

Sociale Psychiatrie in de 21^e eeuw

Oratie uitgesproken door

Prof.dr. Albert M. van Hemert

bij de aanvaarding van het ambt van bijzonder hoogleraar in de

Epidemiologie van Openbare Geestelijk Gezondheidszorg

aan de Universiteit Leiden

vanwege de Stichting Parnassia Bavo

op vrijdag 13 november 2009



Universiteit Leiden

Mijnheer de rector magnificus, leden van het bestuur van de Parnassia Bavo Groep, leden van het curatorium van deze bijzondere leerstoel, zeer gewaardeerde toehoorders,

Het gaat goed met de psychiatrie. Het vakgebied bestaat als zelfstandig specialisme ongeveer 150 jaar en vooral in de laatste 50 jaar was er een voorspoedige ontwikkeling. Dankzij de komst van effectieve medicamenten in de jaren vijftig van de vorige eeuw konden de vroegere gestichten leegstromen en raakten de psychiatrische behandelingen gericht op herstel van stoornissen en op volwaardige participatie in de samenleving.¹

In de jaren tachtig kwam er een ziekteclassificatie die eenheid bracht in de gebruikte terminologie.² In mijn studententijd werd over deze ontwikkeling nog stevig gediscussieerd. Het indelen van personen in een hokje werd gezien als respectloos en onethisch. Als ik nu terugkijk stel ik vast dat het invoeren van een betrouwbare classificatie, voor de psychiatrie, een baanbrekende innovatie is geweest.³ Mede hierdoor hebben wij steeds meer kennis van de neuronale, de chemische en de genetische basis van psychische stoornissen en voor een flink aantal stoornissen hebben wij nu behandelingen die hun effectiviteit in de praktijk hebben bewezen.⁴

Deze ontwikkeling is nog lang niet ten einde. Er valt nog veel op te helderen over de relatie tussen het brein, de psyche en het sociale functioneren van mensen. Met de nieuwste technische ontwikkeling van de functionele MRI, is het nu bijvoorbeeld mogelijk om de werking van de hersenen dynamisch in beeld te brengen. We kunnen als het ware filmpjes maken van de activering van de hersenen in verschillende omstandigheden. Voor de komende jaren belooft dit een voortgaande groei van onze kennis. In de laatste 50 jaar voltrekt zich in de psychiatrie een wetenschappelijke revolutie waarvan het einde nog niet in zicht is.

De praktijk

Na deze rooskleurige opening van mijn betoog wil ik u kort meenemen naar de praktijk van alledag. Ik werk voor de crisisdienst van de Parnassia Bavo Groep, waar wij met een team

van artsen en verpleegkundigen dag en nacht beoordelingen uitvoeren van psychiatrische crisissituaties in Den Haag en omgeving. Wij krijgen onder andere verwijzingen van huisartsen, de spoedeisende hulp van ziekenhuizen en van de politie en wij gaan dan ter plaatse beoordelen wat er aan de hand is en wat er moet gebeuren. In een verzorgingsgebied van ongeveer 735.000 inwoners doen wij jaarlijks zo'n 4.500 beoordelingen bij 2.500 personen die op dat moment in nood verkeren en niet de zorg krijgen die zij nodig hebben.

Het gaat bijvoorbeeld om mensen die ernstig verward zijn, die een einde aan hun leven willen maken, of die op een andere manier vanwege hun psychische toestand ernstig in de problemen zijn. Deze dagelijkse ervaring leert ons dat de psychiatrie weliswaar veel te bieden heeft, maar dat de personen die de zorg het hardste nodig hebben lang niet altijd voldoende bereikt worden. Om u een idee te geven van de problematiek wil ik u kort drie beschrijvingen van patiënten geven.

Het **eerste voorbeeld** komt uit ons politieprogramma. Dat is een programma van onze dienst waarin verpleegkundigen hun werk doen vanuit de politiebureaus. De wijkagent meldt een man van Aziatische afkomst die al enkele dagen met opvallend gedrag op straat loopt. De wijkagent kan geen contact maken, omdat de man geen Nederlands spreekt. Als de verpleegkundige hem aan huis bezoekt treft hij een zoon aan, die wel Nederlands spreekt. De zoon begrijpt niet goed wat er met zijn vader aan de hand is. Hij kent hem zo niet. De huisarts had hem doorverwezen naar de GGZ, maar daar was hij niet aangekomen. Er wordt aan huis een afspraak gemaakt met een tolk en bij dat gesprek blijkt dat de man flink in de war is. Vanuit het bemoeizorgteam wordt vervolgens een behandeling aan huis gestart met een goed resultaat. De wijkagent meldt enkele weken later dat hij de man weer heeft gezien, maar nu goed gekleed en zelfs heel redelijk in het Nederlands aanspreekbaar.

Het **tweede voorbeeld** komt uit de crisisdienst. Wij komen bij een 38-jarige man die in huis agressief is geweest. Hij heeft het meubilair vernield en hij heeft zijn vrouw en kinderen be-

dreigd. Als wij de man samen met politie thuis bezoeken blijkt dat hij een manische psychose heeft. Vanwege de gevaarlijke situatie moeten wij hem gedwongen opnemen. Gelukkig is hij na enkele weken met medicatie weer aardig opgeknapt. Hij gaat met ontslag uit het ziekenhuis, maar nazorg wordt niet geregeld. De man had te kennen gegeven dat hij dat niet nodig vond en dat hij zijn medicatie wel bij de huisarts zou gaan halen. Na zes weken is er weer veel agressie en moet hij opnieuw gedwongen opgenomen worden.

Het **derde voorbeeld** illustreert een samenwerking tussen de crisisdienst en de GGD. Het gaat om een 17-jarige jonge vrouw van Turkse afkomst. Zij is aangekomen op de spoedeisende hulp, omdat zij 20 tabletten paracetamol heeft ingenomen. Op het moment dat wij haar zien is de lichamelijke toestand stabiel. Zij heeft ruzie gehad met haar vriendje en zij kan thuis over deze problemen niet praten. Haar ouders willen niets van de relatie weten. De patiënte maakt een verslagen indruk, maar zij wil verder geen hulp. Zij is bang dat haar ouders de relatie zullen ontdekken. Zij vindt het wel goed om op haar mobiel gebeld te worden door een hulpverlener van de GGD. Na enkele telefonische contacten accepteert zij toch een verwijzing naar de GGZ, omdat zij er in haar eentje geen gat meer in ziet. Elk van deze voorbeelden laat zien dat de psychiatrische zorg voor patiënten met ernstige stoornissen kwetsbaar is. Bij het eerste en het derde voorbeeld komt het dankzij een actieve opstelling van de hulpverlening toch nog goed. Het tweede voorbeeld laat zien dat het ook mis kan gaan. Bij elk van de voorbeelden gaat het om ernstige psychiatrische stoornissen waarbij de betrokkene zelf niet om hulp vraagt. Het is over deze problematiek dat ik wil spreken.

