

Conceptueel kader Openbare geestelijke gezondheidszorg (OGGZ)

Academische werkplaats OGGZ G4 USER

2012

Samenvatting: conceptueel kader G4 USER¹

Uitgangspunten

- De academische werkplaats G4 USER heeft als uitgangspunt van haar activiteiten een conceptueel kader OGGZ ontwikkeld. Binnen het gehele kader van de OGGZ onderscheiden we twee deelgebieden, namelijk de OGGZ in engere zin, hier aangeduid als de Basis OGGZ en de OGGZ in ruimere zin, hier aangeduid als de Algemene OGGZ.
- De Basis OGGZ heeft betrekking op ernstig tekort schieten van zelfredzaamheid en basisvoorwaarden voor het bestaan. Ingrijpen vanuit een zorgsector is gelegitimeerd vanwege (dreigende) uitval uit zorg en uit de samenleving. Het gaat om de last-resort of vangnetfunctie die zich voor een belangrijk deel richt op individuele burgers die niet meer in staat zijn om minimale bestaansvoorwaarden te handhaven.
- De Algemene OGGZ in ruimere zin bouwt hierop voort en heeft betrekking op alle activiteiten die de geestelijke (volks)gezondheid van de bevolking bevorderen.
- G4 USER legt het accent van onderzoek op het gebied van de Basis OGGZ, maar maakt ook de verbinding met de OGGZ in ruimere zin. Deze keuze vloeit voort uit de verantwoordelijkheid van de GGD-en om te voorzien in de gezondheid en bestaansvoorwaarden van burgers.
- Het Conceptueel Kader is een levend document. Het betreft de weerslag van de gedachten over de OGGZ in 2012. Nieuwe inzichten kunnen de komende jaren leiden tot wijzigingen in dit kader.

Bij de Basis OGGZ ligt het accent op de openbare (publieke) verantwoordelijkheid en zorg

- Het 'openbare' heeft betrekking op de verantwoordelijkheid van de gemeente om daar in te grijpen waar kwetsbare burgers onder de minimale voorwaarden van bestaan (dreigen) te zakken, veelal ten gevolge van problemen in de (geestelijke) gezondheid. Het gaat om het organiseren van de noodzakelijke voorzieningen voor ernstig bedreigde groepen, het verminderen van overlast en de bescherming van het algemeen belang van burgers, inclusief ingrijpen als dat noodzakelijk is. De Basis OGGZ draagt heeft daarmee een verantwoordelijkheid en zorg voor het collectief en het individu.
- De Basis OGGZ betreft mensen die (veelal) sociaal zijn uitgesloten en ernstig tekort schieten in zelfredzaamheid.
- Vanuit het perspectief van professionals gaat het om kwetsbare mensen die niet of niet voldoende in staat zijn om in de eigen bestaansvoorwaarden te voorzien, meerdere (gezondheid)problemen tegelijkertijd hebben en zelf veelal geen hulpvraag hebben.

Bij de Algemene OGGZ ligt het accent op activiteiten die de geestelijke (volks)gezondheid van de bevolking bevorderen

- Deze brede optiek van de OGGZ omvat alle activiteiten die de geestelijke (volks)gezondheid van de bevolking bevorderen en/of gericht zijn op het bestrijden van risicofactoren voor het welzijn van mensen.

Aanknopingspunten voor preventie

- G4 USER zoekt de aanknopingspunten voor preventie van Basis OGGZ-problematiek in onderzoek naar de transitie momenten die maken dat mensen (veelal door (geestelijke)

¹ Het conceptuele kader is ontwikkeld door: Judith Wolf, Marcel Buster, Yolanda van Doeveren, Bert van Hemert en Niels Mulder en is vastgesteld door de stuurgroep van de werkplaats G4 USER

gezondheidsproblemen) niet meer kunnen voorzien in hun bestaansvoorwaarden en de zelfredzaamheid tekort schiet.

Verklaringsmodellen

- De werkplaats G4 USER gebruikt diverse verklaringsmodellen bij de bestudering van de Basis OGGZ: denk aan het stress-kwetsbaarheidsmodel, het bio psychosociale model, het medisch model en het model van de sociale uitsluiting. Bij het bestuderen van de Basis OGGZ zal er aandacht zijn voor factoren uit de maatschappelijke omgeving (macro en meso) als factoren van individuele kwetsbaarheid en veerkracht.

Missie en functies

- De missie van de academische werkplaats G4 USER is het ontwikkelen van strategieën binnen de Basis OGGZ voor (1) vroegtijdige signalering en beïnvloeding van risico- en beschermende factoren voor gebrek aan zelfredzaamheid en (2) interventies ter bevordering van zelfredzaamheid en verzekering van minimale bestaansvoorwaarden, inclusief benodigde behandelingen en zorg voor gezondheidsproblemen (veelal uitbesteed aan de GGZ (o.a. FACT teams), verslavingszorg of LVG zorg).
- G4 USER meent dat de Basis OGGZ kwetsbare mensen een bodem in het bestaan moet bieden, samen met perspectief en hoop op een leven dat zij zelf de moeite van het leven waard vinden. De laatstgenoemde, offensieve opdracht getuigt van een krachtgerichte, herstel ondersteunende benadering.

Binnen de Basis OGGZ kunnen de volgende deel-functies worden onderscheiden:

- Een preventiefunctie
- Een vangnet, bemoeizorg en toeleiding functie
- Een asiel en transitiefunctie
- Behandel en herstel functies, inclusief (langdurige) bemoeizorg en toepassen van dwang vanuit de GGZ/Verslavingszorg

Stakeholders

- De primaire verantwoordelijkheid voor de Basis OGGZ taken ligt bij de overheid, vooral de gemeenten, in samenwerking met andere partijen, zoals de geestelijke gezondheidszorg (incl. de verslavingszorg en de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking), de maatschappelijke opvang, het maatschappelijk werk, de jeugd- en ouderenzorg, de politie en de ambulance dienst, woningbouwverenigingen.
- Waar de ene partij te weinig aandacht besteed aan bepaalde Basis OGGZ-taken krijgt de andere partij er taken bij. Deze afstemmingsvraagstukken zijn inherent aan het Basis OGGZ domein en vergen apart aandacht.

Onderzoeksvragen

De werkplaats G4-USER legt het accent van onderzoek bij beperkt zich tot de Basis OGGZ en richt zich op de volgende vragen:

1. Welke groepen lopen risico op om niet meer te kunnen voorzien in bestaansvoorwaarden?
2. Wat zijn hun kenmerken en gezondheidsproblemen?
3. Welke risicofactoren gaan samen met het ontstaan van essentiële transitie momenten in het proces naar verlies van zelfredzaamheid om te voorzien in de bestaansvoorwaarden
4. Welke (innovatieve) interventies zijn evidence of practice based om dit verlies te voorkomen c.q. te herstellen?;
5. Hoe kunnen we instroom in de Basis OGGZ tegengaan en doorstroom – uitstroom bevorderen?

