken blijkt dat de belangrijkste speerpunten voor de (O)GGZ voor de jaren 2008-2011 in Midden-Holland zijn:

- **Bestrijding van eenzaamheid en psychosociale problematiek**
- **Bestrijding van drugsgebruik en alcoholverslaving en het creëren van passende voorzieningen voor verslaafden**
- **Bestrijding van huiselijk geweld en creëren van passende voorzieningen voor slachtoffers van huiselijk geweld, waaronder kinderen**
- **Bestrijding van dak- en thuisloosheid en het creëren van passende voorzieningen voor dak- en thuislozen**
- **Het vroegtijdig signaleren van psychiatrische problematiek en mensen met psychiatrische problematiek toeleiden naar passende zorg**
- **Het komen tot een sluitende keten (O)GGZ**
- **Het opzetten van een cliënt volgsysteem**
- **Het beschrijven van risico-indicatoren voor (O)GGZ-problematiek, waaronder psychiatrische problematiek**
- **Het uitwerken van lokale vormen van vroegsignalering**
- **Het verder verfijnen en optimaliseren van de OGGZ-monitor**
- **Het ondersteunen van mantelzorgers van OGGZ-cliënten bijvoorbeeld door een stut- en waakvlamfunctie**

De portefeuillehouders erkennen dat er voor alle gemeenten in Midden-Holland een taak is weggelegd om met deze speerpunten aan de slag te gaan. Alle gemeenten zijn verantwoordelijk voor gezondheidsbevordering, primaire en secundaire preventie van psychische problematiek en voegsignalering.

De portefeuillehouders willen er daarom voor zorgen DAT er een veilige en gezonde leefomgeving in ieder gemeente is, dat er adequate huisvesting aanwezig is en stimuleren dat mensen een opleiding

afgerond hebben of een baan hebben. Dit geldt niet alleen voor volwassenen, het geldt zeker ook voor kinderen en jongeren (jeugdbeleid).

Ook willen de portefeuillehouders stimuleren dat er sociale voorzieningen, ter voorkoming van eenzaamheidsproblematiek, in alle gemeenten aanwezig is. Specifieke aandacht zou uit moeten gaan naar de rol van mantelzorgers bij de OGGZ-problematiek. De portefeuillehouders zullen gaan bezien hoe mantelzorgers ondersteund en ontlast kunnen worden in hun taken. Daarnaast zullen alle gemeenten zich, via het regionaal gezondheidsbeleid, richten op het tegengaan van psychosociale problematiek en alcoholverslaving. Tot slot zal voor de regio Midden-Holland uitgewerkt gaan worden hoe vroegsignalering van OGGZ-problematiek lokaal opgepakt kan worden. Hierbij kan gedacht worden aan lokale zorgnetwerken, het cliënt-volgsysteem kan hier een belangrijke rol bij spelen, maar ook het signaleringssysteem van netten boeten zou hier iets kunnen betekenen.

Het specifieke vangnet en de opvang van mensen in multiproblemsituaties is een taak die is weggelegd voor de centrumgemeente, Gouda. Gouda zorgt daarmee VOOR de mensen die dit echt nodig hebben, zij het dat de gemeente dit met alle partners samen doet en voor zichzelf vooral een regisserende rol ziet weggelegd. Gouda zal de komende jaren de visie van het platform OGGZ verder uitwerken. Deze visie is door de verschillende partijen in de regio opgesteld en door middel van het ondertekenen van een convenant hebben zij zich hieraan gecommitteerd. Ook de portefeuillehouders hebben zich, via de voorzitter van het portefeuillehoudersoverleg, gecommitteerd aan deze visie. Van essentieel belang vinden de portefeuillehouders bij de uitwerking van deze visie dat er een goede, sluitende keten in de OGGZ wordt opgesteld. Per doelgroep willen ze uitwerken hoe deze keten er idealiter uit moet zien, rekening houdend met de verschillende treden van de trap van uitval en herstel. Verder vinden de portefeuillehouders het essentieel dat er een cliëntvolgsysteem opgezet gaat worden. Tot slot zullen de portefeuillehouders zich de komende jaren samen met de ketenpartners in de hele regio Hollands Midden in blijven zetten op de bestrijding van huiselijk geweld.

Bijlage 1 Proces van de totstandkoming van de visie

- September 2006: instemming portefeuillehoudersoverleg Wmo met opstellen regionale visie (O)GGZ
- Werkconferentie (O)GGZ op 19 maart in Bodegraven. Samen met gemeenten (ambtenaren en wethouders), professionals uit het werkveld (OGGZ en huiselijk geweld, maatschappelijke opvang, GGZ-preventie en verslavingszorg) en zorgvragersorganisaties belangrijkste problemen benoemen en oplossingsrichtingen daarbij verzinnen. Uitgangspunt: trap van uitval en herstel. De uitkomsten van de bijeenkomst worden verwerkt en vertaald naar een gemeentelijk beleidsstuk en oplossingsrichtingen, waarin gemeenten aangeven waar hun prioriteiten liggen
- Conceptvisie voorleggen aan portefeuillehoudersoverleg Wmo (11 april). De portefeuillehouders stellen de visie vast en leggen deze voor advies voor aan het platform OGGZ en de Wmo-raad van Gouda. Alle andere gemeenten kunnen ook de visie voorleggen. Alle reacties die voor 1 juli zijn ontvangen, worden verwerkt.
- Bestuurlijk Overleg OGGZ 5 juli: Bespreking en vaststelling visie (O)GGZ.
- Juni/juli 2007: Verwerking van binnengekomen reacties
- Juli: Toesturen definitieve visie (O)GGZ naar alle betrokkenen.
- Slotbijeenkomst 27 september, waarin gemeenten aangeven wat ze hebben gedaan met de input van de werkconferentie op 19 maart en partijen kunnen aangeven wat hun bijdrage aan de invulling van de visie kan zijn.
- Met partijen die betrokken zijn bij de problematiek, worden de oplossingsrichtingen verder uitgewerkt voor de jaren 2008-2011 (beleidsperiode Wmo-beleidsplan) (september-december 2007)
- Vaststelling visie/opnemen visie in beleidsplan Wmo /lokale vaststelling visie op prestatievelden 7, 8 en 9 (juni –december 2007)
- Start uitvoering beleidsplan: januari 2008