Bij de voorbereiding van mijn oratie heb ik geaarzeld of ik mij zou richten op mijn concrete plannen voor onderzoeksprojecten of dat ik mij zou uitspreken over het probleemgebied. Ik heb voor het laatste gekozen. Onderzoeksprojecten worden altijd uitgevoerd in de context van een probleemgebied. Dat is als het ware het medium waarbinnen concrete onderzoeks-

projecten betekenis krijgen. U kunt dat vergelijken met een aquarium. Het water is het medium waar vissen in zwemmen. Ik wil het vanmiddag vooral hebben over het water. Aan het einde van mijn betoog zal ik u een korte schets geven van de vissen, oftewel van mijn onderzoeksplannen, maar dit is niet het hoofdbestanddeel van mijn verhaal.

In mijn oratie wil ik aandacht vragen voor de mensen die psychiatrische zorg nodig hebben, maar die die zorg niet of niet voldoende krijgen. Helaas is het nog steeds niet zo dat de mensen met de grootste problemen ook de meeste zorg krijgen. Ik denk dat dat anders moet.

De sociale psychiatrie van het begin van de vorige eeuw had een soortgelijke uitdaging. Mijn rede draagt daarom de titel: “Sociale psychiatrie in de 21^e eeuw.”

- Mijn betoog is opgebouwd uit vier onderdelen:
- Eerst zal ik iets zeggen over de Openbare Geestelijke Gezondheidszorg, meestal afgekort als OGGZ, over de doelgroepen en over de omvang van de problematiek.
- Vervolgens zal ik iets zeggen over het heersende model van de psychiatrische hulpverlening en over wat er volgens mij anders moet.
- Ik zal de thematiek plaatsen in een historische context.
- En ik zal, zoals gezegd, een korte schets geven van het wetenschappelijk onderzoek dat ik vanuit mijn leeropdracht ga doen.

Ik zal mijn betoog eindigen met een korte samenvatting van mijn belangrijkste boodschap, zodat diegenen die gedurende het verhaal buiten de boot zijn gevallen weer terug aan boord kunnen komen. Mensen aan boord houden is een belangrijk aspect van mijn leeropdracht.

OGGZ

Goed; ter zake. Wat is nu eigenlijk die OGGZ? De OGGZ is een wettelijke taak van de gemeenten die staat omschreven in de Wet Maatschappelijke Ondersteuning.^{5,6} In de wet staat dat

het gaat om alle activiteiten op het gebied van de geestelijke volksgezondheid die niet worden uitgevoerd op geleide van een vrijwillige, individuele hulpvraag. In essentie gaat het om mensen die tijdelijk of langdurig niet of niet voldoende in staat zijn om in hun basale levensvoorwaarden te voorzien. Meestal zijn er meerdere problemen, zoals ernstige psychische stoornissen, waaronder ik ook de verslavingen reken, sociale isolatie, zelfverwaarlozing, financiële problemen en soms ook gedrag waarvan de omgeving last heeft. Deze mensen zijn te weinig in contact met de hulpverlening en zij hebben vaak ook geen hulpvraag waar de hulpverlening een antwoord op heeft.^{7,8}

Doelgroepen

De doelgroepen van de OGGZ kunnen op verschillende manieren worden bekeken. Vanuit de specialistische psychiatrie is de benadering anders dan vanuit de publieke gezondheidszorg. Voor de specialistische psychiatrie is de ziekteleer het startpunt. Het gaat dan om mensen met ernstige psychiatrische stoornissen, bij wie het oordeelsvermogen en het vermogen tot adequaat sociaal handelen tijdelijk of langdurig in ernstige mate zijn beperkt.⁹ De werkwijze is dat er diagnoses worden gesteld, die worden gebruikt als uitgangspunt voor de behandeling. Meestal denkt men bij OGGZ aan patiënten met psychotische stoornissen, maar veel vaker gaat het om andere stoornissen, zoals angst, depressie, trauma, ADHD, autisme of persoonlijkheidsstoornissen, vaak in combinatie met verslavingen.¹⁰

Vanuit de publieke gezondheidszorg is de benadering anders. Wij kijken dan niet primair naar de psychiatrische stoornissen, maar meer naar de aard van de problemen. Het gaat dan om doelgroepen die op de een of andere manier opvallend tekort schieten in hun dagelijks functioneren. Concreet kunt u denken aan mensen die geen dak boven hun hoofd hebben, aan de problematiek van huiselijk geweld, aan woningvervuilers, vereenzaming en ga zo maar door.

Deze verschillen in benadering leiden geregeld tot misverstanden. De specialistische psychiatrie stelt zich vaak op het

standpunt dat de problemen van de publieke gezondheidszorg niet noodzakelijkerwijs problemen van de psychiatrie zijn. Strikt genomen is dat misschien juist, maar ik denk dat het bij mensen die in hun leven ernstig vastlopen niet erg zinvol is om deze domeindiscussie te voeren. De problemen zijn meestal ingewikkeld en heel vaak spelen psychiatrische aandoeningen mede een rol. Het is belangrijker om met elkaar te zoeken naar oplossingen, dan om alleen geleerde discussies te voeren over de diagnose of de behandeling.^{8,11}

Omvang

Over de omvang van de doelgroepen hebben wij verschillende schattingen, waarvan ik er hier drie wil noemen:

1. Eerst de schatting van de Raad voor Gezondheidsonderzoek. In haar rapport “Noodgedwongen” uit 2004 noemt de raad een aantal van 24.000 personen dat jaarlijks in Nederland acute psychiatrische hulp nodig heeft en dat die hulp niet krijgt.¹² Omgerekend gaat het volgens de RGO om 2 promille van de volwassen bevolking. Ik denk dat deze schatting aan de lage kant is. Als we kijken naar het aantal mensen dat wij jaarlijks zien in onze crisisdienst dan kom ik uit op 7 promille.
2. Een andere benadering is gebruikt door de onderzoeksinstelling “Research voor Beleid” in 2002.¹³ Zij zochten via contacten met hulpverleners naar een groep met ernstige functionele beperkingen die zij aanduiden als “verkommerden en verloederden”. Zij kwamen voor Nederland tot een schatting met een ondergrens van 33.000 personen en een bovengrens van 110.000 personen. Als we deze schatting omrekenen dan komen we ergens tussen de 3 en de 9 promille uit.
3. Een derde benadering, die wordt gebruikt door de gemeenten en de GGD-en, is die van de OGGZ-monitor.^{14,15} Uit registraties van instellingen wordt informatie over de zorgwekkende doelgroepen verzameld. Het gaat dan alleen om mensen die bekend zijn bij de instellingen, maar voor een deel zijn dat ook mensen die als het ware alleen even “aan-tikken”, bijvoorbeeld met een crisiscontact, en die daarna het contact weer verbreken. In een onderzoek van GGD Midden

Holland werd met deze benadering gevonden dat ruim 10 promille van de volwassen bevolking tot de doelgroepen van de OGGZ behoort.

