



KWETSBAAR IN DE GROTE STAD

G4 Visie op een samenhangende Openbare Geestelijke Gezondheidszorg



Gemeente Utrecht
Geneeskundige en Gezondheidsdienst



Jellinek



GGD Amsterdam

Instituut voor Maatschappelijke
Geestelijke Gezondheidszorg

GGZ Groep Europoort

BOUMAN GGZ

Bouwen aan nieuw perspectief

Bavo RNO
Groep



altrecht




delta
psvchiatisch centrum


Riagg
rijnmond
NOORD WEST

Opgesteld door:

de gemeenten Amsterdam, Den Haag, Utrecht, Rotterdam en de aanbieders van
geestelijke gezondheidszorg en verslavingszorg in deze steden.

INHOUD

Samenvatting	3
Inleiding	5
Minder overlast	
Recht op zorg	
Zware opgave voor grote steden	6
Doelgroep OGGz: complexe problemen	7
Integrale aanpak	9
Randvoorwaarden	12
Beleidskader	
Financiering/inkoop	13
Evaluatie/kwaliteitsbewaking	14
Conclusie	15
Bijlage 1. OGGz op twee niveau's	16
Bijlage 2. Regio's: centrumgemeenten G4 vs. Zorgkantoren	



SAMENVATTING

De problemen op het terrein van de openbare geestelijke gezondheidszorg zijn complex van aard en in de grote steden het grootst. Dat vraagt om een samenhangende aanpak.

In dit visiedocument OGGz geven de vier grote gemeenten¹ en de aanbieders van geestelijke gezondheidszorg en verslavingszorg uit deze steden, hun mening over de toekomst van de openbare geestelijke gezondheidszorg (OGGz). Wij vragen van het kabinet de garantie dat alle noodzakelijke OGGz-bouwstenen in het nieuwe verzekeringsstelsel beschikbaar zijn voor de doelgroep.

Wij zijn van mening dat de OGGz-doelgroep breder is dan de subgroep overlastgevende zorgmijders. De volgende vijf criteria typeren deze heterogene doelgroep:

- aanwezigheid van een psychiatrische stoornis (waaronder verslavingsproblemen), of ernstige psychosociale problemen;
- tegelijkertijd, aanwezigheid van meerdere problemen op andere leefgebieden;
- leidend tot het niet voldoende in staat zijn om in de eigen bestaansvoorwaarden te voorzien (huisvesting, inkomen, sociale contacten, zelfverzorging, etc.);
- gebrek aan mogelijkheden om de problemen op te lossen;
- afwezigheid van een adequate hulpvraag.

Alhoewel het niet mogelijk is om een goede schatting te maken van de omvang van de OGGz-doelgroep, is het wel duidelijk dat eenderde tot de helft van de doelgroep in de vier grote steden verblijft.

Wij delen het gevoel van urgentie om gezamenlijk voldoende en goede zorg en ondersteuning te organiseren voor deze doelgroep. Hoe kunnen we goede zorg voor de OGGz-doelgroep waarborgen, en welke randvoorwaarden zijn nodig om voldoende aanbod en voldoende kwaliteit te garanderen? Dat is de centrale vraag.

Voor de OGGz-doelgroep zijn signaleren, actief opsporen, contact leggen, toeleiden naar zorg en bemoeizorg belangrijke activiteiten. Maar er is meer nodig. Zo zal een deel van de doelgroep ook crisis- en spoedeisende hulp nodig hebben of langdurige zorg in de geestelijke gezondheidszorg (GGz) en verslavingszorg (Vz). Daarnaast vragen de complexe problemen ook de inzet van woningcorporaties, politie, sociale dienst, et cetera. De klassieke opvatting van OGGz als voordeur (preventie, signalering en toeleiding) en achterdeur (nazorg) voldoet niet – gaat er teveel vanuit dat de tussenliggende schakels vanzelf goed aansluiten en positieve trajecten opleveren.

Wij zijn van mening dat er meer nodig is. Vooral in de vier grote gemeenten, omdat daar de OGGz-problematiek het grootst is. Het overhevelen van enkele (krappe) budgetten alleen, is zeker onvoldoende voor het bereiken van goede ketensamenwerking.

¹ Amsterdam, Den Haag, Rotterdam en Utrecht.