Bijlage 2 Verbinding tussen doelstellingen en knelpuntendocument

(uit visiedocument platform OGGZ, 18 april 2006)

In het knelpuntendocument dat het platform OGGZ besprak op de visiedag van 26 september 2005 komen de volgende thema's aan bod:

1. Politiek en Bestuurlijke samenwerkingsverbanden
2. Crisisopvang/acute zorg
3. Bemoeizorg
4. Dak- en thuislozenzorg
5. Preventie
6. Sociale Kaart
7. Psychosociale hulpverlening bij rampen
8. Signalering en beleidsadviesing
9. Consultatie tussen OGGZ partners onderling
10. Huiselijk geweld

Subdoelstelling	Prioriteit nieuw te ondernemen acties P1: hoog/korte termijn P2: hoog/middellange termijn P3: gemiddeld/middellange tot lange termijn
1 in contact komen en <u>blijven</u> met (groepen) kwetsbare mensen zodat de continuïteit van zorg gegarandeerd wordt;	P1
2 toeleiden van kwetsbare mensen naar zorg en instanties	P1 <i>is toeleiding voldoende geregeld?</i>
3 vergroten van de zelfredzaamheid	P2
4 verminderen van eenzaamheid/sociaal isolement	P2
5 ondersteunen van kwetsbare mensen bij verkrijgen en beheren van inkomen	P2
6 garanderen van een onderdak voor kwetsbare mensen (ook als hij/zij overlast geeft)	P1 <i>Plan van Aanpak G4 en Rijk; Hoe groot is in Gouda de groep die zwerft of sterk risico loopt op straat te belanden?</i>
7 ondersteunen van kwetsbare mensen bij dagactiviteiten, leren en werken	P3
8 aanbieden van zorg in natura en aan kwetsbare mensen	P3
9 begeleiding van psychische, verslavingsproblemen en/of lichamelijke problemen bij kwetsbare mensen die kampen met deze problemen	P2
10 verminderen van hinder, overlast, en criminaliteit veroorzaakt en gepleegd door kwetsbare personen	P2 <i>Hoe groot is de hinder etc. door deze groep, zijn daarover politiecijfers?</i>

11 het ondersteunen en adviseren van familieleden en andere direct betrokkenen van de doelgroep	P2
---	----

Randvoorwaarden om subdoelstellingen te realiseren:

- A. Neerzetten juiste Politieke en Bestuurlijke samenwerkingsverbanden
- B. Sociale Kaart
- C. Signalering en beleidsadvisering
- D. Consultatie tussen OGGZ partners onderling
- E. Cliëntenparticipatie

Bijlage 3 Lijst met gebruikte afkortingen

(O)GGZ	(Openbare) Geestelijke Gezondheidszorg
GGD	Gemeenschappelijke Gezondheidsdienst
Wmo	Wet maatschappelijke Ondersteuning
Wcpv	Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid
AWBZ	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
SES	Sociaal Economische Status
AA	Anonieme Alcoholisten
B&W	Burgemeester en Wethouders
ZOI	(meldpunt) zorg en overlast
VNG	Vereniging Nederlandse Gemeenten
BO	Bestuurlijk Overleg (Zorg en Samenleving)

Bijlage 4 Betrokkenen bij de OGGZ-structuur Midden-Holland

Bestuurlijk Overleg OGGZ i.o.

- Gemeente Gouda
- Vertegenwoordiger K5 en G7
- 1 organisatie voor maatschappelijke opvang
- 1 organisatie voor verslavingszorg
- 1 organisatie voor GGZ
- GGD

Leden platform OGGZ

- GGZ (zowel volwassenen als kinderen en jeugd)
- GGD Hollands Midden
- Bureau Jeugdzorg
- Reakt
- Leger des Heils
- Kwintes
- Parnassia (Brijder)
- Vrouwenopvangcentrum
- Kwadraad
- Politie
- Zorgvragersorganisatie GGZ Midden-Holland
- Mozaïek wonen
- Gemeente(n)

Werkgroepen

- Werkgroep 'harde kern'
- Werkgroep 'zachte kern'
- Werkgroep monitor OGGZ
- Werkgroep maatschappelijke opvang
- Meldpunt ZO!
- Werkgroep gezinscoach

Signaleringsoverleggen OGGZ

- Gouda
- Schoonhoven, Vlist, Bergambacht, Nederlek en Ouderkerk
- Waddinxveen, Reeuwijk, Bodegraven en Boskoop
- Nieuwerkerk a/d IJssel, Zevenhuizen-Moerkapelle en Moordrecht

Bijlage 5 Brief aan colleges over Huiselijk Geweld

Retouradres: Postbus 9100, 2300 PC Leiden

«BW»

«Gemeente»

«Postadres»

«Postcode_en_plaats»

Gemeente Leiden
Bezoekadres Stadsbouwhuis
Langegracht 72
Postadres Postbus 9100
2300 PC Leiden
Telefoon 071-5165200
E-Mail sleutel@leiden.nl
Website www.leiden.nl/gemeente

Datum 1 maart 2007
Ons kenmerk DIV-2007-3522
Onderwerp Regionale aanpak huiselijk geweld Hollands Midden

Contactpersoon M.A. Passchier
Doorkiesnummer 5224

Geachte College,

Met deze brief wil ik u informeren over enkele actuele onderwerpen in de Regionale aanpak van huiselijk geweld:

- landelijke publiekscampagne en de komst van 1 landelijk telefoonnummer
- de wet preventief huisverbod daders

Ook op het 28 maart te houden VNG congres "Aanpak huiselijk geweld, de projectfase voorbij", staan deze onderwerpen prominent op de agenda. Over de publiekscampagne heeft u onlangs een brief, 5468994/07/DJJ, van het Ministerie van Justitie ontvangen.