Voor een stad met de omvang van Leiden zou het dan gaan om ongeveer 800 personen en voor Den Haag om 3.600 personen. Als we daarbij weten dat ruim 8% van de bevolking jaarlijks een contact met de GGZ heeft dan kan de omvang van de OGGZ doelgroepen geschat worden op 10 tot 15% van de GGZ-populatie.¹⁶

Tot zover de beschrijving van de OGGZ. Ik ga verder met een kritiek op het heersende model van de psychiatrische hulpverlening.

Standaardzorg

De problemen van de OGGZ zijn voor een deel terug te voeren op twee algemeen gehanteerde principes die de organisatie van de zorg sturen. Het gaat om het autonomieprincipe en om het principe van de vermaatschappelijking.

Het autonomieprincipe houdt in dat wij de zorg niet paternalistisch naar de mensen toe willen brengen, maar dat wij verwachten dat mensen met problemen zelf komen aankloppen.¹⁷ Voor de behandeling sluiten wij samen met de patiënt een overeenkomst waarin wij afspreken wat wij gaan doen. De patiënt kan zelf besluiten of hij die overeenkomst wil nakomen. Het autonomieprincipe geeft de hulpvrager een belangrijke stem in het proces van de hulpverlening. Dat is goed voor mensen die dat aankunnen, maar het werkt remmend op de hulpverlening voor mensen die niet om hulp vragen. In de dagelijkse praktijk zien we helaas maar al te vaak dat het principe van autonomie uitmondt in een praktijk van verwaarlozing.¹⁸ Als de patiënt niks wil, dan doen we ook niks. Wij hebben als samenleving nog een weg af te leggen waar het gaat om het vinden van een balans tussen enerzijds de autonomie en anderzijds de menswaardigheid.^{19,20} Waar autonomie ontaardt in verwaarlozing schiet het principe zijn doel voorbij.

Het tweede principe is dat van de vermaatschappelijking. Dit houdt in dat mensen met een lichamelijke of geestelijke handicap zo goed mogelijk ondersteund worden om een zelfstandig bestaan te leiden als volwaardig lid van de samenleving.^{21,22,23}

Personen met een beperking moeten niet worden weggeborgen in instituten. In de praktijk van de psychiatrie betekent dit dat we mensen met een geestesstoornis zo veel mogelijk vrij laten in hun maatschappelijke bewegingen. Als uitgangspunt is dit natuurlijk een goede zaak, maar de prijs is wel dat kwetsbare mensen in de samenleving de weg kwijt kunnen raken en verzeild raken in situaties van ernstige verwaarlozing, vereenzaming of verslaving.

De hooggewaardeerde principes van autonomie en vermaatschappelijking kunnen er zo toe leiden dat zorgwekkende groepen niet bereikt worden of zelfs van hulp worden uitgesloten.

Deïstitutionalisering

De principes van autonomie en vermaatschappelijking zijn er niet altijd geweest. In de jaren tussen 1850 en 1950 werd de psychiatrie beheerst door een model van opsluiten en dwang.^{24,25} Behandeling bestond overwegend uit langdurige verpleging in een gesticht, met een gemiddelde opnameduur tussen de drie en vijf jaar. Op het hoogtepunt van de deïstitutionalisering, in 1955, waren er in Nederland 28.000 gestichtsbedden. Dat waren 31 bedden per 10.000 inwoners (figuur 1). Dit was een bijzonder kostbare zaak en het was waarschijnlijk ook niet goed voor de patiënten.

Met de komst van effectieve medicamenten is er in de jaren vijftig een belangrijke kentering opgetreden. Tussen 1955 en 1980 is het aantal bedden per hoofd van de bevolking gehalveerd, de gemiddelde opnameduur is sterk afgenomen (figuur 2) en het aantal opnames en ook het aantal heropnames is sterk toegenomen (figuur 3).²⁶ In de begintijd van de psychiatrie werden de bedden vooral gebruikt als een parkeerhaven, waar patiënten langdurig van de samenleving waren afgesloten. Vandaag de dag is het psychiatrisch ziekenhuis meer een bijenkorf waar de patiënten in perioden van ontregeling in- en uitzwermen.

De psychiatrie is daarmee veel meer een onderdeel van de samenleving geworden. En de problemen van de samenleving, zoals huisvestingsproblemen, werkloosheid, criminaliteit en problemen met het gebruik van alcohol en andere verslavende middelen zijn veel meer de problemen van sommige psychiatrische patiënten geworden. Het zijn deze patiënten die we terugzien in de doelgroepen van de OGGZ.

Nu zou het idee kunnen ontstaan dat we de problemen kunnen oplossen met een groter aantal bedden. Ik denk dat dit niet zo is. Sinds 1980 is er juist weer een sterke groei van het aantal bedden te zien. Als we alle verschillende soorten bedden meetellen dan hadden wij in Nederland in 2006 bijna 39.000 bedden. Dat zijn dus 11.000 bedden meer dan in 1955. Nu is de omvang van de bevolking natuurlijk ook toegenomen. Omgekeerd hebben wij momenteel 24 bedden per 10.000 inwoners. In de tijd van de Riagg-vorming werd Nederland internationaal gezien als een koploper voor de ambulante zorg die dicht bij de mensen in de samenleving werd geboden; nu zijn wij in Europa weer koploper, maar nu voor het aantal bedden per hoofd van de bevolking.

Dit is vooral verontrustend, omdat deze klinische zorg - die ik aanduid met de term bedden - heel veel geld kost. Van het totale budget van de GGZ gaat ongeveer tweederde naar de klinische zorg, terwijl maar 10% van de patiënten hier gebruik van maakt.²⁷ Het valt te betwijfelen of de kosten van de bedden opwegen tegen de baten. Bij de inzet van middelen voor de GGZ moet goed worden afgewogen wat het rendement is van de inzet van euro's in de totale balans van de zorg.²⁸ Door de hoge uitgaven voor de bedden resteert momenteel nog slechts één derde van de middelen voor de ambulante zorg waarmee 90% van alle patiënten wordt behandeld. Deze scheve verdeling leidt tot een ernstige vershraling van het ambulante aanbod en dat is in de praktijk ook goed voelbaar. In de meeste behandelprogramma's hoort het uitvoeren van een huisbezoek nu feitelijk niet meer tot de mogelijkheden. Ambulante zorg wordt in toenemende mate zorg waarin alleen de patiënt nog ambulante is. De behandelaar zit op kantoor.

Sociale Psychiatrie

Dat probleem van de dure bedden is niet nieuw. Ook in de eerste helft van de vorige eeuw was er veel discussie over de kostprijs van de klinische behandelingen. Een aantal psychiaters zag weinig heil in langdurige opnames en ging op zoek naar methoden om opnames te voorkomen of om de duur van opnames te bekorten. Deze beweging werd later bekend als de sociale psychiatrie.

