

Inleiding

G. Schout

- 1.1 Wat is de oggz? – 2
- 1.2 Doelgroep – 2
- 1.3 Doel van de oggz – 3
- 1.4 De oggz-ladder – 4
- 1.5 De oggz als organisatie – 5
- 1.6 De oggz als wettelijke verplichting – 6
- 1.7 De oggz als onderdeel van de openbare gezondheidszorg;
public mental health als onderdeel van public health – 7
- 1.8 De oggz als vluchtheuvel: verklaringen voor de toeloop naar
de oggz – 8
- 1.9 Toestroom van licht verstandelijk beperkten naar
de oggz – 9
- Aanbevolen literatuur – 12

1.1 Wat is de oggz?

Vrijwel alle publicaties over de oggz beginnen met de definities van de voormalige Nationale Raad voor de Volksgezondheid (NRV). Wij doen dat ook, omdat deze definitie goed laat zien waar de oggz voor staat.

» De oggz bestrijkt een breed terrein dat zich niet scherp laat afbakenen. Het betreft alle activiteiten die niet op geleide van een vrijwillige, individuele hulpvraag worden uitgevoerd. «

Kern van de begripsbepaling van oggz is het ontbreken van actieve medewerking van de persoon of personen op wie men zich richt. Er is geen vraag om zorg in de traditionele zin. Het gaat om diffuse hulpbehoeften die doorgaans niet door de betrokkenen zelf worden gesignaleerd. De Nationale Raad voor de Volksgezondheid (NRV) onderscheidt drie niveaus waarop het oggz-werk plaatsvindt, te weten¹:

- Directe hulpverlening voor het individu, dat wil zeggen permanent beschikbare hulpverlening (7 × 24-uurs crisisinterventie en -opvang).
- Zorg voor risicogroepen, dat wil zeggen zorg en preventie voor mensen met een verhoogd risico.
- Collectieve ggz, dat wil zeggen preventie, gezondheidsbevorderende en beschermende activiteiten, gericht op niet nader omschreven groepen.

De hulpverlening vanuit de oggz wordt proactief geboden op initiatief van anderen, meestal doordat de omgeving melding maakt van verwaarlozing, overlast, verkommering. Proactief wil zeggen dat hulpverleners op pad gaan om contacten te leggen met en vertrouwen te winnen van cliënten die anders niet geholpen worden.

1.2 Doelgroep

De oggz richt zich op sociaal kwetsbare burgers die niet direct om zorg vragen, maar deze wel nodig hebben. Deze mensen vragen geen hulp omdat ze die hulpvraag niet durven, mogen, kunnen of willen stellen, of omdat ze niet weten hoe dat te doen. Als de oggz er niet zou zijn, zouden deze mensen buiten de boot vallen en niet de zorg krijgen die ze nodig hebben. Het gaat om een groep kwetsbare mensen met soms ernstige psychische problemen, verslavingen of een verstandelijke beperking. Daarnaast kampt deze groep met bijkomende problemen op meerdere gebieden, waaronder wonen, gezondheid, financiën, werk en sociale contacten. Om in aanmerking te komen voor hulp (van een instelling) moeten deze mensen een hulpvraag kunnen formuleren, motivatie laten zien en zich houden aan afspraken die de hulpverlener bepaalt. Dit sluit niet aan bij de kenmerken, vermogens en problemen van deze cliënten. Bovendien richten instellingen zich vaak op slechts één van de problemen die een dergelijke cliënt ervaart, alleen op de ver-

¹ NRV, Nationale Raad voor de Volksgezondheid (1991). *Advies Openbare Geestelijke Gezondheidszorg (OGGZ)*. Zoetermeer: NRV. Zie ook: Vereniging van Nederlandse Gemeenten (2002). *Convenant openbare geestelijke gezondheidszorg. Een handreiking ter opstelling van een lokaal of regionaal convenant OGGZ*. Den Haag: VNG.

slavingsproblematiek, de psychiatrische problematiek of de schuldsanering, waardoor de hulpverlening niet aansluit. De opeenstapeling van problemen bij deze groep mensen kan ertoe leiden dat mensen een gevaar vormen voor zichzelf en/of hun omgeving, overlast veroorzaken met soms dwangopname en/of huisuitzetting tot gevolg.²

De doelgroep van de oggz wordt omschreven op basis van de volgende vijf kenmerken (afgeleid van de omschrijving van de G4, de vier grote steden: Amsterdam, Rotterdam, Den Haag en Utrecht):

1. Aanwezigheid van een psychiatrische stoornis (waaronder verslavingsproblemen) of ernstige psychosociale problemen.
2. Aanwezigheid van problemen op meerdere levensgebieden.
3. Niet voldoende in staat zijn om in de eigen bestaansvoorwaarden te voorzien (huisvesting, inkomen, sociale contacten, zelfverzorging en dergelijke).
4. Gebrek aan mogelijkheden om de problemen zelf op te lossen.
5. Afwezigheid van een adequate hulpvraag.³

De kluwen aan problemen, het onvermogen om de problemen zelf op te lossen en het niet stellen van een hulpvraag zijn dus kenmerkend voor de oggz-doelgroep. Deze groep mensen wordt ook wel *verkommerden en verloederden of zorgwekkende zorgmijders* genoemd.