Inhoud

- 1 **Inleiding**
- 2 **Waarom een conceptueel kader OGGZ?**
- 3 **Het wettelijke kader OGGZ**
- 4 **Afbakening en positionering van de OGGZ**
 - 4.1 **OGGZ als onderdeel van Openbare gezondheidszorg (OGZ) en WMO**
 - 4.2 **Publieke verantwoordelijkheid en zorg**
 - 4.3 **Brede en smalle optiek: Algemene en Basis OGGZ**
- 5 **Doelgroepen in de Basis OGGZ**
- 6 **Verklaringsmodellen en de Basis OGGZ**
- 7 **Aanknopingspunten voor interventie en preventie**
- 8 **Missie en functies**
- 9 **Typen zorg**
- 10 **Stakeholders**
- 11 **Onderzoeksvragen**

1 Inleiding

Bij de start van de Academische werkplaats kreeg de ontwikkeling van een conceptueel kader OGGZ – als basis en vertrekpunt van beoogde werkplaatsactiviteiten - prioriteit. Te meer omdat er doorgaans vele definities van de OGGZ naast en door elkaar worden gebruikt en het domein van de OGGZ lang niet altijd helder is afgebakend. Hierdoor, en door de grote variatie in OGGZ-doelgroepen, is er een groot risico van spraakverwarring en versnippering in kennisontwikkeling. In dit document volgt een conceptueel kader zoals door de leden van de Academische Werkplaats OGGZ-G4 in 2012 is vastgesteld. Nadrukkelijk is gesteld dat dit een levend document is, waarbij inzichten in het conceptueel kader over de tijd kunnen veranderen.

2 Waarom een conceptueel kader OGGZ?

Als doelen van een gedeeld conceptueel kader zijn geformuleerd:

- Een omschrijving en afbakening van de OGGZ en de bepaling van de focus van de werkplaats G4 User, onder meer in termen van de doelgroep van GGD-en en de OGGZ-activiteiten die op die doelgroep zijn gericht;
- Het bewerkstelligen van *verbinding* tussen praktijk, beleid en wetenschap onder andere door een gedeelde visie op kwetsbaarheid en sociale uitsluiting en het ontwerp hierbij van een gemeenschappelijke taal;
- Het bevorderen van *kennissynthese en kennisaccumulatie* door vanuit eenzelfde kader en begrippenapparaat, op metaniveau OGGZ-beleid en OGGZ-praktijken te monitoren en evalueren;
- Aansluiting bij internationale denkkaders en profilering van de Nederlandse OGGZ in internationale fora van praktijk, beleid en wetenschap.

Het te ontwikkelen conceptuele kader moest:

- Theoretische, conceptuele kennis benutten (zie kader).
- Aansluiten bij de praktijk en het beleid betreffende de OGGZ in Nederland en handvatten bieden voor de kennisontwikkeling en professionalisering.
- Aansluiten bij het werkveld van GGD-en, waarbij duidelijk wordt hoe dit werkveld zich verhoudt tot het brede werkveld van de OGGZ als geheel.
- Een afbakening bieden tussen de Openbare Gezondheidszorg (OGZ) enerzijds en de Geestelijke gezondheidszorg (GGZ) anderzijds.

In de Werkplaats OGGZ G4 wordt een onderscheid gemaakt in typen kennis, namelijk:

1. Theoretische, conceptuele kennis als richtsnoer voor ontwikkeling en onderzoek. Denk aan visie op kwetsbaarheid en sociale uitsluiting etc.
2. Empirische evidentie op basis van resultaten van wetenschappelijk onderzoek. Denk hierbij aan kennis die is verwerkt in indicatoren voor de OGGZ.
3. Ervaringskennis uit beleid en praktijk, waaronder kennis over contact/krachtenveld van de OGGZ, spelers, activiteiten, organisatie van de OGGZ etc.

3 Het wettelijke kader OGGZ

Wettelijk kader OGGZ

Als startpunt van de ontwikkeling van het conceptuele kader is het wettelijke kader OGGZ gekozen. De Nederlandse praktijk van de OGGZ wordt immers in belangrijke mate gestuurd door de opdracht die de wetgever op dit gebied stelt. Aanvankelijk was de OGGZ als overheidstaak verankerd in de wet collectieve preventie volksgezondheid (WCPV). Deze wet is in 2007 en 2008 opgegaan in twee nieuwe wetten: de wet publieke gezondheidszorg (WPG) en de Wet maatschappelijke ondersteuning

(Wmo). De teksten over de OGGZ zijn grotendeels afgesplitst van die van de openbare gezondheidszorg (OGZ) en ondergebracht in het achtste prestatieveld van de Wmo. Alleen de psychosociale zorg bij rampen is ondergebracht in de WPG. Met enige versimpeling kan gesteld worden dat de OGZ wettelijk is geregeld in de WPG en de OGGZ in de Wmo. De wetgever heeft het accent van de hedendaagse OGGZ daarmee niet gelegd bij het domein van de gezondheidszorg, maar bij dat van de maatschappelijke ondersteuning en participatie (Van Hemert & Wolf, 2011).

Vier taken OGGZ

In de Wmo worden vier taken voor de OGGZ omschreven. De gemeente heeft een regiefunctie in het organiseren en bewaken van de benodigde samenhang en samenwerking. De vier taken zijn als volgt:

1. het signaleren en bestrijden van risicofactoren op het gebied van de openbare geestelijke gezondheidszorg;
2. het functioneren als meldpunt voor signalen van crisis of dreiging van crisis bij kwetsbare personen en risicogroepen;
3. het bereiken en begeleiden van kwetsbare personen en risicogroepen;
4. het tot stand brengen van afspraken tussen betrokken organisaties over de uitvoering van de openbare geestelijke gezondheidszorg.