Sociaal psychiaters, die meestal in dienst waren van gemeenten, gingen zich bezighouden met psychiatrische voor- en nazorg. Belangrijke grondleggers van dit model van sociale psychiatrie in Nederland waren onder andere de hooggeleerden Meijers en Querido.^{29,30} In de voorzorg werd geprobeerd om opnames te voorkomen. In de nazorg werd, veelal aan huis, ondersteuning geboden aan patiënten die uit het gesticht waren ontslagen. De gedachte was dat patiënten hierdoor het ziekenhuis eerder konden verlaten en dat heropnames werden voorkomen. Uit deze sociaalpsychiatrische beweging zijn later de gemeentelijke sociaal psychiatrische diensten ontstaan, die lange tijd een belangrijke schakel zijn geweest in de ondersteuning van kwetsbare personen in de samenleving.³¹

Deze tweedeling in de psychiatrie is tot het begin van de jaren tachtig van de vorige eeuw blijven bestaan. Enerzijds was er de algemene psychiatrie die vooral rond de klinieken was georganiseerd. Anderzijds was er de sociale psychiatrie die verbonden was aan de GGD. De sociale psychiatrie kenmerkte zich door een sterke ambulante, proactieve en outreachende instelling. Met proactief bedoel ik dat het initiatief in de zorg niet alleen bij de patiënt lag, maar ook bij de behandelaar. Met outreachend bedoel ik dat de patiënt door de behandelaar, als dat nodig was, ook buiten de instelling werd opgezocht. Het huisbezoek wordt nu nog beschouwd als het keurmerk van de sociale psychiatrie.

Vanaf 1982 is het sociaalpsychiatrische landschap gaan schuiven.³² De sociaal psychiatrische diensten trokken weg bij de GGD en werden opgenomen in de Riagg en halverwege de jaren negentig gingen de Riaggs weer fuseren met de

GGZ-instellingen. Op dit moment zijn er in Nederland geen sociaalpsychiatrische diensten meer en er is nog maar een enkele Riagg. De sociale psychiatrie is geheel opgegaan in de zorgprogramma's van de grote GGZ-instellingen. Deze programma's zijn overwegend georganiseerd volgens het model van de autonome hulpvraag. Daarmee is de balans naar mijn idee doorgeschoten. In de opleving van de OGGZ, in de laatste jaren, zie ik vooral een signaal dat de samenleving nog altijd behoefte heeft aan de beproefde sociaalpsychiatrische functies van proactieve en outreachende voor- en nazorg.

Vandaag de dag betekent voorzorg dat probleemsituaties in een vroeg stadium worden gesignaleerd, zodat met bescheiden middelen erger voorkomen kan worden. Nazorg betekent dat er voor de kwetsbare groepen in de samenleving aandacht is voor passende woningen, zinvolle dagbesteding, adequaat beheer van financiën en, meer in het algemeen, voor een leefbaar bestaan. De zorg voor kwetsbare groepen is een zorg van de samenleving als geheel. Binnen het raamwerk van de OGGZ hebben gemeenten en gezondheidsdiensten daarin, samen met de psychiatrie, een belangrijke rol te vervullen.³³

Includerende zorg - bemoei je er mee

Ik kom hiermee tot de kern van mijn betoog. Ik vind dat het standaard zorgmodel, dat eenzijdig gestuurd wordt door het principe u vraagt en wij draaien, niet geschikt is voor de moeilijkste patiënten van de GGZ. Het model gaat uit van goed omschreven stoornissen en mondig, goed geïnformeerde klanten. Dit soort klanten kom je in de OGGZ niet tegen. Voor de doelgroepen van de OGGZ is er behoefte aan een ander zorgmodel dat ik hier wil aanduiden met de term "Includerende zorg".

Includerende zorg wordt geboden aan personen met ernstige psychische of psychosociale problemen bij wie er een overduidelijke reden is om actief contact te zoeken, ook al heeft de betrokkene daar zelf geen behoefte aan. Bij includerende zorg is de probleemsituatie leidend in het zorgaanbod. Het aanbod

is proactief en het contact wordt niet afgesloten zolang de situatie voort bestaat. Includerende zorg baant de weg en opent de deuren voor de kwetsbare groepen.

Op dit moment zijn de GGD-en in Nederland volop bezig om deze vorm van zorg te stimuleren met de ontwikkeling van zogenaamde cliëntvolgsystemen. Mensen met ernstige problemen worden door trajectregisseurs geleid in hun gang door de hulpverlening. De GGD biedt zelf geen behandeling, maar ziet er op toe dat cliënten in behandeling komen en vooral ook dat zij niet uitvallen uit de behandelingen die door de instellingen worden geboden. Deze aanpak wordt onder andere gebruikt om dakloosheid effectiever te kunnen bestrijden en in Den Haag ook om jongeren met suïcidaal gedrag beter te kunnen bereiken.^{34,35} Vermeende belemmeringen in privacywetgeving en beroepsgeheim hoeven dergelijke ontwikkelingen niet in de weg te staan.³⁶

In de GGZ wordt deze aanpak nog veel te weinig gebruikt. Mijn stelling is dat de GGZ veel breder ingesteld moet raken op het bieden van includerende zorg. Zoals ik eerder al heb aangegeven is mijn schatting dat deze vorm van zorg nodig is bij 10% tot 15% van de GGZ-populatie.

Uitdagingen

Mijnheer de rector magnificus, zeer gewaardeerde toehoorders, De zorg voor kwetsbare groepen is kwetsbare zorg. Het is zorg die vanuit de inhoud bezien het hardste nodig is, maar die op de organisaties steeds weer bevochten moet worden. Ik noem hier vier uitdagingen, die overwonnen moeten worden om de hulpverlening voor kwetsbare groepen op peil te brengen en op peil te houden. Deze uitdagingen zijn: versnippering in het hulpaanbod, versnippering in de financiering, perverse marktprikkels en gebrek aan kennis.