Daarnaast vindt u in de bijlagen:

- de cijfers van politie, Kindspoor en ASHG over 2006
- voortgangsbericht huisverbod Ministerie van Justitie

Landelijke publiekscampagne in april

Nu in iedere regio een Advies en Steunpunt Huiselijk Geweld (ASHG) operationeel is en de hulpverlening erachter goed is geregeld, is de tijd gekomen om een landelijke publiekscampagne te starten. De campagne "Nu is het genoeg. Help jezelf, help de ander" wil slachtoffers, daders en omstanders stimuleren om hulp te zoeken.

Met deze publiekscampagne sluit het Rijk in feite de vierjarige projectperiode af. De campagne start half april en duurt 6 weken. Het bestaat uit postbus 51 spotjes op radio en tv, banners en advertenties. Ook wordt 1 landelijk nummer bekend gemaakt en een landelijke website. Het landelijke nummer schakelt door naar de regionale ASHG's. De regionale nummers blijven gewoon bestaan. Het landelijk campagnemateriaal gaat digitaal naar alle centrumgemeenten. Als gemeenten het materiaal willen omzetten in drukwerk, advertenties e.d. is dat voor eigen kosten. Het campagnemateriaal is overigens goed te gebruiken naast het bestaande. En ook beschikbaar voor alle gemeenten in Hollands Midden.

De Regionale beleidsgroep huiselijk geweld heeft besproken welke acties we kunnen en willen ondernemen. Besloten is om de campagne te ondersteunen en te benutten. Gedacht wordt in ieder geval aan regionale informatie in de gemeentelijke berichtgeving en lokale kranten. Ook lijkt het ons zinvol als er berichten op de gemeentelijke websites worden geplaatst. Hiervoor hebben wij uw medewerking nodig.

De gemeente Leiden draagt zorg voor een 5-tal artikelen dat in de loop van maart aan alle gemeenten zal worden aangeboden. Deze artikelen zijn inhoudelijk van aard en zullen bijvoorbeeld gaan over ouderen- of kindermishandeling en wat men, slachtoffers en omstanders, in de praktijk kan doen om het geweld te doen stoppen.

In de Regionale beleidsgroep is ook gesproken of we in de regio de huidige 'huisstijl' en campagnemateriaal blijven voeren of het landelijk ontwerp zullen overnemen. Besloten is deze discussie na afloop van de landelijke campagne te voeren.

De wet preventief huisverbod plegers

Deze wet, die nog door de Tweede Kamer moet, beoogt preventief in te grijpen in situaties waarin geweld binnen relaties dreigt. Het huisverbod moet gezien worden als een bestuurlijke maatregel die kan worden ingezet als zich nog geen strafbare feiten hebben voorgedaan, maar wel dreigen. In de wet is het opleggen van een huisverbod toebedeeld aan de burgemeester. De burgemeester dient op aangeven van de HOVJ (hulpofficier van justitie) een beschikking af te geven dat de (potentiële) pleger voor tien dagen niet de eigen woning mag betreden. Deze bevoegdheid kan overigens gemandateerd worden aan de HOVJ. In die tien dagen mag geen contact opgenomen worden met partner en eventuele kinderen tenzij onder regie van de hulpverlening. Het doel van de maatregel is om binnen die tien dagen hulpverlening voor iedereen in het systeem op gang te brengen. Momenteel zijn er in 3 steden pilots gaande, Amsterdam, Venlo en Groningen, om de inmiddels landelijke ontwikkelde instrumenten te testen. Zoals bijvoorbeeld een risicotaxatie-instrument dat de politie zal gebruiken om de situatie te beoordelen.

Rekening wordt gehouden met een invoering per 1 januari 2008. Deze wet kan slechts naar behoren worden uitgevoerd indien vele partijen samenwerken: hulpverlening, politie en gemeenten. Gemeenten krijgen ook enkele taken. Naast de regie, het zorg dragen voor de uitvoering door organisaties, zijn ondermeer taken het afgeven van de beschikking, de eventuele verlenging van een huisverbod, beroep en bezwaar en registratie.

Hoe staat het met de voorbereiding in de regio?

Het SGBO heeft in december alle gemeenten benaderd met een quick scan om na te gaan wat de ondersteuningsbehoefte is. Op basis hiervan zal SGBO een aanbod voor gemeenten ontwikkelen. De voorbereiding binnen gemeenten moet nog op gang komen. De partners in de regio Hollands Midden zijn inmiddels wel begonnen.

Binnen de politie worden bijvoorbeeld de taak-accenthouders geïnformeerd en zal al het blauw via e-learning bijgeschoold worden.

Onder aanvoering van de Advies- en Steunpunten huiselijk geweld wordt gewerkt om de hulpverleningsketen aan slachtoffers en daders sluitend te krijgen. Rond kinderen is de aanpak sluitend omdat daar sprake is van een wettelijk kader. De politie meldt bijvoorbeeld alle kinderen die getuige zijn van bij Kindspoor en het AMK gaat vervolgens tot actie over. Een belangrijke stap is onlangs gezet door het AB van de GGD Hollands Midden om de twee Meldpunten Zorg en Overlast (ZHN en MH) een rol te geven in complexe situaties waarin vrijwillige hulpverlening aan volwassenen niet op gang komt. Situaties kunnen gemeld worden en de medewerkers van de meldpunten komen vervolgens in actie. Met deze keten denken we ook voorbereid te zijn voor de uitvoering van de wet huisverbod. Het Bestuurlijk overleg en het beleidsvoorbereidend overleg huiselijk geweld zullen de verdere voorbereidingen sturen en coördineren. We zullen u van de vorderingen op de hoogte houden.