Focus op participatie en individuele verantwoordelijkheid

De Wmo stelt maatschappelijke ondersteuning en participatie en de eigen kracht van burgers centraal. Er wordt een sterk appel gedaan op het zelforganiserend vermogen van burgers en hun sociale netwerken. Crisisinterventie en zorg worden geboden als zelfmanagement en sociale steun niet (meer) voldoende zijn. De Wmo weerspiegelt de omslag in Nederland van een verzorgingsstaat naar een participatiesamenleving. De zorgarrangementen die in de verzorgingsstaat als vangnet dienen voor kwetsbare mensen moeten plaats gaan maken voor zelfzorg en mantelzorg, aangevuld met professionele zorg als het niet anders kan. De Wmo daagt gemeenten daarmee uit om tot een andere verhouding en tot andere verantwoordelijkheden te komen tussen burgers en overheid. Tegelijkertijd is er, mede vanuit besparingsoverwegingen, sprake van een omslag in de verhouding tussen rijk en gemeente. Er worden meer taken naar de gemeenten overgeheveld. Gemeenten moeten hun taken bij het versterken van het zelforganiserende vermogen van de burgers (de civil society) en het bieden van ondersteuning aan mensen die moeite hebben om deel te nemen aan de samenleving kritisch bezien en mogelijk anders gaan invullen (Van Doeveren, interne notitie). De beleidsontwikkelingen dwingen tot een heroverweging van de notie burgerschap in relatie tot sociale in- en uitsluiting. Immers, de terechte vraag naar meer en beter vormgegeven individuele verantwoordelijkheid dreigt soms eenzijdig te worden ingevuld vanuit noties van "individuele aansprakelijkheid". Deze invulling gaat voorbij aan de kwetsbaarheid van de individuen. Zelfredzaamheid, herstel, eigen kracht en participatie zijn een groot goed, maar moeten geen ideologie worden. Gemeenten zijn gebaat bij (conceptuele) kaders die aanknopingspunten bieden voor de onderbouwing en legitimatie van lokaal beleid en de hierin gemaakte keuzen voor beleidsmaatregelen en sociale interventies.

Verschuiving naar zelfredzaamheid en participatie

Tot dusver heeft de overheid sterk ingezet op een doelgroepenbeleid volgens een model waarbij de overheid of professionals compenseerden voor beperkingen. Zelfredzaamheid en mogelijkheden van mensen speelden nauwelijks een rol. Naarmate meer ingezet wordt op beleid gebaseerd op zelfredzaamheid en het aanboren van mogelijkheden volstaat het denken in doelgroepen steeds minder. Er zijn mensen in een achterstandssituatie die zich met bescheiden ondersteuning vanuit de overheid weten te redden, terwijl anderen die het relatief goed doen dermate onzelfredzaam zijn dat ze onmiddellijk zullen uitvallen als huidige steunende netwerken gaan uitvallen. Het gaat dan om het ontbreken van mogelijkheden, capaciteiten en perspectief om mee te doen en erbij te horen. Dit zijn kwaliteiten die samenhangen met doelgroepkenmerken zoals alleenstaand, langdurig afhankelijk van bijstand en levend met twee of meer chronische aandoeningen, maar het valt er niet één op één mee samen. Inzet zou moeten zijn een beleid dat in crisisgevallen ingrijpt en het roer overneemt om daarna zo snel mogelijk na stabilisatie van de crisis over te gaan tot herstelondersteunende activiteiten bij de

(geestelijke) gezondheid en maatschappelijke participatie, uitgaande van de (nog) aanwezige eigen kracht en verantwoordelijkheid van de betrokkene. Daarbij is een zelfredzaamheidsmatrix² of een ander risicotaxatie-instrument³ te gebruiken dat onderscheid maakt tussen professionele en formele zorg, de noodzaak om in te grijpen respectievelijk toe te werken naar herstel.

4 Afbakening en positionering van de OGGZ

4.1 OGGZ als onderdeel van Openbare gezondheidszorg (OGZ) en Wmo

De OGGZ maakt onderdeel uit van de Openbare gezondheidszorg en is via de Wmo stevig verankerd in het domein van maatschappelijke ondersteuning en participatie. Deze positie maakt dat de OGGZ publieke taken heeft die enerzijds zijn gericht op collectieve maatregelen en anderzijds, waar nodig, individuele interventies omvatten. Daarnaast is er, net als in de OGZ, een focus op het beleid en management van de individuele gezondheidszorg, voor zover dat van belang is voor de volksgezondheid.

De OGGZ houdt zich specifiek bezig met de openbare zorg voor de geestelijke volksgezondheid (Van Hemert & Wolf, 2011). Geestelijke gezondheid moet in deze context breder worden opgevat dan enkel de afwezigheid van psychiatrische aandoeningen. Aangesloten wordt bij de World Health Organization (WHO) die geestelijke gezondheid omschrijft als “een toestand van welzijn waarbij het individu zijn of haar mogelijkheden realiseert, kan omgaan met de normale spanningen van het leven, productief en vruchtbaar kan werken en in staat is om bij te dragen aan de gemeenschap.” Deze brede opvatting van geestelijke volksgezondheid is bijvoorbeeld terug te vinden in het beleid voor het terugdringen van huiselijk geweld of van overlast op straat. De GGZ omvat zowel medische, psychiatrische zorg als maatschappelijke ondersteuning.

- De OGGZ is openbare zorg voor de geestelijke (volks)gezondheid in brede zin.

4.2 Publieke verantwoordelijkheid en zorg

Het ‘openbare’ van de OGGZ typeert het eigene van het OGGZ-werkterrein en de geboden zorg. Het ‘openbare’ heeft concreet betrekking op het verminderen van (risico op) ziekte en sociale uitsluiting binnen populaties, op het organiseren van de noodzakelijke voorzieningen en op het bieden van tijdelijke noodvoorzieningen voor ernstig bedreigde groepen, het verminderen van overlast en de bescherming van algemeen belang van burgers, inclusief ingrijpen als dat noodzakelijk is (gevaarcriterium). De term openbaar onderstreept dat het hier veelal gaat om een publieke verantwoordelijkheid die het individuele belang overstijgt. Soms zijn het ook collectieve maatregelen bedoeld voor bescherming van individuen (b.v. geen vuile naalden in het park). De OGGZ draagt, anders gezegd, verantwoordelijkheid en zorg voor:

- het collectief
- het individu.

De publieke verantwoordelijkheid voor het collectief,

richt zich op de bevordering van de geestelijke (volks)gezondheid en het bestrijden van risicofactoren voor het welzijn van burgers (*well-being*). Bij de publieke verantwoordelijkheid passen collectieve, preventieve interventies gericht op (subgroepen in de) de bevolking. Voorbeelden hiervan zijn suïcidepreventie, maatregelen voor de terugdringing van huiselijk geweld of projecten gericht op vermindering van sociaal isolement of verbetering van de psychosociale gezondheid. Het accent van deze collectieve taken ligt op gezondheidsvoorlichting en preventieve gezondheidszorg.