Eerst versnippering in het hulpaanbod. Zoals ik eerder heb aangegeven is het een kenmerk van onze doelgroepen dat er meervoudige problemen zijn. Er zijn schulden, er is een

dreiging van huisuitzetting, er is verslavingsproblematiek, er is een voorgeschiedenis van traumatisering, er is een gebrek-
kig steunsysteem en zinvolle dagbesteding ontbreekt. Bij de
hulpverlening kunnen gemakkelijk drie of vier verschillende
instellingen betrokken zijn, elk met een eigen visie en doelstel-
lingen. Onderlinge afstemming is vaak moeilijk door verschil-
len in werkcultuur, in prioriteiten en in beschikbare middelen
en tijd.³⁷

De versnippering in het hulpaanbod wordt versterkt door
versnippering in de geldstromen. Waar de GGZ voorheen be-
taald werd uit de middelen van de AWBZ is de financiering nu
verdeeld over tenminste drie bronnen: de zorgverzekeringen,
de middelen van de WMO en een restdeel van de AWBZ.³⁸ In
dit ingewikkelde klimaat van financiering is het voor instel-
lingen lastig om voor zinvolle OGGZ-programma's duurzame
financiering te vinden. Het is dan gemakkelijk om het er maar
bij te laten zitten, te meer omdat deze mensen die het aangaat
zelf geen stem in het proces hebben. In deze tijd van crisis
houd ik mijn hart vast voor de financiering van de zorg voor
deze groepen. Ik vrees dat bij bezuinigingen deze zorg als eerste
zal sneuvelen.

De marktwerking doet ook een duit in het zakje. Instellingen
staan voor de taak om meer markgericht te gaan werken.
Daartoe zijn in het financieringstelsel zogenaamde prikkels
ingebouwd die bedoeld zijn om de efficiëntie te verhogen. In
de praktijk van de OGGZ zien we nog wel eens dat deze prik-
kels juist averechts werken. In het huidige stelsel van diagnose-
behandelcombinaties (DBC) is het bijvoorbeeld aantrekkelijk
om een behandeling snel af te sluiten, omdat pas betaald wordt
als de behandeling klaar is. Voor behandelingen in de OGGZ
werkt dit als een persverse prikkel, waarmee de doelen die wij
nastreven juist niet worden bereikt.

Kennis

Als laatste ga ik in op het gebrek aan kennis. Wij weten dat er
groepen in de samenleving zijn die de zorg hard nodig hebben,

maar die onvoldoende worden bereikt. Maar we weten nog
weinig over de omvang van deze groepen, over de kenmerken
van de problemen en over de methoden die we kunnen gebrui-
ken om de zorgwekkende situaties op te lossen. Onderzoek is
nodig om de problematiek beter te begrijpen en daarmee ook
beter het hoofd te kunnen bieden. Vanuit mijn leeropdracht
wil ik daar een bijdrage aan leveren.

Hiermee kom ik bij een korte schets, die ik u had toegezegd,
van het werk dat ik in het kader van de leerstoel ga doen. Ik
vat de leeropdracht op volgens het klassieke model van de
medische faculteit. Dat wil zeggen dat ik mij zal inzetten voor
de trias van patiëntenzorg, opleiding en onderzoek.

Op het gebied van de patiëntenzorg blijf ik verbonden aan bu-
reau 24-uurszorg. Het werk voor de crisisdienst, de spoedpoli-
klinik, het politieprogramma, de locatiedienst en het opname-
bureau laat ons zeven maal 24 uur zien welke problemen er op
straat en in de klinieken zijn. Een betere voedingsbodem voor
de opleiding en voor het onderzoek kan ik mij niet wensen.

Op het gebied van de opleiding blijf ik mij inzetten voor de
spoedeisende psychiatrie en voor de competenties van de soci-
ale psychiatrie. Ik zal een bijdrage leveren aan het ontwikkelen
van het landelijke psychiatrieonderwijs en ik zal stimuleren dat
er praktijkrichtlijnen komen voor de OGGZ.

Op het gebied van het wetenschappelijk onderzoek staat
samenwerking centraal. Samen met de hooggeleerde Hoek en
onze promovendus Simon Hogerzeil onderzoeken wij de toe-
gang tot de psychiatrische zorg voor allochtone groepen. Wij
gebruiken hiervoor ons psychiatrische casusregister. Dit is een
registratie van alle psychiatrische behandelcontacten in de stad
Den Haag. Wij gebruiken het casusregister om onderzoek te
doen naar de patronen van psychiatrische zorg voor verschil-
lende doelgroepen. Wij zullen hierin ook de samenwerking
zoeken met de andere casusregisters in Nederland.

Binnen de academische werkplaats Noordelijk Zuid Holland, die wordt gecoördineerd door de hooggeleerde Middelkoop, werken wij samen met GGD Hollands Midden, GGD Den Haag en GGD Zuid Holland West aan praktijkgerelateerd onderzoek. In de themagroep OGGZ werken wij onder andere aan een OGGZ-monitor, aan een cliëntvolgsysteem en aan toeleidingsmethodieken om de moeilijk bereikbare doelgroepen beter in contact te brengen met de noodzakelijke hulpverlening.

Voor de ontwikkeling van de OGGZ-monitor gebruiken wij een systematiek die is ontwikkeld door weledgeleerde Tielen van GGD Hollands Midden. Wij kunnen de OGGZ-doelgroepen daarmee beter in beeld brengen en ontwikkelingen in de loop van de tijd gaan volgen. De OGGZ-monitor zullen wij ook gebruiken als een springplank voor verdiepende onderzoeksprojecten.

Als toeleidingsmethodiek maken wij gebruik van Critical Time Intervention.^{39,40,41} Dit is een gestructureerde vorm van inkluderende zorg die gebruikt kan worden om mensen met complexe problemen beter te laten profiteren van de beschikbare hulpverlening. Deze methodiek is in New York met succes toegepast om dakloze patiënten met ernstige psychische problemen te helpen bij hun terugkeer in de samenleving. Samen met Elie Valencia, Annicka van der Plas, het OGGZ team van Parnassia en de hooggeleerde Hoek, hebben wij deze methode voor de Nederlandse situatie aangepast. Recent is de hooggeleerde Wolf in Nijmegen, met onze medewerking, gestart met twee grote experimentele studies om de effectiviteit van deze aanpak te onderzoeken in de maatschappelijke opvang en in de vrouwenopvang.

Ik vind het van groot belang dat in Nederland de kennisinfrastructuur voor de OGGZ wordt versterkt. Er zijn in de zorg en in het onderzoek veel initiatieven gaande, maar de samenhang is nog niet groot. Het gevolg is dat ervaringen van de ene plaats niet gedeeld worden met de andere, dat geregeld het wiel op-

nieuw moet worden uitgevonden en dat kansen voor systematisch onderzoek voorbij gaan. Ik heb hoge verwachtingen van een nieuw initiatief voor een academische werkplaats voor de OGGZ in de vier grote steden. In een samenwerkingsverband van de GGD-en, willen wij samen met de hooggeleerden Wolf, Mulder en Verhoeff de krachten bundelen om de kennisontwikkeling voor de OGGZ naar een hoger plan te tillen.

Zo is er in de laatste jaren een aantal ontwikkelingen in gang gezet dat de kennis op het gebied van de OGGZ kan gaan versterken. Om deze initiatieven te laten slagen moet nog veel werk verzet worden. Stimuleringssubsidies van ZonMW voor de academische werkplaatsen zijn succesvol gebleken in het initiëren van samenwerkingsverbanden. Als deze prille initiatieven voldoende ondersteuning krijgen, maakt het veld een goede kans om in de komende jaren een gezonde ontwikkeling door te maken. Tegen deze achtergrond is het bemoedigend dat de Raad voor Gezondheidsonderzoek het thema OGGZ onlangs op haar werkagenda heeft geplaatst.