Met vriendelijke groet,

Marianne Passchier

secretaris Bestuurlijk overleg huiselijk geweld Hollands Midden

Bijlage 6 Convenant OGGZ Midden-Holland

Inleiding

Dit convenant volgt het convenant op dat verschillende partijen OGGZ met elkaar afsloten voor de periode 7 november 2002 tot 7 november 2006.

De leden van het Platform OGGZ hebben aangegeven verlenging van het convenant belangrijk te vinden. Vooral omdat het convenant een basis biedt om met partijen voor een langere periode samen te werken aan beleidsvorming, beleidsuitvoering en afstemming. Door het afsluiten van dit convenant benadrukken partijen dat deze samenwerking niet vrijblijvend is. Ook benadrukken partijen dat het gaat om een samenwerking tussen organisaties, ook als er personele wijzigingen zijn.

Op 1 januari 2007 is de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO) in werking getreden. De inhoud en doelstellingen van dit convenant hebben sterk raakvlak met de volgende prestatievelden uit de WMO:

- prestatieveld 7: maatschappelijke opvang, waaronder vrouwenopvang en huiselijk geweld;
- prestatieveld 8: het bevorderen van openbare geestelijke gezondheidszorg;
- prestatieveld 9: het bevorderen van verslavingsbeleid.

Partijen kiezen ervoor het convenant bondig te houden en vooral te richten op procesmatige afspraken. De inhoudelijke doelstellingen waaraan partijen werken hebben partijen verwoord in het visiedocument OGGZ dat het platform opstelde en vaststelde. Dit document vindt u daarom als bijlage bij het convenant. Als bijlage bij dit document vindt u ook de notitie Overlegstructuur OGGZ van augustus 2006. Dit document vormt deels de 'onderliggende gedachte' en 'argumentatie' van de inhoud van dit convenant.

Dit convenant heeft de naam: 'Convenant OGGZ Midden-Holland'. Deze naam dekt misschien niet de hele lading van de hiervoor genoemde prestatievelden 7, 8 en 9. De OGGZ heeft volop raakvlak en overlap met maatschappelijke opvang, vrouwenopvang, huiselijk geweld en verslavingsbeleid om deze naam een logische keuze te vinden.

De Partijen;

Partijen	Vertegenwoordigd door	Handtekening
Vrouwenopvangcentrum Midden-Holland	Dhr. H. van der Sijden, directeur	
GGZ Midden-Holland	Dhr. P. Kadee, directeur algemene zaken	
GGZ Kinderen en Jeugd	Dhr. H.G. Kokhuis, directeur algemene zaken	
Kwintes	Dhr. J. Treur, regiomanager	
Maatschappelijk centrum Rotterdam e.o. van het Leger des Heils	Majoor drs. G. Stoffers, directeur	

REAKT	Mevr. W.J. Roerade, directeur Haagrand en Midden-Holland	
Stichting Kwadraad	Dhr. S.J.H. Kok, directeur	
Parnassiagroep	Mevr. H.S. Barnhoorn, Regiomanager	
GGD Hollands Midden	Dhr. J.C. Bernsen, directeur	
ZOG Midden-Holland	Mevr. J.P. van Buren, directeur	
Mozaïek Wonen	Dhr. H. Kaper, namens directie	
QuaWonen	Dhr. T.D. van Zoest, directeur- bestuurder	
Portefeuillehoudersoverleg WMO	Mevr. M.J.C. Suijker, voorzitter	
VBOK-huis	Mevr. B. Sonneveld, manager hulpverlening	

Participanten

- Politie Hollands Midden;
- Bureau Jeugdzorg.

Toelichting: de participanten ondersteunen de inhoud van het convenant en nemen deel aan het platform. Participanten kiezen er voor om het convenant, om verschillende redenen, niet te ondertekenen.

Overwegende dat,

- de positie van verslaafden, (ex)psychiatrische patiënten, slachtoffers van huiselijk geweld en dak- en thuislozen gekenmerkt wordt door een complexe problematiek en een latente hulpvraag;
- er door partijen gezamenlijk een sterke behoefte wordt gedeeld om van gedachten te wisselen en afspraken te maken over de beleidsvoering en beleidsontwikkeling ten behoeve van deze kwetsbare groepen;
- er in de Openbare Geestelijke Gezondheidszorg vele organisaties en instellingen betrokken zijn bij de opvang en begeleiding van deze kwetsbare groepen;
- pas van een adequaat aanbod van OGGZ-activiteiten sprake kan zijn wanneer op regionaal niveau aan een aantal voorwaarden is voldaan in de vorm van een basisaanbod van OGGZ-activiteiten;
- de problematiek rondom OGGZ sterk per gemeente c.q. regio kan verschillen en een aanpak daarom om maatwerk vraagt;

- de gemeenten geacht worden op grond van de prestatievelden 7, 8 en 9 van de WMO een regierol te spelen op de samenhangende beleidsterreinen maatschappelijke opvang, vrouwenopvang, huiselijk geweld, verslavingszorg en OGGZ;
- instellingen verantwoordelijk zijn voor de uitvoering van de onderdelen van het OGGZ-aanbod en de gemeenten hierin een ondersteunende en faciliterende rol vervullen;

Verklaren het volgende te zijn overeengekomen:

Artikel 1 Doelstellingen

Partijen stellen zich tot doel:

de doelstelling en subdoelstellingen en daarvoor benoemde acties zoals omschreven in het bijgevoegde visiedocument OGGZ te realiseren.