1.3 Doel van de oggz⁴

Het doel van de oggz is het vroegtijdig signaleren en beïnvloeden van risicofactoren en beschermende factoren om maatschappelijke uitval en dakloosheid te voorkomen en maatschappelijk herstel te bevorderen in de richting van een zo zelfredzaam mogelijk leven en een aanvaardbare kwaliteit van leven voor kwetsbare mensen.⁵ In de jaren negentig van de vorige eeuw werd er een convenant opgesteld dat enige mate van gelijkvormigheid in de oggz zou moeten genereren, vooral in de basistaken van de oggz. De convenantpartijen vonden het gewenst dat er op lokaal of regionaal niveau een min of meer uniform basisaanbod van oggz-activiteiten zou worden gerealiseerd. Het convenant laat zich uit over de volgende onderdelen van oggz:

- samenwerkingsverband;
- crisisopvang/acute zorg;
- bemoeizorg;
- dak- en thuislozenzorg;
- preventie;
- sociale kaart;

2 Bron: Wolf, J. (2006). *Handreiking OGGZ in de Wmo*. Organisaties voor Openbare Gezondheidszorg, Openbare geestelijke gezondheidszorg (OGGZ), Certificatieschema, Versie 2007.

3 Uit: Slegers, J. (red.) (2005). *Kwetsbaar in de grote stad, G4 Visie op een samenhangende Openbare Geestelijke Gezondheidszorg*.

4 Gebruikte literatuur bij ► par. 1.3: De oggz-ladder van Wolf, in: Holsbrink-Engels, G., Engelbertink, M. & Schaap, I. (2010). *Zorgnetwerken voor cliënten met meervoudige problemen. Werken binnen de kaders van WMO en AWBZ*. Den Haag: Boom Lemma uitgevers.

5 MOVISIE (september 2010). *Factsheet Openbare Geestelijke Gezondheidszorg*.

- rampenplan, (psychosociale hulpverlening bij rampen);
- signalering en beleidsadvisering;
- onderlinge consultatie door oggz-partners.

Het doel van de oggz is hier dus het realiseren van een aanbod dat ervoor zorgt dat oggz-cliënten gevonden, bereikt en geholpen worden. Het doel van de oggz kan ook geformuleerd worden op het niveau van het primaire proces. Dan kan gezegd worden dat het signaleren, contact maken, vertrouwen winnen en toeleiden naar reguliere hulp, doelen zijn van dit primaire proces. Met opzet staat in dit rijtje niet: casemanagement of realisatie van samenwerking tussen instanties. We zullen hierna laten zien dat het nog onduidelijk is of casemanagement een taak van de oggz of van reguliere instellingen is.

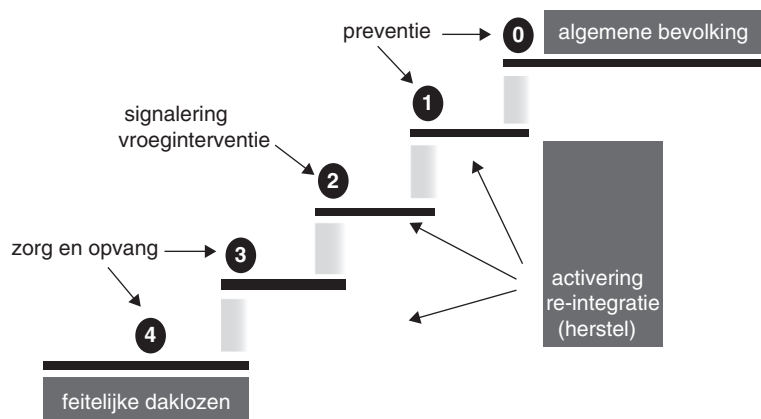
1.4 De oggz-ladder

De oggz-ladder helpt om problemen nader te specificeren en de doelgroep in kaart te brengen. Op grond hiervan kan de gemeente bepalen wat ze wil en kan doen aan de oggz-problematiek. Bovendien kan met de ladder worden geïnventariseerd wat de uiteenlopende lokale partners op dit continuüm doen voor kwetsbare mensen. Hiaten en overlappen in het aanbod kunnen zo worden vastgesteld. De verschillende treden hangen samen met de verschillende prestatievelden van de Wmo. Deze ladder is geënt op het proces van sociale in- en uitsluiting en bestaat uit vijf treden (zie ■ Figuur 1.1).