In het kort

Ik ga afronden. Het gaat goed met de Psychiatrie, maar lang niet iedereen die zorg nodig heeft wordt ook voldoende bereikt. Ik denk dat dit komt doordat wij de zorg te veel organiseren vanuit het autonomieprincipe en te weinig vanuit het principe van inkluderende zorg. Naar mijn idee moeten er voor 10 tot 15% van de GGZ-patiënten intensievere vormen van ambulante begeleiding worden ontwikkeld. Dit kunnen wij financieren als we de kostbare groei van de bedden beter in de hand houden en de GGZ gelden evenwichtiger verdelen tussen de klinische en de ambulante voorzieningen. Waar ik voor pleit is een nieuwe sociale psychiatrie die net als aan het begin van de vorige eeuw nauw samenwerkt met de GGD. Het wetenschappelijk onderzoek in de psychiatrie moet zich niet alleen richten op geavanceerde methodieken zoals die van de functionele MRI, maar ook op methodieken waarmee wij de mensen die de zorg het hardste nodig hebben beter kunnen bereiken.

Dankwoord

Dames en heren,

Ik wil afsluiten met een klassiek woord van dank aan iedereen die aan het tot stand komen van deze leerstoel heeft bijgedragen. Dat zijn er zeer velen, dus ik zal mij moeten beperken. Het meest praktisch zou het nu zijn als wij een aftiteling kunnen laten lopen, maar ik geloof niet dat die technische voorziening in deze zaal beschikbaar is. Diegenen die ik nu niet noem hoop ik zo dadelijk bij de receptie alsnog te bedanken.

Als eerste wil ik de bestuursraad van de Parnassia Bavo Groep en de directies van Zorgservice en van de Parnassia Bavo Academie danken voor hun visie op onderzoek, voor hun inspanningen om deze leerstoel tot stand te brengen en voor het vertrouwen dat zij in mij hebben gesteld. Ik ga er voor om de sociale psychiatrie op de kaart te zetten en op de kaart te houden. Het College van Bestuur van de Universiteit Leiden en de Raad van Bestuur van het LUMC dank ik voor de bereidheid om deze leerstoel te doen vestigen. Na de sociale geneeskunde is nu ook de sociale psychiatrie weer terug in het Leidse.

Dank ook aan de leden van het Curatorium die deze leerstoel ondersteunen. Vier man sterk. Een stoel moet op vier poten staan. Ik noem er hier drie. Allereerst de hooggeleerde Assendelft, beste Pim. Onder huisartsen is het goed toeven. Dat zie je ook aan het hoge tempo waarmee jij met jouw afdeling nieuwe leerstoelen weet aan te trekken. Ik kijk er naar uit om mijn leeropdracht in te gaan vullen, samen met jou, met de hooggeleerde collega's Middelkoop, Gussekloo, Buitendijk en Reis en met de andere medewerkers van de afdeling PHEG. Ik wil hier speciaal de hooggeleerde Middelkoop noemen. Beste Barend, we gaan er voor. Hooggeleerde Hoencamp, beste Erik. Jouw standpunt ten aanzien van de sociale psychiatrie is dat die niet anders is dan de algemene psychiatrie. Het sociale aspect is immers niet uit de psychiatrie weg te denken. Zoals gebruikelijk heb je mij met deze stelling aan het denken gezet. Ik ben het niet met je eens, maar ik dank je voor de manier waarop je mij als een volleerde rugbyspeler steeds weer een beetje uit balans weet te duwen.

Hooggeleerde Zitman, beste Frans. Ik deel jouw belangstelling voor de HPA-as en voor de functies van het brein. Ik denk dat er daarnaast nog veel moet gebeuren om deze kennis ook aan te laten komen bij onze doelgroepen. Ik heb er vertrouwen in dat wij daar samen een stap in kunnen zetten.

Ik wil hier ook mijn dank uitspreken aan de leermeesters die mij in de afgelopen jaren in het doolhof van het onderzoek en van de psychiatrie de weg hebben gewezen. Als eerste is dat de hooggeleerde Valkenburg die deze oratie helaas niet meer kon meemaken. Hij wekte mijn belangstelling voor de epidemiologie en hij ondersteunde mij bij mijn eerste wankel schreden in het vakgebied. Hij wees mij op het beeld van de epidemioloog als een dokter die stroomopwaarts van de rivier gaat kijken hoe toch al die drenkelingen in het water terecht zijn gekomen. Dit beeld heeft mij blijvend geïnspireerd. Het vak van de epidemiologie mocht ik leren van de hooggeleerde Vandenbroucke, beste Jan. Ik kon mij geen betere leerschool wensen. Epidemiologie is een vak dat je als tovenaarsleerling aan de hand van een tovenaar moet leren. Ik ben er dankbaar voor dat jij mijn leermeester wilde zijn. Ik heb nog steeds niet al je spreuken onder de knie, maar ik blijf oefenen. Ik wil hier ook de stimulerende leeromgeving noemen van het instituut epidemiologie in Rotterdam en later ook in Leiden. Met mijn wapenbroeders de hooggeleerde Van Saase, Rosendaal en Hazes bestormden wij zo'n twintig jaar geleden als Titaantjes de vesting van de epidemiologie. Nu zitten wij allen in het pluche van de academia. Wie had dat toentertijd gedacht. Het was een rijke leerschool. Hooggeleerde Rooijmans, beste Harry. Van jou mocht ik de beginselen van de psychiatrie leren. Het is een voorrecht om binnen het Geestkrachtprogramma van ZonMw nog steeds met je te mogen samenwerken. Bij je afscheid als hoogleraar heb ik je gekenschetst als hooggeleerd in het gewone. Je blijft voor mij een voorbeeld. Weledelgeleerde Vldar Rivero, beste Victor. Ik had je kunnen toespreken bij de raad van bestuur en bij het curatorium. Maar ik wil je hier noemen als één van mijn leermeesters. Van jou heb ik het vak van de sociale psychiatrie geleerd. Ik wil je danken voor je vele praktische lessen, voor je inspanningen in het curatorium en in

de raad van bestuur, maar vooral ook voor het werk dat je vanuit je huidige functie nog steeds doet voor de meest kwetsbare groepen in de samenleving. Hooggeleerde Wolf, beste Judith. Ik heb hoge waardering voor de samenwerking die wij in de afgelopen paar jaar hebben opgebouwd. Ik leer veel van jouw rijke kennis van de gemarginaliseerde doelgroepen, van de mechanismen van sociale exclusie en van de sociale kwaliteit. Ik hoop dat wij, samen met de hooggeleerde Mulder en de andere onderzoekers en instellingen in de komende jaren de OGGZ verder kunnen helpen met professionaliseren.