Artikel 2 Verwachte inzet en verplichtingen van partijen

1. partijen zijn gezamenlijk verantwoordelijk voor opvang en begeleiding van de in de preambule genoemde groepen en spreken elkaar onder ander tijdens geformaliseerd overleg aan op de verantwoordelijkheden die zij hier vanuit hun specifieke rol in hebben;
2. partijen doen een beroep op elkaars kennis en inzet (consultatie en advies);
3. partijen stimuleren en faciliteren de uitvoering van dit convenant binnen hun eigen organisaties, alsmede de afstemming met de overige convenantpartners;
4. partijen zetten menskracht en middelen in om de (sub)doelstellingen van het visiedocument te realiseren;
5. het zorgkantoor en de gemeenten betrekken elkaar bij hun beleid en uitvoering op het terrein van de OGGZ;
6. partijen zullen hun beleid, activiteiten en werkwijze afstemmen op de taken en verantwoordelijkheden waarover overeenstemming is bereikt, binnen de eigen mogelijkheden en verantwoordelijkheden.

Artikel 3 Structuur OGGZ in Midden-Holland

Partijen kiezen voor de volgende overlegstructuur:

1. bestuurlijk overleg OGGZ;
2. platform OGGZ;
3. verschillende werkgroepen en themagroepen.

ad 1. bestuurlijk overleg:

Taken: kaders vaststellen, actieplannen vaststellen, randvoorwaarden scheppen om doorbraken te realiseren als hulpverleners vastlopen in casuïstiek;

Frequentie: enkele malen per jaar, als de omstandigheden ernaar vragen vaker;

Wie: de wethouder Zorg van de gemeente Gouda is voorzitter, de voorzitter van het platform is secretaris van het bestuurlijk overleg, 1 organisatie voor maatschappelijke opvang, 1 organisatie voor verslavingszorg, 1 organisatie voor GGZ, de GGD, vertegenwoordiger vanuit de K5, vertegenwoordiger vanuit G7. Als dit wenselijk is kunnen de deelnemers, na advies van het platform OGGZ de deelname door organisaties uitbreiden.

ad 2. platform OGGZ:

Taken: concept-kaders opstellen en concept-actieplannen opstellen, zorgdragen voor uitvoering van vastgestelde kaders en actieplannen. Maken van afstemmingsafspraken. Voorbereiden van en advisering bestuurlijk overleg;

Wie: convenantpartijen, vertegenwoordiger K5, en een vertegenwoordiger G7. Gemeente Gouda levert een voorzitter. De GGD levert een secretaris.

ad 3. verschillende werkgroepen en themagroepen.

Het platform bewaakt de realisatie van de doelen die de werkgroepen en themagroepen hebben en de werkwijze die zij hanteren. Dit geldt ook voor de realisatie van doelen en de werkwijze van casuïstiek overleg. Aansturing van de functionarissen in casuïstiek overleg vindt plaats onder verantwoording van de organisaties waar zij in dienst zijn.

Artikel 4 Taak centrumgemeente en regiogemeenten

Als centrumgemeente voor de maatschappelijke opvang, vrouwenopvang, verslavingszorg en OGGZ ziet de gemeente Gouda toe op de naleving van dit convenant. Ten behoeve van het OGGZ platform en het bestuurlijk overleg vervult de gemeente Gouda een initiërende rol. De afstemming met de regio-gemeenten in Midden-Holland vindt plaats via het portefeuillehoudersoverleg WMO van het ISMH.

Artikel 5 Wijziging en naleving convenant

1. Partijen onderschrijven de doelstelling van het convenant en verplichten zich ieder voor zover het zijn verantwoordelijkheid betreft de in onderhavig convenant vastgelegde afspraken na te komen.
2. Indien er sprake is van omstandigheden, die naar het oordeel van één der partijen zouden moeten leiden tot herziening van dit convenant, wordt hierover gesproken in het bestuurlijk overleg.
3. Wijzigingen van dit convenant of aanvullingen daarop zijn slechts geldig voor zover zij schriftelijk tussen alle partijen zijn overeengekomen.

Artikel 6 Werkingsduur

Dit convenant treedt in werking op 13 maart 2007 en eindigt na 4 jaar. Partijen voeren tijdig voor de afloop en op initiatief van de Gemeente Gouda overleg over de vraag in welke vorm en met welke inhoud dit convenant wordt voortgezet.

Gouda, 13 maart 2007

Bijlage 7 Werkconferentie (O)GGZ van 19 maart 2007

Programma

- 8.30 uur Ontvangst met koffie en thee
- 9.00 uur Opening en welkom door Marion Suijker, voorzitter Bestuurlijk Overleg Zorg en Samenleving
- 9.05 uur Toelichting op het programma door dagvoorzitter Ed Ram
- 9.10 uur Inleiding van Daan Heineke van Movisie. In zijn inleiding zal Daan Heineke ingaan op de plaats van de OGGZ in de Wmo. Vanuit een theoretisch perspectief zal hij zijn licht laten schijnen over hoe mensen 'klant' van de OGGZ worden en hoe ze begeleid kunnen worden naar een weer zelfstandig leven.
- 9.30 uur De (O)GGZ in Midden-Holland. Marion Suijker, voorzitter van het Bestuurlijk Overleg Zorg en Samenleving Midden-Holland en wethouder van de gemeente Gouda, zal aangeven waarom gemeenten een visie op de (O)GGZ willen ontwikkelen. Ook zal zij kort schetsen dat het vertrekpunt niet '0' is, maar dat er al heel hard gewerkt wordt op dit gebied.
- 9.50 uur De mensen uit het veld aan zet. Op basis van 3 thema's gaat u aan de slag in subgroepen. In iedere subgroep wordt één thema besproken, waarbij de belangrijkste vragen zijn: waar liggen volgens u de speerpunten voor het beleid op het betreffende thema en op welke wijze kan een ieder een bijdrage leveren aan deze speerpunten? *Voor meer informatie zie achterzijde.*
- 10.45 uur Pauze
- 11.00 uur Open debat, onder leiding van Ed Ram. U krijgt de gelegenheid om de uitkomsten van de discussie in uw subgroep te presenteren en verdedigen. En u krijgt de gelegenheid om te reageren op de uitkomsten van de discussie uit de andere subgroepen.
- 11.45 uur Bespiegeling door Daan Heineke. Een terugblik op de ochtend vanuit een theoretisch perspectief: Waar staat de regio en waar moeten we naar toe?
- 12.05 uur Toelichting op het vervolgproces door Mirjam Mascini, secretaris Bestuurlijk Overleg Zorg en Samenleving.
- 12.10 uur Afronding door Ed Ram
- 12.15 uur Lunch
- 13.00 uur Einde