² Momenteel wordt bruikbaarheid, validiteit en gevoeligheid voor verandering van de zelfredzaamheidsmatrix bij verschillende OGGZ doelgroepen onderzocht. De eerste resultaten laten zien dat het instrument tussen verschillende beoordelaars vergelijkbaar wordt gescoord, en een goede samenhang vertoont met andere meetinstrumenten in de OGGZ (zie www.zelfredzaamheidsmatrix.nl).

³ Een voorbeeld is de Taxatie Sociale Uitsluiting (Tax-Su; Wolf, 2011) dat de urgentie van ingrijpen bij sociaal kwetsbare mensen inschat en het type benodigde hulp inschat (www.werkplaatsoxo.nl).

De publieke verantwoordelijkheid voor het individu,

verwijst naar de verantwoordelijkheid van de overheid voor het waarborgen van de individuele rechten van de mens⁴, waarbij geldt dat:

- Elke burger in onze maatschappij recht heeft op bestaansvoorwaarden en hiervoor benodigde hulpbronnen (onderdak, voedsel en kleding, hygiëne, opleiding, toegang tot medische zorg etc.);
- Burgers recht hebben op een veilig leven en vrijwaring van overlast, bedreiging en gevaar.⁵

De publieke verantwoordelijkheid bij individuen bestaat, aansluitend op de rechten van burgers, uit het kwetsbare mensen helpen voorzien in bestaansvoorwaarden en hen ondersteunen in hun eigen herstelproces met het oog op hun (geestelijke) gezondheid en maatschappelijke participatie (wat is minimaal acceptabele levenskwaliteit?) en anderzijds het waarborgen van de veiligheid en vrijheid van medeburgers (wat is de tolerantie in samenleving? Wie is aanspreekbaar op het algemene belang, wat is rol van burgers zelf?) De OGGZ taken die hierbij horen zijn uiteenlopend; van outreach en crisisinterventie tot asiel, toeleiding en re-integratie.

Mate van ingrijpen

Voor de bepaling van de mate waarin sprake zou moeten zijn van individuele interventies volstaat een simpel "model", waarin twee dimensies bepalend zijn voor de aard en inhoud van de interventie: de ernst van de kwetsbaarheid (zowel in persoon als in omgeving) inclusief de ernst van ontbrekende basisvoorwaarden (wat is een acceptabel minimum, hoe lang ontbreekt het al, etc.) èn de mate waarin het individu bereid is zelf verantwoordelijkheid te nemen (of in staat is dit te kunnen nemen). Naar mate de ernst van de problematiek toeneemt, is de maximaal acceptabele intensiteit van de interventie groter. Deze interventies op individueel niveau kunnen variëren van ongevroegde benadering en een advies of dienstverlening, via bemoeizorg tot een dwang- en drangmaatregel (IBS, TBS, huisuitzetting, stopzetting uitkering of ISD). Welke interventies maximaal acceptabel zijn bij een bepaalde mate van verminderde zelfredzaamheid staat niet vast, maar is het resultaat van de (aan verandering onderhevige) visie op en omschrijving van het begrip sociale uitsluiting en het politieke debat. Deze relatie zal daarom variëren in plaats en tijd.



Figuur 1 Mate van afnemende zelfredzaamheid en mate van inbreuk op zelfbeschikkingsrecht

4.3. Brede en smalle optiek: Algemene en Basis OGGZ

⁴ Internationaal Verdrag betreffende burgerrechten en politieke rechten, New York, 16-12-1966.

⁵ Van invloed op de ervaren onveiligheid, overlast etc. is de tolerantie in de samenleving van afwijkend gedrag (die aan verandering onderhevig is) en ook kenmerken van de fysieke omgeving (stedelijk karakter, bevolkingsdichtheid, kwaliteit woonaanbod etc.).

De ontrafeling van het openbare karakter van de OGGZ maakt een brede en een smalle OGGZ-benadering zichtbaar, hier benoemd als de Algemene OGGZ en Basis OGGZ. Vanuit een brede optiek omvat de Algemene OGGZ alle activiteiten die de geestelijke (volks)gezondheid van de bevolking bevorderen en/of gericht zijn op het bestrijden van risicofactoren voor het welzijn van mensen. Vanuit een smalle optiek richt de Basis OGGZ zich als onderdeel van de OGGZ specifiek op interventies om de bestaansvoorwaarden en de zelfredzaamheid van kwetsbare mensen (veelal met (geestelijke) gezondheidsproblemen) te verbeteren, mede soms met het oog op bescherming van het algemeen belang. Beide benaderingen horen bij het domein van de OGGZ, maar het profiel en de omvang van de doelgroepen en de aard van de interventies zijn sterk verschillend.

- De werkplaats G4 USER legt het accent van onderzoek bij de Basis OGGZ- invalshoek en wil met haar activiteiten een bijdrage leveren aan zorg voor kwetsbare mensen die niet of niet voldoende in staat zijn om in de eigen bestaansvoorwaarden te voorzien (onvoldoende zelfredzaam), meerdere (gezondheid)problemen tegelijkertijd hebben, veelal geen eigen hulpvraag hebben en vanuit het perspectief van professionele hulpverleners niet de zorg en behandeling krijgen die zij nodig hebben om zich in de samenleving te handhaven.

Voorbeelden van processen waarin de werkplaats inzicht wil krijgen zijn onder andere:

- Afglijden naar het verlies van basisvoorwaarden in een kwetsbare groep alleenstaande mannen;
- Ontstaan van dakloosheid door huisuitzetting;
- Factoren die van invloed zijn op het verbeteren of verminderen van zelfredzaamheid, zoals gemeten met de ZRM;
- Herstel richting een meer zelfstandig bestaan vanuit dakloosheid.

G4 USER legt het accent van onderzoek bij de Basis OGGZ en wil een bijdrage leveren aan zorg voor kwetsbare mensen die niet of niet voldoende in staat zijn om in de eigen bestaansvoorwaarden te voorzien (onvoldoende zelfredzaam), meerdere (gezondheid)problemen tegelijkertijd hebben, veelal geen eigen hulpvraag hebben en vanuit het perspectief van professionele hulpverleners niet de zorg en behandeling krijgen die zij nodig hebben om zich in de samenleving te handhaven

De keuze voor het accent op de Basis OGGZ vindt zijn oorsprong in de openbare taken/verantwoordelijkheden van de GGD-en en in de visie dat mensen recht hebben op basisbehoeften, en aan hun verdere ontwikkeling en welzijn toekomen wanneer er aan de minimale voorwaarden voor bestaan (voedsel, kleding, huisvesting) is voldaan (zie figuur 2); het betreft hier de onderste twee lagen van de Zelfontplooiing piramide van Maslow. Ter discussie staat of de Basis OGGZ ook betrekking heeft op de derde laag (sociale contacten) of dat dit meer thuishoort bij de Algemene OGGZ.