Na mijn leermeesters heb ik het meeste geleerd van het onderwijs. Ik wil de dames en heren studenten danken voor hun kritische aandacht. De studenten houden je scherp. Onderwijs geven is de beste manier om te leren wat je niet weet. Paul van Noort, die in de afgelopen maanden mijn sparring partner was, weet dat als geen ander. Paul, bedankt.

12

Tot slot wil ik mijn naasten bedanken. Mijn ouders, die voor mijn ontwikkeling de basis hebben gelegd, konden helaas bij deze gelegenheid niet meer aanwezig zijn. Ik weet dat zij trots zouden zijn geweest. Gelukkig kan ik nog wel mijn schoonouders danken die mij al 35 jaar een warm tweede thuis bieden. Tim, Saskia, Steven en ook Eva; jullie zijn hard op weg om in onze complexe samenleving je eigen plek te vinden. Dat zal niet altijd zonder hindernissen gaan, maar hindernissen zijn er om overwonnen te worden. Fantastisch dat jullie hier vanmiddag zijn. Ik ben er trots op dat ik jullie vader ben.

Lieve Hanneke. Vissen zwemmen in het water, vogels vliegen in de lucht. Dat is het medium waarin zij leven. Ik heb daar eerder al aan gerefereerd. Mensen leven in hun sociale context. De laatste 35 jaar was jij het middelpunt van mijn sociale context. “We never had a dull moment.” Wat dat voor mij betekent laat zich niet in woorden uitdrukken. En van dat, waarover niet gesproken kan worden, moet men zwijgen.⁴²

Ik heb gezegd.

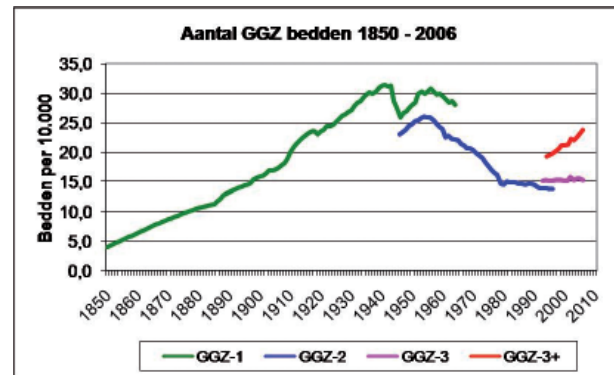
Bronnen

- 1 Pieters T, Snelders S, Houwaart E (eds). De medicijn-revolutie in de psychiatrie (1950-1985). Diemen: Veen Magazines BV, 2006.
- 2 American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Washington (DC): American Psychiatric Association, 1980.
- 3 Hempel CG. Fundamentals of taxonomy. Herdrukt in: Sadler JZ, Wiggins OP, Schwartz MA (eds). Philosophical perspectives on psychiatric diagnostic classification. Baltimore and London: The John Hopkins University Press, 1994.
- 4 Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P (eds) Kaplan and Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry. 9th edition. Philadelphia (PA): Lippincott Williams & Wilkins, 2009.
- 5 Haket ER. Info Wet maatschappelijke ondersteuning. Amsterdam: Reed business, 2008.
- 6 Uniken Venema HP, Jonkers-Kuiper LV. Openbare gezondheidszorg, vitaal voor een gezonde samenleving. Utrecht: Landelijke Vereniging GGD'en, 1999.
- 7 Bransen E, Boesveldt N, Nicholas S, Wolf J. Openbare GGZ voor sociaal kwetsbare mensen. Verslag van een onderzoek naar de huidige praktijk van de OGGZ voor sociaal kwetsbare mensen. Utrecht: Trimbos Instituut, 2001.
- 8 GGZ G4. Zorgen om mensen met psychiatrische en verslavingsproblemen en de overlast die zij veroorzaken. GGZ G4, 2004. http://www.psychiatrieweb.mywebhome.nl/pw.oggz/files/docs/g4_0402_zorgen_om_mensen.pdf.
- 9 Parnassia Bavo Groep. Vele handen maken het werk. Den Haag: Parnassia Bavo Groep, 2008. http://www.psychiatrieweb.mywebhome.nl/pw.oggz/files/docs/080321_velehanden.pdf.
- 10 Fazel S, Khosla V, Doll H, Geddes J. The prevalence of mental disorders among the homeless in western countries: systematic review and meta-regression analysis. *Plos Medicine* 2008; 5: 1670-1681.
- 11 GGZ G4. . Kwetsbaar in de grote stad. G4 visie op een samenhangende Openbare Geestelijke Gezondheidszorg. GGZ G4, 2005. http://www.psychiatrieweb.mywebhome.nl/pw.oggz/files/docs/g4_0507_kwetsbaar_in_de_grote_stad.pdf.
- 12 Gezondheidsraad. Noodgedwongen. Publicatie nr 2004/10. Den Haag: Gezondheidsraad, 2004; <http://www.gezondheidsraad.nl/nl/adviezen/noodgedwongen-zorgvoor-niet-opgenomen-acute-psychiatrische-patienten>.
- 13 Lourens J, Scholten C, Van der Werf C, Ziegelaar A. Verkommerden en verloederden. Een onderzoek naar de omvang en aard van de groep in Nederland. Leiden: Research voor beleid, 2002. http://www.minvws.nl/rapporten/gvm/verkommerden_en_verloederden.asp.
- 14 GGD Hollands Midden. Monitor maatschappelijke opvang, OGGZ en verslavingszorg. Zuid Holland Noord 2008. Leiden: GGD Hollands Midden, 2009. http://www.ggdhm.nl/pool/1/documents/Rapport_Monitor_Maatschappelijke_Opvang_OGGZ_en_Verslavingszorg_ZHN_2008.pdf.
- 15 GGD Hollands Midden. OGGZ-monitor Midden-Holland 2006-2007. Leiden: GGD Hollands Midden, 2009. <http://www.ggdhm.nl/pool/1/documents/OGGZ-monitor%20Midden-Holland%202006-2007.pdf>.
- 16 Gemeente Den Haag, dienst OCW. Gezondheidsmonitor 2008. Den Haag: gemeente Den Haag, dienst OCW, 2010 (in druk).
- 17 Nys TRV. Paternalisme en autonomie. *Tijdschrift voor psychiatrie* 2005; 47: 519-528.
- 18 Appelbaum PS, Gutheil TG. The Boston hospital case: "Involuntary mind control," the constitution, and the "Right to rot". *Am J Psychiatry* 1980; 137: 720-723.
- 19 Mol A. De logica van het zorgen. Actieve patiënten en de grenzen van het kiezen. Amsterdam: Uitgeverij Van Genep, 2006.
- 20 Bosch E. Waar bemoei je je mee? Kritisch reflecteren op het spanningsveld autonomie versus beschermwaardigheid. Zorgvuldig omgaan met morele dilemma's in de zorg.