Op de *nulde trede* van de ladder gaat het om mensen met een goede gezondheid en een actieve maatschappelijke participatie. Zij kunnen zich redden: hun zelfzorg en mantelzorg voldoen, ook bij tegenslagen. Interventies op dit niveau (collectieve preventie) bestaan onder meer uit voorlichting en gezondheidsbevordering.

Bij de *eerste trede* gaat het om risicogroepen met een tekortschietende zelfredzaamheid. Toch blijven de problemen, vaak vanwege omgevingssteun, binnen de perken. Preventieve activiteiten die op het individu zijn gericht, voorkomen verder achterop raken.

oggz-ladder



■ Figuur 1.1 De oggz-ladder (Wolf, 2007)

Op de *tweede trede* gaat het om mensen bij wie de problemen in ernst en zwaarte toeneemen. Steun uit de omgeving staat onder druk en kan op termijn verdwijnen. De kwaliteit van leven neemt af. Er doen zich crisissituaties voor vanwege opstapelende problemen, ingrijpende levensgebeurtenissen en (chronische) stress. Crisisinterventie en langdurige zorg aan huis zijn nodig om uitval en terugval te voorkomen.

De *derde trede* gaat om kwetsbare personen die aangewezen zijn op institutionele zorg (opvang, psychiatrisch ziekenhuis, gevangenis) vanwege uiteenlopende, vaak meervoudige problemen. Het verblijf is in principe tijdelijk, maar kan ook langdurig zijn.

Bij de *onderste trede* gaat het om mensen die niet meer kunnen voorzien in hun bestaansvoorwaarden, mensen die zorg op straat nodig hebben.

Op elke trede komen twee dingen samen:

- De ernst, complexiteit en duur van problemen, uit te drukken in een eigen risicoprofiel.
- De gewenste en benodigde ondersteuning en opvang tijdens de verschillende fases van in- en uitsluiting.

Afhankelijk van de trede is er sprake van andere risico- en cliëntenprofielen en zijn er dus ook andere (combinaties van) soorten interventies en aanbieders nodig.⁶

Op elke trede zijn er mogelijkheden om problemen te signaleren en te herkennen en om een vangnet te creëren dat insluiting bevordert en verder achterop raken voorkomt. Anders gezegd, op elke trede kan de gemeente de in de Wmo omschreven oggz-taken uitvoeren, waarbij het signaleren en bestrijden van risicofactoren gebeurt door:

- risicogroepen en kwetsbare personen te bereiken;
- risicogroepen en kwetsbare personen te begeleiden;
- als meldpunt te functioneren voor signalen van crisis of dreiging van crisis bij kwetsbare personen en risicogroepen;
- afspraken tot stand te brengen tussen betrokken organisaties over de uitvoering van de oggz.

1.5 De oggz als organisatie

De oggz is geen formele instelling met een gebouw of met een vast personeelsbestand. Feitelijk is het een netwerk van hulpverleners en instellingen die samenwerken op grond van afspraken. Soms zijn die afspraken geregeld in een convenant, soms liggen er contracten tussen gemeente en zorgaanbieders. In dit werkverband tussen organisaties is er niet één centrale partij die haar wil dwingend aan andere belanghebbenden kan opleggen. Er zijn veel actoren, elk met eigen belangen en eigen verantwoordelijkheden.

De oggz bestaat dus niet uit één organisatie die zorg of hulp levert, maar uit een keten of zorgnetwerk van organisaties. In lokale zorgnetwerken werken professionals vanuit verschillende instellingen samen. Veelal wordt een verdeling gemaakt in een frontoffice, ook wel de vangnetteams, frontofficeteams of lokale zorgnetwerken, en een backoffice, de achterliggende voorzieningen die personeel uitlenen aan de frontoffice. De frontoffice leidt cliënten door naar de backoffice.