Figuur 2 Zelfontplooiing Piramide van Maaswol; de Basis OGGZ richt zich voornamelijk op de onderste twee lagen

5. Doelgroepen in de Basis OGGZ

De Basis OGGZ-doelgroep laat zich typeren in termen van sociale uitsluiting en tekort schieten in zelfredzaamheid. Vanuit het perspectief van professionals gaat het bij de meest gemarginaliseerde groep mensen in de samenleving die (Bransen e.a., 2001; Wolf e.a., 2001; Slegers, 2005; Verhoeff, 2010; Van Hemert & Wolf, 2011).⁶

- niet of niet voldoende in staat zijn om in de eigen bestaansvoorwaarden te voorzien (dak boven het hoofd, voedsel, inkomen, sociale contacten, zelfverzorging); zie onderste treden Piramide van Maslow.
- meerdere problemen tegelijkertijd hebben, waaronder bijvoorbeeld sociaal isolement, verwaarlozing van eigen lichamelijk functioneren en dat van eventuele kinderen, problemen met (huiselijk) geweld, vervuiling van woonruimte en of van woonomgeving, overlastgevend gedrag, gebrek aan vaste of stabiele woonruimte, schulden, psychische problemen en verslavingsproblemen;
- vanuit het perspectief van professionele hulpverleners niet de zorg krijgen die zij nodig hebben om zich in de samenleving te handhaven, en;
- geen eigen hulpvraag stellen. Familie, buren en omstanders vragen meestal om hulp, waardoor vaak sprake is van ongevroegde bemoeienis of hulpverlening.

6. Verklaringsmodellen en de Basis OGGZ

Er bestaan diverse modellen die gebruikt kunnen worden bij onderzoek en het ontwikkelen van interventies voor de Basis OGGZ. Het meest van toepassing zijn (1) het model van de sociale uitsluiting, (2) het stress-kwetsbaarheidsmodel, (3) het draagkracht-draaglast model, (4) bio psychosociale model, (5) medisch model en (6) het model van de sociale kwaliteit.

6.1.1. Sociale uitsluiting

Vanuit een smalle optiek richt de Basis OGGZ zich op zeer heterogene groepen mensen die een hoog risico lopen om niet in hun bestaansvoorwaarden te kunnen voorzien en maatschappelijk (dreigen) uit te vallen. Op basis van het model voor sociale uitsluiting (Jehoel-Gijsbers, 2004) zijn belangrijke determinanten voor sociale uitsluiting beschreven. Hoe meer risicofactoren er zijn, des te groter is de kans op (verder) maatschappelijk afglijden en des te groter de urgentie om de problemen in praktijk en beleid aan te pakken. En hoe langer de toestand van sociale uitsluiting duurt, des te moeilijker de omkering van het proces (Van Doorn 2002; Wolf, 2002, 2006).

In relatie tot kwetsbaarheid is de aanduiding van 'sociale uitsluiting' relatief nieuw. Deze term wordt in Nederland vaker gebruikt, daarmee aansluitend bij de beleidsterminologie in de Europese Unie (*Social exclusion*).

Het door SCP ontwikkelde model van sociale uitsluiting (Jehoel-Gijsbers, 2004) wijst in het *proces* van uitsluiting op risicofactoren op micro, meso en macro niveau en onderscheidt hierbij beïnvloedbare en niet-beïnvloedbare factoren. Een *toestand* van sociale uitsluiting beschrijft SCP in termen van het ontbreken van toekomstperspectief in combinatie met tekorten op twee dimensies, namelijk:

Tekorten op de sociaal-culturele dimensie:

- Sociale participatie: onvoldoende deelname aan formele en informele sociale netwerken,

⁶ Aan de hand van deze definitie is de omvang van deze groep sociaal kwetsbare mensen in Nederland geschat op 110.000 personen (07,% van de bevolking) (Lourens e.a. 2001). Het aantal is naar verhouding hoger in de grotere gemeenten.

sociaal isolement, onvoldoende sociale betrokkenheid.

- Culturele/normatieve integratie: onvoldoende naleving van centrale waarden en normen, gering arbeidsethos, misbruik sociale zekerheid, delinquent gedrag etc.

Tekorten op de economisch-structurele dimensie:

- Materiële deprivatie: tekort aan middelen voor elementaire levensbehoeften en materiële goederen, problematische schulden, betalingsachterstanden (m.n. woonlasten) etc. Materiële deprivatie verwijst naar armoede, de verdeling van inkomen en goederen.
- Sociale grondrechten: toegang tot (semi-) overheidsvoorzieningen (wachtlijsten en/of drempels voor zorg, maatschappelijke dienstverlening etc.).

6.1.2. Stress-kwetsbaarheidsmodel

Een veelgebruikt⁷ en ook voor de werkplaats bruikbaar model is het zogenaamde Dynamische Stress-Kwetsbaarheidsmodel (DSK-model) dat beschrijft hoe een persoon (psycho biologische kwetsbaarheid), zijn omgeving (sociale of fysieke kwetsbaarheid) en ingrijpende levensgebeurtenissen (betekenisverlening en coping) van invloed zijn op elkaar en het risico op psychische ongezondheid. De kwetsbaarheid wordt bepaald door persoonsgebonden factoren, omgevingsgebonden factoren en ingrijpende gebeurtenissen in iemands leven, specifiek hierbij de betekenis die de persoon eraan verleend en de manier waarop hij met de gebeurtenis omgaat (coping). Sommige mensen zijn in hun aanleg kwetsbaarder dan anderen (Appelo).

6.1.3. Draagkracht-draaglast model

Het stress-coping model hangt nauw samen met het draagkracht-draaglast model, waarbij een te grote draaglast kan leiden tot onvoldoende zelfredzaamheid en het niet meer kunnen voorzien in bestaansvoorwaarden. Kwetsbare mensen die, mogelijk met hulp van hun sociale netwerk, passende professionele hulp kunnen inschakelen waardoor zorgtekorten worden opgeheven, worden als zelfredzaam beschouwd. Een belangrijk aspect van zelfredzaamheid is het (zelf) kunnen oplossen van problemen en het zelf kunnen verwerken van tegenslagen: er is een balans tussen draagkracht en draaglast. Zelfredzaamheid betekent dus ook dat als een persoon problemen niet zelf kan oplossen hij of zij op tijd adequate hulp zoekt.