Tekst van de speech van Marion Suijker

Kort voor de kerst kreeg ik een telefoontje. Het bericht:
Een onverzorgd uitziende man woont, of liever gezegd verblijft, al tijden in een plantsoen in Gouda.
Veel Gouvenaars maakten zich zorgen over deze man, de Goudse Zwerver.
In de donkere dagen van kerst voelden wij ons aangesproken.
Noem het een kerstgedachte.
Heel veel straathoekwerkers gingen met hem in gesprek.
Half hulpverlenend Gouda kende de situatie.
Maar, De Zwerver wilde geen hulp.
Uiteindelijk kregen op grond van een 'in bewaring stelling' deze mijnheer toch in zorg.

Wat heeft dit ons geleerd?
Wat heeft dit mij geleerd in mijn werk als wethouder voor onder meer GGZ en OGGZ?
Ik denk nog vaak aan de Zwerver en vraag mij van alles af:
Waar is De Zwerver nu?
Krijgt hij Zorg en Onderdak?
Wat vindt De Zwerver van al die mensen die zich met hem bemoeien?
Hoe verliep het leven van De Zwerver?
Maar ik wil geen vragen. Ik wil antwoorden!
Een sluitende keten in de hulpverlening en een goed cliëntvolgsysteem helpt hierbij.

Sommige vragen blijven ook dan onbeantwoord.
Bijvoorbeeld hoe het zover met deze man heeft kunnen komen.
Wie heeft zich zijn problemen aantrokken?
Wat is er allemaal wel en niet gedaan?

De Goudse cijfers tonen aan dat er nog veel te doen is op het gebied van de OGGZ en GGZ.
Het verhaal van de Goudse Zwerver is slechts een voorbeeld.

Maar, ik heb nog meer voorbeelden voor u:

- Alcoholgebruik leidt steeds meer tot problemen.
Parnassia is in 2007 in deze regio gestart met de behandeling van 11 t/m 18 jarigen.
Niet alleen veel jongeren ontwikkelen een verslaving.
Er zijn ook steeds meer ouderen met een drankprobleem.
- In Nederland doen jaarlijks 94.000 mensen een poging om zichzelf van het leven te beroven.
(recente cijfers van het Trimbos instituut)
De meeste pogingen mislukken.
Triaal gegeven blijft dat ongeveer 1.600 pogingen wel lukken.
Statistisch zijn dit in de regio Midden-Holland ongeveer 24 zelfdodingen.
Ik vind dat veel. Te veel
- De regio Midden-Holland telt in 2006 ongeveer 225 dak- en thuislozen.
Zo blijkt uit de eerste monitor OGGZ Midden-Holland van de GGD.
In deze monitor staat ook dat er in deze regio in 2004 ruim 1800 OGGZ cliënten zijn en dat
GGZ-Rivierduinen ongeveer 4400 cliënten telt.

Wat laat deze greep uit de werkelijkheid ons zien?

Dat de Goudse Zwerver heel veel lotgenoten heeft.

Of op zijn minst dat er heel veel mensen het risico lopen lotgenoot te worden.

Ik hoor u denken: "we moeten daar wat aan doen"

Ik kan u vertellen: we doen daar ook al heel veel aan

Wat gebeurt er in de regio?

- Er is een meldpunt Zorg en Overlast gehuisvest bij de GGD.

In 2005 kwamen hier 170 meldingen binnen.

Iedereen, hulpverleners en betrokken burgers, kan hier met zijn zorg om een medemens terecht.

De helft van de meldingen gaat over mensen die in Gouda wonen of verblijven.

De andere helft gaat over mensen in de rest van de regio.

Binnen een week tot maximaal 6 maanden lukt het om deze mensen door te verwijzen.

- Het Platform OGGZ heeft vorige week een convenant opgesteld.

De afspraken zijn gemaakt voor de komende vier jaar.

De volgende speerpunten zijn benoemd:

- een sluitende aanpak van signaleren tot nazorg;
- inzoomen op risicoindicatoren (bij welke symptomen moet in hulpverleningsland de alarmbel gaan rinkelen);
- het opzetten van een cliëntvolgsysteem.

- Veel instellingen zijn actief in het werkveel van de GGZ en de OGGZ.

Ik denk hierbij aan bijvoorbeeld het crisisopvang en nachtopvang door het Leger des Heils,

het Straathoekwerk van REAKT,

de verslavingszorg van Parnassia

en het werk van GGZ Rivierduinen.

Ik ben bijzonder tevreden over al het werk dat deze instellingen leveren.

Tevreden. Maar we zijn er nog niet.

Het lot van de zwerver houdt mij en ik hoop ook u scherp.

Waarom wilde hij geen hulp?

Sloot ons aanbod niet aan bij de vraag?

Was De Zwerver zijn vertrouwen in de hulpverlening al kwijt?

En zo ja, waarom?

Ik vind het belangrijk dat we in Midden Holland komen tot

- een regionale visie en aanpak
- een sluitende keten in de hulpverlening

Mijn eerste wens: een regionale visie en aanpak

Gouda is door het Rijk aangewezen als centrumgemeente voor Maatschappelijke opvang, verslavingszorg en OGGZ.