6 Wolf, J. (2006). *Handreiking OGGZ in de Wmo*. Den Haag: Ministerie van VWS.

De gemeente is eindverantwoordelijk voor het beleid en de aanwezigheid van een oggz-aanbod. Per gemeente is de oggz anders geregeld en worden de taken anders ingevuld, afhankelijk van de eigen problematiek en lokale omstandigheden. Voor de uitvoering schakelt de gemeente veelal haar eigen GGD in, maar soms ook andere zorg- en hulpverleningsinstellingen, zoals ggz-instellingen, verslavingszorg en de maatschappelijke opvang. Naast deze instellingen zijn ook andere organisaties zoals justitie, politie, woningcorporaties, scholen en huisartsen actief betrokken bij de oggz. Elk van deze instellingen opereert vanuit een eigen deskundigheid en verantwoordelijkheid en binnen eigen wettelijke kaders en financieringsbronnen. De financiering is afkomstig van landelijke, provinciale en gemeentelijke bronnen en vindt haar grondslag in verschillende wetten, zoals de Zorgverzekeringswet, Wet op de Jeugdzorg, Wmo, AWBZ, of in justitiële besluiten. Elk van deze financieringsbronnen stelt eigen eisen en kent eigen vormen van verantwoording. Het gevaar bestaat dat de instellingen en hulpverleners – luisterend naar hun broodheer – allemaal een deel van het probleem aanpakken en langs elkaar heen werken. Het is moeilijk om binnen een dusdanig verkaveld terrein de integrale zorg te bieden die nodig is. In dit verkaveld werkveld probeert een netwerkorganisatie als de oggz integrale, grensoverschrijdende en continue hulpverlening te bieden. De verschillende onderdelen van hulpverlening zullen goed op elkaar afgestemd moeten worden. Hoe beter de samenwerking tussen organisaties en individuele hulpverleners, hoe minder oggz-problematiek.⁷

1.6 De oggz als wettelijke verplichting

De Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) beoogt dat iedereen kan meedoen in de maatschappij en zelfstandig kan wonen. De Wmo regelt dat mensen met een beperking de voorzieningen, hulp en ondersteuning krijgen die ze nodig hebben. Het gaat bijvoorbeeld om ouderen, gehandicapten, mensen met een chronische psychische stoornis, maar ook om vrijwilligers en mantelzorgers. Gemeenten zijn verantwoordelijk voor de uitvoering van de Wmo. De oggz maakt onderdeel uit van de Wmo en wordt beschreven onder prestatieveld 8. De Wmo kent negen prestatievelden. De oggz heeft met alle andere prestatievelden verbanden maar het meeste met prestatieveld 7, de maatschappelijke opvang, vrouwenopvang en huiselijk geweld en prestatieveld 9, de ambulante verslavingszorg.

Verslavingen gaan vaak gepaard met vormen van huiselijk geweld, overlast en het ontstaan van schulden. Op hun beurt leiden deze problemen vaak weer tot huisontruimingen of huisverboden. Als het lukt om vroeg te signaleren, gebiedsgericht te werken en effectief samen te werken, dan wordt de druk op de maatschappelijke opvang kleiner. De verwevenheid tussen prestatievelden 7, 8 en 9 is met andere woorden groot.

Een opmerking tot slot. De Wmo maakt dat gemeenten in Nederland de opdrachtgever zijn van de oggz.

⁷ Ontleend aan: Organisaties voor Openbare Gezondheidszorg, Openbare geestelijke gezondheidszorg (OGGZ), Certificatieschema, *Versie 2007*.

1.7 De oggz als onderdeel van de openbare gezondheidszorg; public mental health als onderdeel van public health

De oggz is niet alleen een wettelijke taak en een interorganisationeel werkverband, het maakt zowel nationaal als internationaal onderdeel uit van een werkveld dat aangeduid wordt met *public health* of in het Nederlands *openbare gezondheidszorg* (ogz). De ogz is het werkveld waar de bescherming, bevordering en bewaking van de volksgezondheid, ook wel aangeduid als collectieve preventie, wordt vormgegeven. Collectieve preventie gaat over alle terreinen van het leven, van de schoolarts tot voorlichting over dementie, van verslavingspreventie tot reizigersvaccinatie, van het verbeteren van de toegang tot zorg tot het verbeteren van vochtige woningen. De openbare gezondheidszorg omvat activiteiten waarbij de overheid verantwoordelijk is voor beschikbaarheid en toegankelijkheid van zorg. Het vakgebied omvat naast de oggz, jeugdgezondheidszorg, infectieziektebestrijding, technische hygiëne en medische milieukunde, infectieziektebestrijding, tuberculosebestrijding, reizigersvaccinatie, optreden bij (dreigende) ongevallen en rampen. De ogz omvat dus ook de zorg voor zogenaamde *underserved groups*, huisvervuilingen, moeilijk bereikbare groepen en ruimt barrières op zodat deze groepen wel bereikt kunnen worden. Internationaal wordt de oggz ook als onderdeel gezien van de ogz. Op de site van de World Health Organization (WHO) zijn de volgende definities te vinden:

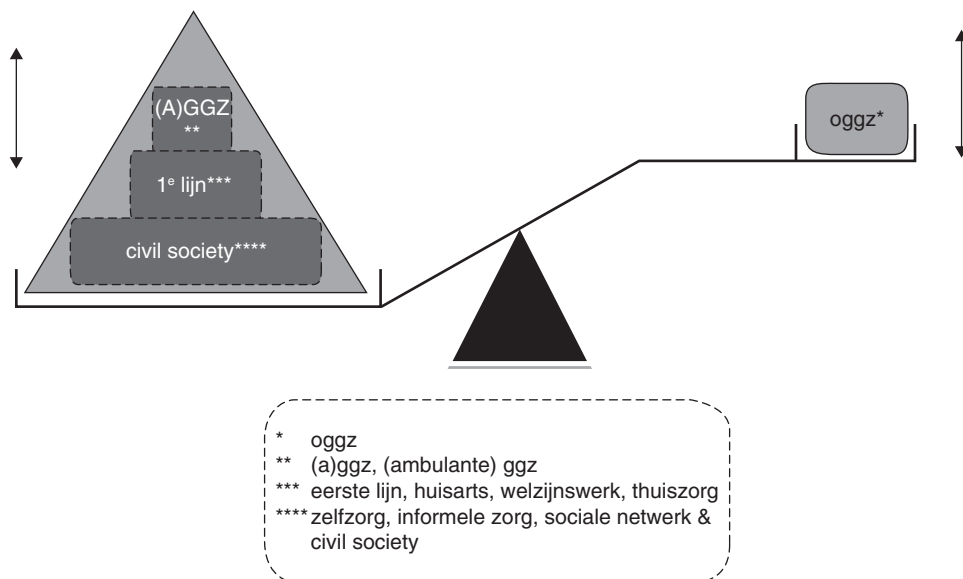
Definities

Public health (PH) is the science and art of preventing disease, prolonging life and promoting health through the organized efforts and informed choices of society, organizations, public and private, communities and individuals.

Public mental health (PMH) is a state of well-being in which every individual realizes his or her own potential, can cope with the normal stresses of life, can work productively and fruitfully, and is able to make a contribution to her or his community.

Waar in de eerste definitie een kennisgebied (*science*) en een toepassing (*art*) worden beschreven, staat in de tweede definitie een toestand (*state*) beschreven. Dat maakt dat de definities onevenwichtig zijn en niet hetzelfde beogen. Public mental health care (PMHC) is in de Verenigde Staten en andere landen met een marktgerichte gezondheidszorg een vangnet voor onverzekerde cliënten. Het systeem van PMHC is vaak het enige vangnet voor onverzekerden. Het gaat echter niet alleen om wel of niet verzekerd zijn. Ook het wereldwijde gebrek aan grensoverschrijdende, integrale en gecoördineerde hulpverlening in de gemeenschap verklaart de behoefte aan een vangnet, zoals de oggz.

Internationaal is nogal wat verwarring over de hantering van het begrip *public mental health* (*care*). Soms worden naastliggende begrippen gebruikt als *community mental health services* of *municipal public health service*. In dit boek hanteren we de scheiding tussen community mental health services (CMHS) en public mental health care (PMHC) als volgt. Met CMHS wordt bedoeld de geestelijke gezondheidszorg die gericht is op de geestelijke gezondheid van groepen en individuen aan personen met psychische stoornissen in de gemeenschap, terwijl PMHC het vangnet vormt voor mensen met psychische



■ **Figuur 1.2** De wipwap die een bijna overbodige oggz laat zien

problemen die niet de hulp krijgen die ze nodig hebben, onverlet of dit komt omdat ze niet verzekerd zijn of omdat het ontbreekt aan integrale en gecoördineerde zorg in de gemeenschap. Dit kan verduidelijkt worden aan de hand van een wipwap (■ Figuur 1.2).

Hoe minder de kracht van de zelfzorg en de informele zorg benut wordt, hoe meer druk er komt te liggen bij professionele voorzieningen, te beginnen bij de eerste lijn. Hoe minder CMHS ontwikkeld is en hoe ontoegankelijker de voorzieningen in een land zijn, hoe meer het vangnet van PMHC nodig is. Toegepast op Nederland: hoe toegankelijker de voorzieningen zijn, hoe beter ze samenwerken, hoe beter de eerstelijns en tweedelijns instellingen kunnen aansluiten op wat er in de lokale gemeenschap nodig is, hoe minder de oggz nodig is. We komen hierop terug in ► H. 5.