6.1.4. Bio psychosociale model

In dit model gaat men uit van de verwevenheid van biologische, psychologische en sociale factoren. Daarvoor wordt een werkwijze gehanteerd zoals ontwikkeld naar aanleiding van het door Engel (1977) beschreven bio psychosociale model (BPSM). Het BPSM biedt de mogelijkheid om factoren te identificeren die aandacht nodig hebben tijdens de behandeling, om te prioriteren, en om onderlinge verbanden op het spoor te komen. Met hulp van het BPSM kunnen keuzes worden gemaakt over de te volgen aanpak. Zo ondersteunt het BPSM model op microniveau de toepassing van integrale zorg.

6.1.4. Medisch model

Binnen het medische model is er een (tijdelijk of permanent) tekort aan executieve functies (dit is vermogen tot het verrichten van bepaalde taken), b.v. ten gevolge van psychiatrische aandoeningen (incl. verslaving) of een verstandelijke beperking. Hierdoor zijn mensen onvoldoende zelfredzaam. Interventies die passen bij het medisch model zijn het behandelen van de aandoening (indien van toepassing), b.v. door middel van bemoeizorg, drang of dwang (incl. medicatie) en het voorzien in voldoende (langdurige) ondersteuning om met de handicaps om te gaan.

6.1.5. Model van Sociale kwaliteit

⁷ Het DSK-model is de basis van het Nationaal Kompas Volksgezondheid (zie: www.nationaalkompas.nl.)

Daarnaast is het model van sociale kwaliteit⁸ nuttig omdat het zicht geeft op de maatschappelijke en institutionele context van ongezondheid en uitsluiting (meso- en macrofactoren) en tevens voor kwetsbare mensen belangrijke domeinen van interventie. Dit model geeft vier condities die de samenleving de kwaliteit van leven van mensen bepalen, namelijk sociaaleconomische zekerheid, sociale cohesie, sociale empowerment en sociale inclusie.

Het model maakt duidelijk dat hoe meer mensen zijn ingebed in sociale netwerken (sociaal participierend), hoe meer de overheid zich kan 'beperken' tot een voorwaardenscheppende rol op de dimensies van sociaaleconomische zekerheid en sociale inclusie. Bovendien kan het model helpen om te bepalen wat er nodig is: volstaan interventies gericht op individuen (individuele zorg), zijn maatregelen in netwerken nodig (systeem- of wijkaanpak) en/of is ingrijpen in de structuren aan de orde met beleid van overheden. Naarmate de genoemde sociale inbedding en participatie afneemt zal de rol van de overheid (noodgedwongen) toenemen⁹. Van belang is te onderkennen dat niet iedereen evenveel aanspraak kan maken op ondersteuning door de overheid (bijvoorbeeld personen die zonder geldige verblijfsvergunning in Nederland verblijven).

6.1.6. Keuze voor een model

De bovengenoemde modellen vullen elkaar aan en bieden handvatten voor interventies en onderzoek. Afhankelijk van de problematiek zal meer voor het ene of het andere model worden gekozen. Bijvoorbeeld wanneer het gaat om iemand met een ernstige psychiatrische aandoening zal meer het medisch model worden gebruikt, terwijl wanneer het gaat om huiselijk geweld of dreigende uithuiszetting de stress-coping en het sociale uitsluitingsmodel meer relevant zijn.

De werkplaats G4 USER gebruikt diverse verklaringsmodellen bij de bestudering van de Basis OGGZ. Denk aan het stress-kwetsbaarheidsmodel, het bio psychosociale model, het medisch model en het model van sociale kwaliteit.¹⁰

Bij het bestuderen van de Basis OGGZ zal er aandacht zijn voor zowel factoren uit de maatschappelijke omgeving (macro en meso) als factoren van individuele kwetsbaarheid.

7. Aanknopingspunten voor interventie en preventie

De verbinding van de brede OGGZ definitie en daarbinnen de doelgroep behorende tot de Basis OGGZ binnen de werkplaats is terug te vinden in de ordening van de OGGZ-ladder met vijf treden, samengevat in figuur 3 (Wolf, 2006). Onderscheiden worden de algemene bevolking (trede 0) en risicogroepen (trede 1), groepen kwetsbare mensen in de gemeenschap (trede 2), groepen kwetsbare mensen in instituties (trede 3) en groepen kwetsbare mensen op straat (trede 4). De OGGZ-ladder van uitval en herstel is een bruikbaar hulpmiddel om (groepen) kwetsbare mensen te lokaliseren en daarnaast ook nuttig om de aard en intensiteit van zinvolle interventies te bepalen, als ook de focus van het beleid. Hierna volgt een beschrijving van de treden.

⁸ Het model van sociale kwaliteit is de conceptuele bouwsteen van de krachtgerichte, herstelondersteunende basismethodiek voor kwetsbare mensen (Wolf, 2012).

⁹ Hier raken de beleidsvelden "Vernieuwend Welzijn", de Wmo (waaronder de Openbare Geestelijke Gezondheidszorg) en de OGZ elkaar.

¹⁰ Vooralnog worden de verschillende modellen in de werkplaats naast elkaar gebruikt. De intentie is deze modellen meer aan elkaar te relateren.

De *nulde trede* stelt de algemene bevolking voor, waar vanzelfsprekend ook kwetsbare mensen deel van uitmaken. Doorgaans is er op deze trede sprake van een adequate interactie tussen individu en omgeving, van relatief goede gezondheid en actieve maatschappelijke participatie. Zelfzorg en mantelzorg voldoen, ook bij en na tegenslag. Interventies op dit niveau (collectieve preventie) bestaan onder meer uit voorlichting en gezondheidsbevordering.

Bij de *eerste trede* gaat het om uiteenlopende risicogroepen waarbij sprake is van een stagnerende interactie tussen individu en omgeving, een haperende zelfredzaamheid en verminderd welzijn. Desondanks blijven de problemen, vaak ook vanwege omgevingssteun, (nog) binnen de perken. Preventieve activiteiten, ook op het individu gericht, kan verder achterop raken helpen voorkomen.

Op de *tweede trede* bewegen mensen waarbij de problemen in ernst en zwaarte toenemen, zich uitstrekken over meer en meer leefgebieden en langer aanhouden. Steun uit de omgeving staat toenemend onder druk en kan op termijn verdwijnen. De kwaliteit van leven neemt af. Situaties kunnen van tijd tot tijd vanwege opstapelende problemen, ingrijpende levensgebeurtenissen en (chronische) stress escaleren. Op deze derde trede zijn er ook kwetsbare mensen die weer proberen aan te haken en te herstellen na vanwege hun meervoudige problemen aangewezen te zijn geweest op institutionele zorg. Dit is in 2013 sterk aan de orde vanwege de het afbouwen van bedden in de GGZ. Tijdelijke crisisinterventie en/of langdurige (individuele) zorg aan huis (bijvoorbeeld in de vorm van FACT teams; referentie FACT Boek Veldhuizen e.a.) zijn nodig om uitval en terugval te voorkomen. Deze behoort of loopt risico om tot de Basis OGGZ doegroep te behoren.