De voorzieningen zijn gehuisvest in Gouda maar beschikbaar voor de hele regio. Gouda ontvangt hiervoor ook een doeluitkering; geld ten behoeve van de hele regio.

Het ontwikkelen van een gezamenlijke visie helpt om regionaal gezamenlijke doelen te bepalen.

De Zwerver heeft niets aan een visie.

De man heeft recht op een passend aanbod.

Een visie vormt de basis waarmee bepalen welke acties nodig zijn.

Acties die bijdragen aan de gezamenlijk bepaalde doelen.

We maken actieplannen waarin de rollen van de verschillende actoren en de hoeveelheid middelen die we ervoor inzetten helder staan beschreven.

De centrumgemeente en de regiogemeenten hebben ieder een rol als het gaat om preventieve taken en het tijdig signaleren van problematiek.

Het voorkomen van huisuitzettingen is bijvoorbeeld een taak van ons allen.

Pas als mensen tussen wal en schip komen is de centrumgemeente meer in beeld. We kunnen indien nodig Verslavingszorg en Maatschappelijke opvang bieden.

Mijn tweede wens: een sluitende keten

1. signalering
2. aanmelding
3. registratie van de melding
4. probleemanalyse
5. bepalen klanthouder
6. opstellen behandelplan
7. uitvoering behandelplan
8. multidisciplinair overleg/zorgafstemming
9. evaluatie en bijstelling
10. zorgafroning door uitstroom of doorstroom
11. nazorg

Was de Zwerver met een sluitende keten dan geen Zwerver geworden?

- Wat voor signalen gaf hij in het verleden af?
 - Doorliep hij zijn school gemakkelijk en haalde hij een diploma?
 - Trouwde hij ooit netjes maar volgde toch een echtscheiding?
 - Ontstonden er misschien schulden?
 - Trok De Zwerver zich toen al steeds meer terug in zijn huis?
 - Was de Zwerver verslaafd?
 - Heeft iemand zich om hem bekommerd?
 - Wie probeerden De Zwerver hulp aan te bieden? En was duidelijk wat zijn problemen waren?
 - Was de huurschuld het hoofdprobleem of niet meer dan het gevolg van psychiatrische problemen?
 - Was duidelijk welke hulpverleners De Zwerver kenden? En wisten zij van elkaar wat ze deden om de Zwerver te helpen?
 - Wie voelde zich eindverantwoordelijk voor het herstel van de Zwerver?
 - Is de Zwerver ooit met succes behandeld en uitgestroomd uit de Zorg? Kreeg hij toen nog nazorg?
- U begrijpt het al: ik vind een sluitende keten erg belangrijk.

Een aanpak waarin we in een vroegtijdig stadium problemen signaleren.

Zodat we individuen en/of gezinnen die te maken krijgen met een opeenstapeling van problemen snel in beeld hebben.

Daarbij is inzet van zowel de regiogemeenten als de centrumgemeenten nodig.

Wij geven een dakloze een dak en zorg.

Maar we gaan stevig investeren in alle fasen die daaraan voorafgaan.

Wij moeten mensen zoals onze Zwerver eerder helpen.

Wij kunnen voor een grote groep mensen meer betekenen.
Het bieden van een dak, schone kleren en hap eten is voor sommige mensen het minimale en het maximaal haalbare.
Een enkeling blijft buiten de boot vallen. Ongeacht onze inzet
Dit laatste moeten wij accepteren.
Maar, ik ga voor die 99% die we eerder kunnen helpen.
Met een sluitende aanpak.
Ik hoop van harte dat u hieraan meedoet!

Belangrijkste uitkomsten subroepen

Preventie (1)

- jeugd=> weerbaar en sociaal emotioneel vaardig maken
- voldoende financiële middelen => inkomen
- bereikbaarheid doelgroep en hun mantelzorgers
- ontwikkelen netwerk en sociale kaart voor hulpverleners
- burgers betrekken bij vroegsignalering van problemen (vb overlast)
- lacunes in zorgtraject overbruggen, vb. 18 jaar geworden en dan?
- Kennis over OGGZ overbrengen aan hulpverleners ivm aanpak problemen cliënten
- Toegang verbeteren
- Oggz uit taboesfeer halen
- Laagdrempelige loketten en meldpunten
- Goede contacten hulpverleners en maatschappelijke organisaties onderling ivm signalering
- Jeugd: veilig opgroeien, sociale structuur, zinvolle vrijetijdsbesteding
- Singlering: opleiden niet ggz-professionals bv peuterspeelzaal
- 'bemoeizorg' van burgers stimuleren
- Hulpverlening komt pas goed op gang wanneer de financiën van de cliënt goed geregeld zijn

Preventie (2)

- beleidsinformatie moet teruggekoppeld worden vanuit de instellingen naar de gemeenten
- de basisvoorzieningen in een gemeenten (pv 1+5) moeten in orde zijn
- er moeten netwerken eerstelijns in gemeenten zijn met een sluitende aanpak, waarbij ook huisartsen en scholen betrokken zijn, naast de signaleringsoverleggen.
- de deskundigheid van de mensen in zorgloketten en op scholen over de OGGZ problematiek moet vergroot worden
- er moet een goede sociale kaart zijn en die moet bekend zijn
- risicofactoren en bijbehorende interventies zouden bekend gemaakt moeten worden
- nazorg moet vanuit instellingen geleverd worden.