1.8 De oggz als vluchtheuvel: verklaringen voor de toeloop naar de oggz

Hoe kan het dat de oggz nodig is en hoe kan het dat er steeds meer mensen in terechtkomen? Slechts een klein deel van de Nederlanders kan zijn eigen belastingpapieren invullen. Het aanvragen van een DigiD of van een huur- of zorgtoeslag vraagt niet alleen om een internetaansluiting en computervaardigheden, maar ook het vermogen om te lezen en schrijven en het vermogen om de logica van verschillende bureaucratieën te begrijpen. Niet iedereen is in staat om zijn zaken via het internet te regelen of pinautomaten te bedienen, vooral mensen met een lage opleiding kunnen daar moeite mee hebben. Hoe ingewikkelder de samenleving wordt, hoe meer hulp nodig is om erin te kunnen participeren. De behoefte aan hulp en steun vertaalt zich in steeds grotere aanspraken op voorzieningen als de AWBZ. Met wachtlijsten, drempels, aangescherpte indicaties en steeds weer

nieuwe bezuinigingen probeert de overheid deze aanspraken in te perken. Alleen tekorten die naar een medische diagnose verwijzen, geven toegang tot de zorg. De noodzaak om de toegang rationeel te regelen drijft de actoren steeds verder in de armen van de ziekte-logica. Ziekte richt de aandacht op symptomatologie, etiologie, prognose en therapie, maar is verweven met een andere logica: de logica van de verantwoordingsbureaucratie. Deze logica verwijst naar toezicht, controle, verantwoording, registratie, transparantie en naar de manieren van denken en doen die hiermee in werking worden gezet. In een verantwoordingsbureaucratie zijn de uren (of minuten) van hulpverleners pas declarabel als ze in verband gebracht kunnen worden met een diagnosebehandelingcombinatie (DBC) in de Zorgverzekeringswet, of een indicatiebesluit in de AWBZ. De logica van de verantwoordingsbureaucratie produceert de opkomst van de ziekte-logica. En zo wordt de gezondheidszorg niet alleen steeds meer gericht op ziekte en curatie, maar wordt ze bovendien steeds ontoegankelijker.⁸

Waar het in de zorg voor verstandelijk en somatische gehandicapten geaccepteerd is dat mensen een leven lang zorg ontvangen, komt de continuïteit van zorg voor mensen met psychische en maatschappelijke handicaps moeizaam tot stand. DBC's worden weer afgesloten of mensen krijgen te maken met gelimiteerde zorg, zoals vijfgesprekkenmodellen of reclasseringscontacten die begrensd zijn met een aantal contacturen. Verder bemoeilijken productieplafonds, drempels, wachtlijsten en (her)indicaties de toegang tot zorg. Bij de keten van signaleren, aanmelden, opzoeken, inventariseren, doorverwijzen en het tot stand brengen van langdurige therapeutische relaties zijn verschillende professionals, diensten en voorzieningen betrokken. Deze keten is storingsgevoelig en er ontstaan gemakkelijk breuken.

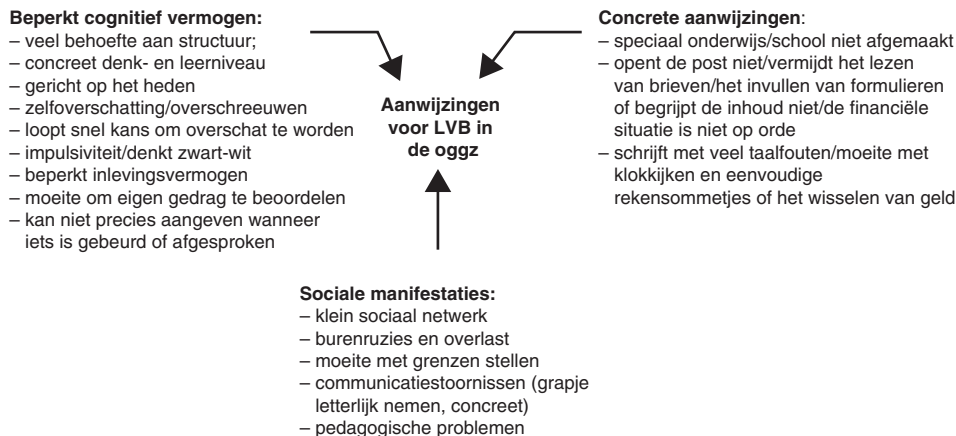
In tijden van financiële krapte bezuinigen gemeenten nogal eens op het maatschappelijk werk. Vrijwel nergens wordt het maatschappelijk werk nog gefinancierd volgens de norm van de Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG) van 1 fte op 6000 inwoners. Huisartsen werken in groepspraktijken en meer parttime, komen nauwelijks nog bij mensen thuis en kennen hun patiënten niet meer van de wieg tot het graf. Het aantal commerciële thuiszorgorganisaties in gemeenten is zo groot, dat het lastig is voor gemeenten om te bepalen wie ze bij het netwerk in de oggz zal betrekken. Gevolg van deze verbrokkeling is dat relatief veel lichte problematiek bij de oggz terechtkomt. De oggz kent geen wachtlijsten, vraagt geen indicaties en is daarmee een vluchtheuvel geworden voor snelle en indicatievrije hulp. Nu er recent een wettelijke verplichting is gekomen voor een eigen bijdrage in geval van ggz, zal de druk op deze vluchtheuvel mogelijk nog verder toenemen.