- 21 Kwekkenboom MH. Zo gewoon mogelijk. Den Haag: Sociaal Cultureel Planbureau, 2001.
- 22 Koning RF, Roosenschoon BJ, Steetska.mp JH, de Veen HHW. Vermaatschappelijking. Een geval apart. Amsterdam: BV Uitgeverij SWP, 2001.
- 23 Vijselaar J. Achtergrondstudie Ggz-beleid en -organisatie 1970-2000. In: Van Hoof F, Fotiadis L, Vijselaar J, Hasker J. Trendrapportage GGZ 2008. Deel 1: organisatie, structuur en financiering. Utrecht: Trimbos-Instituut, 2008: 197-229.
- 24 Abma R, Weijers I. Met gezag en deskundigheid. De historie van het beroep psychiater in Nederland. Amsterdam: Uitgeverij SWP, 2005.
- 25 Oosterhuis H, Gijswijt-Hofstra M. Verward van Geest en ander ongerief. Amsterdam: Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde & Bohn Stafleu van Loghum, 2008.
- 26 Ravelli DP. Deinstitutionalisation of mental health care in the Netherlands: towards an integrative approach. *International Journal of Integrated Care* Epub e04 2006 Mar 15.
- 27 Van 't Land H, Hilderink I. GGZ in tabellen 2007. Utrecht: Timbos-instituut, 2008.
- 28 Thornicroft G, Tansella M. Components of a modern mental health service: a pragmatic balance of community and hospital care: overview of systematic evidence. *Br J Psychiatry* 2004; 185: 283-290.
- 29 Meijers FS. Inleiding tot de sociale psychiatrie. Rotterdam: W.L. & J. Brusse N.V., 1947.
- 30 Querido A. Werk in uitvoering. Leiden: H.E. Stenfert Kroese NV, 1970.
- 31 Akkermans C. Aanspoelen aan de Achtergracht. Maatschappelijke ontwikkelingen, cliëntlevorming en de psychiatrische patiënten van de Amsterdamse GG&GD (1933-1988). Amsterdam: Uitgeverij Aksant, 2006.
- 32 Van der Grinten T. De vorming van de ambulante geestelijke gezondheidszorg. Een historisch beleidsonderzoek. Baarn: Ambo, 1987.
- 33 GGZ G4. Niemand over de schutting. Professionalisering van de openbare geestelijke gezondheidszorg. GGZ G4, 2006.
http://www.psychiatrieweb.mywebhome.nl/pw.oggz/files/docs/g4_0603_niemand_over_de_schutting.pdf.
- 34 Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Plan van aanpak maatschappelijke opvang. Den Haag: ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2006.
<http://www.minvws.nl/kamerstukken/dmo/2006/plan-van-aanpak-maatschappelijke-opvang.asp>.
- 35 Burger I, Ferber M. Preventie van suïcidaal gedrag. Recente ontwikkelingen in Den Haag. *Epidemiologisch Bulletin* 2007; 42: 25-28.
- 36 GGD Nederland, GGZ Nederland, KNMG. Handreiking gegevensuitwisseling in de bemoezing. http://www.ggd Kennisnet.nl/kennisnet/uploaddb/downloadl_object.asp?atoom=30309&VolgNr=166
- 37 Rosendal H, Ahaus K, Huijsman R, Raad C. Praktijk in perspectief: Keten zorg. Elsevier Gezondheidszorg, 2009.
- 38 Van Hoof F, Fotiadis L, Vijselaar J, Hasker J. Trendrapportage GGZ. Deel 1. Organisatie, structuur en financiering. Utrecht: Trimbos Instituut, 2008
- 39 Herman D, Conover S, Felix A, Nakagawa A, Mills D. Critical Time Intervention: an empirically supported model for preventing homelessness in high risk groups. *J Prim Prev* 2007 Jul; 28(3-4): 295-312.
- 40 Susser E, Valencia E, Conover S, Felix A, Tsai WY, Wyatt RJ. Preventing recurrent homelessness among mentally ill men: a "critical time" intervention after discharge from a shelter. *Am J Public Health* 1997; 87: 256-62.
- 41 Van der Plas A, van Hemert AM, Valencia E, Beune E, Hoek HW. Continuïteit van zorg in de OGGZ met Critical Time Intervention. *Maandblad voor Geestelijke Volksgezondheid* 2008; 63: 414-424.
- 42 Wittgenstein L. *Tractatus logico-philosophicus*. Vertaald en van nawoord en aantekeningen voorzien door W.F. Hermans. Amsterdam: Atheneum-Polak & Van Gennep, 1989.

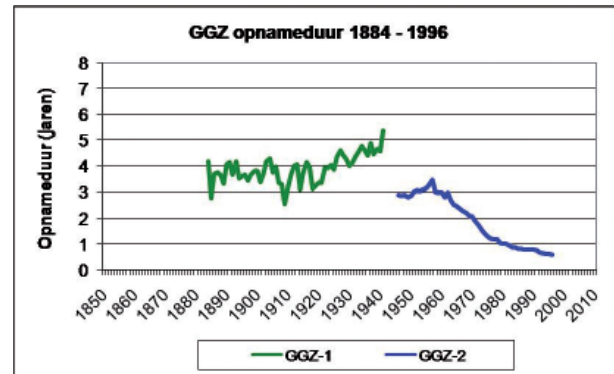
Figuur 1.

Capaciteit van de GGZ in Nederland in drie perioden. GGZ-1: verpleegden in gestichten en psychiatrische inrichtingen, inclusief zwakzinnigeninrichtingen 1850-1962.^{24,25} GGZ-2: verpleegden in gestichten en psychiatrische inrichtingen, exclusief zwakzinnigeninrichtingen 1946- 1996.²⁵ GGZ-3: GGZ-instellingen voor kinderen, jeugdigen, volwassenen en ouderen 1993- 2006.²⁷ GGZ-3+: idem GGZ 3, inclusief verslavingszorg, beschermd wonen en TBS-instellingen.²⁷



Figuur 2.

Gemiddelde opnameduur in de GGZ in Nederland in twee perioden, berekend op basis van capaciteit en aantal opnames.²⁵ GGZ-1: gestichten en psychiatrische inrichtingen, inclusief zwakzinnigeninrichtingen 1884-1962. GGZ-2: gestichten en psychiatrische inrichtingen, exclusief zwakzinnigeninrichtingen 1946-1996.



Figuur 3.

Aantal opnames in de GGZ in Nederland in twee perioden.²⁵ GGZ-1: gestichten en psychiatrische inrichtingen, inclusief zwakzinnigeninrichtingen 1884-1962. GGZ-2: gestichten en psychiatrische inrichtingen, exclusief zwakzinnigeninrichtingen 1946- 1996.