De *derde trede* komt in beeld als kwetsbare personen aangewezen raken op institutionele zorg (opvang, psychiatrisch ziekenhuis, gevangenis) vanwege uiteenlopende, vaak meervoudige problemen. Het verblijf is in principe tijdelijk, maar kan ook langdurig zijn. Hier schiet de zelfredzaamheid tekort (Basis OGGZ).

Op de *vierde trede* hebben kwetsbare personen meestal de bodem van het bestaan geraakt (Basis OGGZ). Zij voorzien niet in eigen onderdak, maar kunnen of willen evenmin gebruik maken van opvangvoorzieningen. Deze zogenaamde feitelijk dakloze mensen overnachten op straat, vinden tijdelijk onderdak bij vrienden of familie, of komen bij de nachtopvang. Hier is zorg op straat van belang.

Elk van de treden van de OGGZ-ladder wordt gekenmerkt door een toenemende mate van ernst en complexiteit van de problematiek en door interventies die daarbij aansluiten. Vanaf trede 1 is er sprake van de brede doelgroep van de OGGZ. De risicogroepen, te bepalen met bijvoorbeeld de Index Sociale Uitsluiting (SCP, Monitor Utrecht, Van Bergen), kunnen doelgroepen zijn van GGD-en. Het zijn echter niet direct doelgroepen van de werkplaats G4 USER. Vanaf trede 2 gaat het om de smallere doelgroepen van GGD-en die het accent vormen van de werkplaats (Basis OGGZ). Denk aan subgroepen kwetsbare mensen, zoals psychiatrische patiënten, licht verstandelijk gehandicapten, slachtoffers en plegers van huiselijk geweld, probleemgezinnen en ex-gedetineerden. De feitelijk sociaal uitgesloten zijn vooral op trede 4 te lokaliseren. Denk aan straatprostituees en feitelijk daklozen. Deze groepen voldoen doorgaans aan de vier criteria van sociale kwetsbaarheid (hiervoor genoemd).

Hoe hoger op de ladder, hoe meer de interventies zijn ingegeven vanuit een publieke verantwoordelijkheid voor het collectief. En hoe lager op de ladder des te meer komt de publieke verantwoordelijkheid tot uiting in individuele zorg (zie paragraaf 3.2). De treden representeren potentiële interventieniveaus waarop in het proces van sociale uitsluiting in de uiteenlopende contexten kan worden ingegrepen. Onvoldoende inspanningen op de treden kunnen leiden tot niet herkenning van problemen en (ten onrechte) niet interventie met als risico verdere uitval of terugval. Naast de individuele en maatschappelijke ontwrichting die het gevolg is van sociale uitsluiting, zijn de kosten van de 'reparatie' vele malen hoger dan de preventie (zie rapport Cebeon). Aanknopingspunten

voor preventie in het proces van uitval en herstel worden binnen de Werkplaats G4 USER gezocht in onderzoek naar de transitie momenten van de ene naar de andere trede, gedeeltelijk analoog aan het filtermodel dat Goldberg en Huxley in 1980 voor de psychiatrie ontwikkelden (Goldberg & Huxley, 1980; Wolf, 2006; subsidieaanvraag ACWP OGGZ G4, 2011).

Figuur 3 Doelgroepen en OGGZ-functies; vanaf trede 3 is er sprake van Basis OGGZ problematiek

Treden OGGZ-ladder	Doelgroep	OGGZ-functies
0	Algemene bevolking	Preventiefunctie
1	Risicogroepen in samenleving	Preventiefunctie
2	Kwetsbaar in gemeenschap	Basis OGGZ: Vangnet- en herstelfunctie Organisatie van sociale wijkteams en FACT teams in de wijk.
3	Kwetsbaar in instituties	Basis OGGZ: Asiel- en transitiefunctie
4	Kwetsbaar op straat	Basis OGGZ: Toeleiding functie

¹ Zoals maatschappelijke opvangvoorziening, Huis van Bewaring/gevangenis, psychiatrisch ziekenhuis

Op de bovenste treden van de ladder is er vooral samenhang met de Wmo-prestatievelden 1 tot en met 4 (bevorderen sociale samenhang en leefbaarheid, preventiegerichte ondersteuning van jeugdigen en ouders, informatie & advies en cliëntenondersteuning, ondersteuning mantelzorgers en vrijwilligers). Op de treden een en twee bestaat er daarnaast ook overlap met de prestatievelden 5 en 6 (bevorderen van de participatie van mensen met een beperking of chronisch psychisch of psychosociaal probleem, en het verlenen van voorzieningen aan deze groepen). Prestatieveld 7, de maatschappelijke opvang, valt vooralsnog vrijwel samen met de trede drie en vier, met uitzondering van het beleid ter bestrijding van huiselijk geweld, dat ook op de hogere treden van de ladder is te lokaliseren. Samenhang is er, vooral op de lagere treden, ook met het verslavingsbeleid (negende prestatieveld) (Wolf, 2006).

G4 USER richt zich op kwetsbare mensen en feitelijk uitgesloten op trede twee, drie en Vier (Basis OGGZ).

Aanknopingspunten voor preventie in het proces van uitval en herstel zoekt G4 USER in onderzoek naar de transitie momenten van de ene naar de andere trede (opwaarts en neerwaarts).

8. Missie en functies

De missie van de academische werkplaats G4 USER is het ontwikkelen van strategieën binnen de Basis OGGZ voor (1) vroegtijdige signalering en beïnvloeding van risicofactoren én beschermende factoren met het oog het voorkomen van verminderde zelfredzaamheid en niet meer beschikken over minimale bestaansvoorwaarden (o.a. voeding, kleding, uitkering, huisvesting en behandeling van ernstige aandoeningen) en (2) interventies ter bevordering van zelfredzaamheid en verzekeren van minimale bestaansvoorwaarden. Dit is inclusief benodigde behandelingen en zorg en is gericht op herstel en participatie (eventueel met toepassing bemoeizorg en dwang d.m.v. toepassen van de BOPZ en straks de Wet Verplichte GGZ). Dit laatste wordt veelal uitgevoerd door de GGZ en de verslavingszorg.

G4 USER meent dat de Basis OGGZ kwetsbare mensen een bodem in het bestaan moet bieden, samen met perspectief en hoop op een leven dat zij zelf de moeite van het leven waard vinden. De laatstgenoemde, offensieve opdracht getuigt van een krachtgerichte, herstel- en participatie ondersteunende benadering die goed aansluit bij de focus van de WMO alsmede bij 'Welzijn nieuwe Stijl'.