1.9 Toestroom van licht verstandelijk beperkten naar de oggz

In de oggz krijgt men toenemend te maken met cliënten met een lichte verstandelijke beperking (LVB).⁹ Vaak zijn er problemen op verschillende levensgebieden, zoals wonen, werken, vrije tijd, zorg, welzijn en veiligheid, en is het voor deze mensen ingewikkelder

8 Schout, G. & Stallings, G. (2009). Focus op preventie. Recht op gezondheid voor iedereen. *Zorgvisie* 5, 35.

9 Schout, G., Vries, L.E. de & Sanders, H. (2010) Mensen met (licht) verstandelijke beperkingen in de Openbare Geestelijke Gezondheidszorg. *Nederlands Tijdschrift voor de Zorg aan mensen met verstandelijke beperkingen*, 36 (4), 274-85.



■ **Figuur 1.3** Aanwijzingen voor LVB in de oggz (Schout e.a., 2010)

geworden om zich in de samenleving te handhaven. Er komen uit de oggz signalen dat hulpverleners bij deze cliënten met gangbare behandelingen, methodieken en richtlijnen onvoldoende uit de voeten kunnen. Hoe signaleer je zwakbegaafden en mensen met LVB in de oggz? In de definitie van mensen met een lichte verstandelijke beperking hanteren zowel de American Association on Intellectual and Developmental Disabilities¹⁰ als de DSM-IV-TR¹¹ en de ICD-10¹² de volgende drie criteria:

- Beperkingen in het intellectuele functioneren (IQ tussen 50-55 tot ongeveer 70).
- Beperkingen in het adaptieve gedrag. Hiermee worden alledaagse conceptuele, sociale en praktische vaardigheden bedoeld.
- De beperking ontstaat voor het achttiende levensjaar.

Op grond van historische overwegingen is er in Nederland consensus dat, als er sprake is van ernstige en chronische beperkingen in de sociale redzaamheid, van leerproblemen en/of van gedragsproblemen, een IQ-score tussen 70 en 85 eveneens mag worden opgevat als een lichte verstandelijke beperking.¹³ Dit in tegenstelling tot de internationaal veel gebruikte DSM-classificatie. Deze classificatie spreekt van zwakbegaafdheid (*borderline intellectual functioning*) als het IQ ligt tussen de 70-75 en 85. Omdat in de Nederlandse praktijk en literatuur de brede definitie gangbaar is, dus inclusief de groep van zwakbegaafde mensen, wordt in dit boek ook deze definitie van LVB aangehouden. Het is eveneens moeilijk om specifieke kenmerken te noemen van mensen met een LVB. Vaak gaat het om een samenspel van aanwijzingen die doen vermoeden dat er sprake is van een LVB. Een overzicht van deze aanwijzingen is te vinden in ■ Figuur 1.3. De optelsom van deze aanwijzingen duidt op een mogelijke LVB. De vragen wie opmerkelijk veel structuur nodig heeft en wie snel de kans loopt om overvraagd te worden, spelen hierbij een belangrijke rol.

10 American Association on Intellectual and Developmental Disabilities (2011). *Definition of Intellectual Disability*. Opgevraagd van ► http://www.aaid.org/content_100.cfm?navID=21

11 DSM-IV-TR (2001). *Beknopte handleiding bij de diagnostische criteria van de DSM-IV-TR*. Lisse: Swets & Zeitlinger.

12 ICD-10 (1992). *International Classification of Diseases*. WHO.

13 Staaldin, W. van & Voorde, F. ten (2011). *Trendanalyse verstandelijk gehandicaptenzorg*. TNO.

Er is geen twijfel over de toestroom van licht verstandelijk beperkten naar de oggz, maar onduidelijk is hoeveel het er zijn. Niet alleen binnen de oggz is onduidelijk wat de prevalentiecijfers zijn. Voor heel Nederland zijn geen eenduidige cijfers bekend en ook internationaal lopen de cijfers sterk uiteen. In een recent onderzoek van het Sociaal en Cultureel Planbureau schatten Woittiez et al.¹⁴ het aantal licht verstandelijk gehandicapten (IQ 50-69) tussen de 55.000 en maximaal 165.000. Voor mensen met een IQ van 70-85 met bijkomende problematiek geven ze een schatting van minimaal 10.000 en maximaal 300.000. Deze cijfers zijn gebaseerd op zorgvraag, gedateerd Nederlands onderzoek en internationale studies. In hun onderzoek benadrukken ze echter dat het ruwe schattingen zijn.