Vangnet en opvang

- De laatste jaren komen er steeds minder signalen vanuit bijvoorbeeld de thuiszorg. Dit komt omdat organisaties steeds markgerichter moeten werken en targets moeten halen. Hierdoor is er minder aandacht om signalen op te vangen en laat staan om hier wat mee te doen;
- Veel organisaties, ook in de hulpverlening kiezen ervoor zaken, ook (O)GGZ zelf op te lossen, of in eigen netwerken op te lossen. Er kan dus nog meer gemeld worden;
- Zaken sudderen vaak te lang door;
- Politie en hulpverlening missen middelen om meer drang uit te oefenen. Het is te moeilijk om iemand verplicht op te nemen;

- Omgeving van de overlastgevers meer centraal stellen. Omgeving lijdt vaak minstens zoveel als de cliënt;
- Probeer het strafrecht te 'gebruiken' om cliënten in zorg te krijgen;
- Maak duidelijk wie de casus-houder is. Wie is voor alle betrokkenen aanspreekpunt rond een individu/gezin;
- Maat een sluitende volgsysteem;
- Een bepaalde groep glipt overal tussendoor en is niet hanteerbaar. Zorg voor hen voor een minimaal aanbod zonder eisen (dak, bed, voeding etc.)

Herstel

- Levenslange begeleiding is de basis/methode/vorm van herstel
- Levenslange ondersteuning is nodig voor deze groep = herstel.
- Het mandaat ligt bij de werkvloer en geeft de meeste kans tot herstel
- Het gaat om de hulpverlening en niet om de instelling.
- Overhevelen van gelden
- Alleen steun en leun hulpverlening, geen hoge doelen
- Regie bij gemeente, traject bij vele instellingen.
- Instellingen zitten vol, hoezo herstel? Doorstromen=> problemen met huisvesting.
- Steun/leunzorg kan goedkoper
- Het is van belang deze groep te erkennen.
- Er moet één organisatie zijn die alles inkoopt, één deur
- We tuigen de mantelzorg op.

Uitkomsten gezamenlijke discussie aan de hand van stellingen

Preventie

Stelling: Preventie is ook: investeren in basisvoorzieningen zoals parkjes

Reacties:

- Minder cursussen eenzaamheidsbestrijding en meer parkjes.
- Kleine gemeenten moeten prioriteiten stellen en keuzes maken.
- Niet alleen investeren in fysieke voorzieningen, (groepen) mensen kunnen ook een voorziening zijn.
- Parkjes creëren overlast.
- Niet denken in kosten maar in investeringen
- Oggz-problemen zijn vaak verborgen problemen, hoe bereik je de mensen?
- Zorgverzekeraars moeten ook investeren in preventie.

Stelling: Bemoeizorg moet onderdeel worden van gemeentelijk beleid.

Reacties:

- Bemoeizorg door burgers: let op uw burens.
- Terugkomst van de vertrutting.
- OGGZ is een blinde vlek bij gemeenten.
- Geen kliklijnen maar persoonlijk contact.
- Mensen willen anoniem melden.
- Investeren in de sociale structuur.
- Niet alleen verantwoordelijkheid van gemeente maar ook van andere, hogere overheid.
- Makkelijker gezegd dan gedaan.

- Bemoeizorg alleen is niet voldoende.
- Bemoeizorg door burger is aanvullend op professionele bemoeizorg.

Vangnet en Opvang

Stelling: Er vallen nauwelijks slachtoffers dus een cliëntvolgsysteem is niet nodig.

Reacties:

- Probleem is niet groot genoeg.
- Probleem is er wel maar niet zichtbaar.
- Onderwerp scoort politiek niet.
- Beleid maken gebeurt vaak alleen voor generieke getallen.
- Cliënten gaan eerder naar centrumgemeente.
- Cliëntvolgsysteem is een middel.
- Privacywetgeving is bottleneck
- Wie gaat het bijhouden? En betalen...
- GGD heeft de regierol.

*Stelling: Het belang van de omgeving gaat voor het belang van de individuele oggz-client.
(oplossing: long-stay-camping in de regio)*

Reacties:

- Alle cliënten bij elkaar op één plek (camping) is geen goed idee. Opvang moet plaatsvinden in de samenleving.
- Cliënt uit de wijk halen is laatste redmiddel, maar dan in een sociaal pension.
- Er zitten hiaten in de zorg. Voorzieningen treffen voor degenen die tussen wal en schip vallen.
- Meer opvang creëren betekent meer vraag genereren. (ook uit andere regio's)
- De vraag naar meer opvang is er al.
- Goede ketenzorg voorkomt dat oggz-opvang (te) vol raakt.

Herstel

Stelling: Levenslange begeleiding is de basis voor herstel

Reacties:

- Stabilisering is het hoogst haalbare. Herstel is niet aan de orde bij een groot deel van deze doelgroep.
- Het huidige systeem werkt niet.
- Levenslange begeleiding hoort thuis in de Awbz.
- Cliëntvolgsysteem voorkomt dat verschillende hulpverleners steeds het wiel opnieuw moeten uitvinden bij het begeleiden van een cliënt.
- Beleidskeuzes van gemeenten kunnen heel a-stabiliserend uitwerken.
- De intensiteit en vorm van levenslange begeleiding kan variëren.

Stelling: het mandaat ligt bij de werkvloer en geeft de meeste kans op herstel.

Reacties:

- Bureaucratie is een groot probleem.
- Stel case-managers aan zodat de cliënt een (vertrouwens)relatie kan opbouwen met één hulpverlener.
- Goede onderlinge afspraken maken kan ook een oplossing zijn.
- Leer van andere regio's die met zorgnetwerken werken.

Eindconclusies Daan Heineke

- De aanwezigen komen uit verschillende invalshoeken. Toch was men enthousiast bezig met een gezamenlijk doel.
- Blinder vlek Oggz moet zichtbaar worden.
- Kleine gemeenten met geringe capaciteit kunnen met kleine stapjes toch veel bereiken.
- Registratie/integraal systeem is ontzettend belangrijk. Leer van andere gemeenten en regio's.
- Overig Wmo-beleid kan ook preventief werken, maak een koppeling met leefbaarheid.
- Betrek opbouwwerk en buurtbemiddeling bij het Oggz- en leefbaarheidsbeleid.

Sheets werkconferentie (O)GGZ 19 maart 2007

Zie volgende pagina's