Bij de Basis OGGZ kunnen de volgende deel-functies worden onderscheiden:

- Een preventiefunctie
- Een vangnet, bemoeizorg en toeleiding functie
- Een asiel en transitiefunctie
- Behandel en herstel functies, inclusief (langdurige) bemoeizorg en toepassen van dwang vanuit de GGZ/Verslavingszorg

De aanpak voor deze groep kwetsbaren is er op gericht die balans zodanig te verbeteren dat de betrokkenen zich weer zelfstandig kunnen handhaven (Van Hemert & Wolf, 2011).

De missie van de academische werkplaats G4 USER is het ontwikkelen van strategieën binnen de Basis OGGZ voor:

(1) vroegtijdige signalering en beïnvloeding van risicofactoren én beschermende factoren voor gebrek aan zelfredzaamheid

(2) interventies ter bevordering van zelfredzaamheid en verzekeren van minimale bestaansvoorwaarden, inclusief benodigde behandelingen en zorg

(3) Bij het toepassen van signalering en bevordering zelfredzaamheid staat een op herstel en participatie gerichte visie centraal

9. Typen zorg

Aansluitend op de Basis OGGZ functies gaat het om het organiseren van meldpunten, signalering en toeleiding naar passende behandeling en (bemoei)zorg. De professionele hulpverlening beperkt zich

bij de Basis OGGZ niet alleen tot (toeleiding tot) medische zorg (psychische, verslavings- en/of somatische hulp) maar betreft ook hulp bij maatschappelijke en psychosociale problemen. Het verkrijgen en behouden van basisbehoeften zoals een vorm van inkomen en huisvesting behoren hier nadrukkelijk ook toe. Bij sociaal kwetsbare mensen is dagbesteding eveneens van belang. Hierbij gaat het niet alleen om het verkrijgen van zinvolle dagbesteding. De OGGZ heeft, samen met politie en justitie, een maatschappelijke taak om vormen van criminele of anderszins overlastveroorzakende vormen van dagbesteding te voorkomen. Wanneer iemand geen hulp vraagt of geen hulp kan krijgen van vrienden/familie of de reguliere gezondheidszorg is het de taak van de openbare gezondheidszorg dit zorgtekort op te heffen. Dit hoeft niet direct te betekenen dat de Basis OGGZ zelf ook de zorg biedt. Afhankelijk van de ernst en chroniciteit van het probleem en de beschikbaarheid van de juiste zorg kan de bemoeienis van de Basis OGGZ bestaan uit advisering, doorverwijzing naar de reguliere zorg, monitoring en coördinatie van de zorg of daadwerkelijke behandeling van de betreffende persoon.¹¹

10. Stakeholders

De Basis OGGZ is pluriform. Er acteren diverse partijen in de Basis OGGZ. De primaire verantwoordelijkheid voor de Basis OGGZ taken ligt bij de overheid, vooral de gemeenten. Gemeenten hebben een deel van de Basis OGGZ taken uitbesteed aan andere partijen, zoals de geestelijke gezondheidszorg (incl. de verslavingszorg en de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking), de maatschappelijke opvang, het maatschappelijk werk, de jeugd- en ouderenzorg, de politie en de ambulance dienst. Daarnaast vervullen woningbouwverenigingen een deel van de OGGZ (signalerings-)taken. De vele stakeholders maken het OGGZ-werk complex en vol afstemmings- en reguleringsvraagstukken. Het organiseren van goede afstemming in de Basis OGGZ is een van de onderzoeksvragen binnen de AWP OGGZ. Waar de ene partij te weinig aandacht besteed aan bepaalde Basis OGGZ-taken krijgt de andere partij er taken bij. Deze afstemmingsvraagstukken zijn inherent aan het Basis OGGZ domein en vergen apart aandacht in het onderzoek van de AWP OGGZ.

11. Onderzoeksvragen

De werkplaats G4-USER legt het accent van onderzoek bij de Basis OGGZ. Praktijkrelevantie is van belang bij de prioritering van de onderzoeksvragen. De onderzoeksvragen hebben enerzijds betrekking op het ontrafelen van risicofactoren voor gebrek aan zelfredzaamheid en (bedreiging van) bestaansvoorwaarden en anderzijds het ontwikkelen van evidence-based interventies om het voorzien in eigen bestaansvoorwaarden te bevorderen dan wel te verzekeren. Deze vragen zijn bijvoorbeeld:

1. Welke groepen lopen risico op om niet meer te kunnen voorzien in bestaansvoorwaarden?
2. Wat zijn hun kenmerken en gezondheidsproblemen?
3. Welke risicofactoren gaan samen met het ontstaan van essentiële transitie momenten in het proces naar verlies van zelfredzaamheid om te voorzien in de bestaansvoorwaarden
4. Welke (innovatieve) interventies zijn evidence of practice based om dit verlies te voorkomen c.q. te herstellen?;
5. Hoe kunnen we instroom – doorstroom – uitstroom in de Basis OGGZ tegengaan dan wel bevorderen?

¹¹ Behandeling zou het initiëren van een behandeling voor een probleem of doelgroep waar de reguliere hulpverlening geen aanbod heeft. Idealiter zou deze behandeling later overgenomen moeten worden door de reguliere zorgaanbieders.

Referenties (aanvullen)

Bij het schrijven van dit conceptuele kader is geput uit tal van bronnen. Specifiek Naast het conceptuele kader van de werkgroep is geput uit het onlangs verschenen artikel 'Wat is OGGZ?' (van Hemert en Wolf 2011) en is teruggegrepen op de uitgangspunten voor een conceptueel kader zoals omschreven in het eerste werkplan van de werkplaats en op de Subsidieaanvraag aan ZonMw. (zie einde notitie: Bronnen).

- Goldberg, D. & Hucley, P. (1980) Mental Illness in the Community: The Pathway to Psychiatric Care. London: Tavistock Publications.
- Hemert, van, A.M. en J.R.L.M. Wolf, Wat is OGGZ?, in epidemiologisch bulletin, 2011, jaargang 46, nummer 2/3
- Werkgroep Conceptueel Kader - Conceptueel kader Openbare geestelijke gezondheidszorg (OGGZ), Academische werkplaats OGGZ G4, versie0.5; 10 februari 2012
- Arnoud Verhoeff en Christel Scholten - Werkplan ACWP OGGZ – G4 2010-2011, januari 2011
- A.P.Verhoeff - Subsidieaanvraag ACWP OGGZ G4 bij ZonMW, 11- 01 -2010