Mensen met een LVB vormen een kwetsbare groep. Niet alleen door hun beperkte intellectuele vermogen, maar ook door hun beperkte sociale aanpassingsvermogen is het voor hen moeilijk om normaal mee te doen in de samenleving. Daarom is het van groot belang dat ze ondersteund worden op terreinen van het normale dagelijkse leven. Maar daar gaat het mis. De Inspectie voor de Gezondheidszorg¹⁵ verwijst hiervoor naar een onderzoek van Broertjes en Lever waaruit blijkt dat deze doelgroep buiten de gehandicaptensector oververtegenwoordigd is in de marge van onze samenleving. In het rapport van de Inspectie worden oorzaken genoemd die betrekking hebben op de risico's voor het leveren van verantwoorde zorg, waardoor mensen met LVB mogelijk gemakkelijk in de oggz terechtkomen. Volgens de Inspectie zijn indicaties te weinig gebaseerd op de complexe problematiek van de volwassen LVB'ers. Indicatiestellers hechten te veel waarde aan de hoogte van het IQ dat bij de cliënt is vastgesteld. De kern van de LVB-problematiek zit echter niet zozeer in hun beperkte intellectuele vermogen, maar veel meer in hun beperkte sociale aanpassingsvermogen. Daardoor zijn zij soms hun hele leven afhankelijk van ondersteuning en begeleiding. Een en ander hangt samen met het andere punt dat de Inspectie aan de orde stelt, te weten het gebruik van verschillende definities, hetgeen kan leiden tot problemen met de indicatiestelling. De toestroom van mensen met een LVB naar de oggz houdt waarschijnlijk ook verband met de multiproblematiek van deze mensen. Vaak zijn er problemen op diverse levensgebieden, zoals wonen, werken, vrije tijd, zorg, welzijn en veiligheid. In het rapport van de Inspectie voor de Gezondheidszorg wordt gewezen op gebrekkige regie en afstemming en moeizame samenwerking tussen instellingen. Daarbij komt dat de ambulante begeleiders doorgaans weliswaar hoog opgeleid zijn, maar dat hun medische en somatische kennis vaak te wensen over laat, waardoor ze problemen op dat gebied bij de cliënt onvoldoende signaleren.

Een andere oorzaak zou kunnen zijn dat er sprake lijkt van een maatschappelijke invloed op de toename van mensen met een LVB. LVB'ers zijn vaak mensen die de complexe samenleving niet goed (meer) aankunnen en niet beschikken over een adequaat steunsysteem.

Daarbij komt dat de route naar de geïndiceerde zorg voor licht verstandelijk gehandicapten ingewikkeld is, waardoor cliënten soms afhaken (Schout e.a., 2010). In deze route zit een pijnlijke paradox: je moet slim zijn om een indicatie rond te krijgen, maar *juist daar ontbreekt het aan*.

14 Woittiez, I., Ras, M. & Oudijk, D. (2012). *IQ met beperkingen*. Den Haag: SCP.

15 Inspectie voor de Gezondheidszorg (2010). *Gebrekkige indicatiestelling en samenwerking bedreiging voor kwaliteit van zorg voor licht verstandelijk gehandicapten*. Den Haag: Ministerie van VWS.

Aanbevolen literatuur

- Bransen, E., Hulsbosch, L. & Wolf, J. (2003). *Samenwerkingsprojecten openbare geestelijke gezondheidszorg voor sociaal kwetsbare mensen*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Drouven, L.E. & Schutte, S.J.M. (2006). *Handreiking besteding OGGZ-middelen voor toeleiding*. Enschede: HHM.
- Erp, S. van (2006). *Openbare Geestelijke gezondheidszorg (OGGZ) en gemeenten, Handreikingen voor gemeenten in de Wmo*. Tilburg: PON.
- GGD Nederland, GGZ Nederland, KNMG (2007). *Handreiking gegevensuitwisseling in het kader van bemoeizorg*.
- Heineke, D., Venneman, B., Bergen A. van & Leur J. van (2009). *Prachtige Praktijken van lokale OGGZ-netwerken, Vergelijking van ervaringen en resultaten in drie regio's*. Utrecht: MOVISIE.
- Mulder, F. & Smeets, K. (2001). *Versterking OGGZ-beleid in gemeenten, Een gemeentelijk perspectief*. Den Haag: VNG/SGBO.
- RMO (2001). *Kwetsbaar in kwadraat, Krachtige steun aan kwetsbare mensen*. RMO-advies 16.
- Timmerman, B. & Iersel, L. van (2010). *Openbare Geestelijke Gezondheidszorg in de praktijk van de maatschappelijke opvang en vrouwenopvang. Een visiedocument voor instellingen van de Federatie Opvang*. Utrecht: MOVISIE.