Wij weten uit ervaring dat de zorg en ondersteuning in het kader van de OGGz zelden lineair verloopt, volgens een gedetailleerd plan. Er moet vooral voldoende ruimte zijn om – met een helder doel voor ogen – te temporiseren als dat nodig is: de ene keer iets meer tijd nemen om te motiveren en de andere keer een crisismoment aangrijpen om een aantal zaken tegelijkertijd in gang te zetten. De OGGz vraagt om gecoördineerde actie, om een sluitende keten. De bouwstenen die in meer of mindere mate nodig zijn in individuele resocialisatietrajecten van individuele personen zijn:

- Signalering en geïndiceerde preventie
- Integrale toegang en screening
- Maatschappelijke opvang
- Medische basiszorg
- Curatieve GGz/Vz
- Verblijf GGz/Vz en Beschermd wonen
- Integrale bemoeizorg GGz/Vz
- Financiële hulp
- Dagbesteding
- Sociaal netwerk
- Veiligheid
- Begeleid (zelfstandig) wonen

Er komt dus veel bij kijken, veel partijen moeten een bijdrage leveren en het zal niet altijd (direct) lukken, maar de gewenste richting is duidelijk:

- Zo zelfstandig mogelijk leven;
- De maatschappelijke opvang is slechts een tijdelijke oplossing;
- Indien nodig moet een opname, verblijf of ambulante behandeling binnen de GGz/Vz beschikbaar zijn.

De doelstelling is het bevorderen van zelfstandig maatschappelijk functioneren van de OGGz-doelgroep.

Wij denken dat twee voorwaarden onontbeerlijk zijn voor kwalitatief en kwantitatief voldoende OGGz-aanbod: gegarandeerde toegang tot alle relevante onderdelen van zorg en ondersteuning door het kabinet² (geen mensen ‘tussen wal en schip’) en duidelijkheid over de regiefunctie van de gemeenten (uitwerking sturingsconcepten om de sluitende keten ook daadwerkelijk te kunnen realiseren).

Voor de komende jaren zien wij de volgende inhoudelijke speerpunten: verbeteren van de geïndiceerde preventie (“stil leed”); integrale GGz/Vz-bemoeizorgteams; regelen van de directe toegang van deze bemoeizorgteams tot het brede aanbod van maatschappelijke dienstverlening en reguliere GGz/Vz; het bevorderen van de uitstroom uit de maatschappelijke opvang.

De OGGz-ketens moeten meer zijn dan een nieuwe beschrijving van het bestaande aanbod. Iedereen onderkent immers dat er méér moet gebeuren voor deze doelgroep. Een deel van de oplossing ligt zonder twijfel in het verbeteren van de samenwerking. Maar de instellingen, zorgverzekeraars, gemeenten en het rijk zullen ook middelen moeten herschikken ten behoeve van de OGGz-doelgroep.

Komend najaar gaan we deze visie uitwerken en onderbouwen. Daarbij zullen we aandacht schenken aan:

- De vraag: demografische gegevens die samenhangen met OGGz; omvang van de doelgroep; peiling van hulpbehoefte; schatting van het huidige gebruik van opvang en zorg;
- Het benodigde aanbod (kwalitatief en kwantitatief): voorzieningen, netwerken, budgetten, personeel, protocollen, samenwerkingsafspraken, kwaliteitseisen, et cetera;
- De gewenste uitkomsten, bijvoorbeeld: afname dakloosheid, minder huisuitzettingen, minder gedwongen opnames, minder personen met ernstige chronisch psychiatrische stoornissen in de gevangenis en maatschappelijke opvang;
- De financierings- en sturingsystematiek, waaronder sturingsinstrumenten voor de gemeenten om ook daadwerkelijk een sluitende keten te kunnen organiseren – over de verschillende financieringsbronnen heen.

² Niet alleen VWS maar ook de andere departementen zoals Huisvesting, Sociale Zaken, Onderwijs en Justitie.

INLEIDING

Met dit visiedocument Openbare Geestelijke Gezondheidszorg willen de vier grote gemeenten samen met de aanbieders van geestelijke gezondheidszorg en verslavingszorg uit deze steden, hun standpunten en ambities op de openbare geestelijke gezondheidszorg (OGGz) vastleggen en communiceren. De volgende organisaties hebben deze visie in gezamenlijkheid opgesteld:

Amsterdam

De Meren
Dienst Maatschappelijke Ontwikkeling
GGD
GGZ Buitenamstel
Jellinek
Mentrum

Rotterdam

Bavo RNO Groep
Bouman GGZ
Delta Psychiatrisch Centrum
GGD
GGZ Groep Europoort
Riagg rijnmond noord-west

Den Haag

GGD
Onderwijs Cultuur en Welzijn
Parnassia

Utrecht

Altrecht
Centrum Maliebaan
GG&GD

Dit visiedocument stelt de volgende vraag centraal: hoe kunnen we goede zorg voor de OGGz-doelgroep waarborgen en welke randvoorwaarden zijn nodig om voldoende aanbod en voldoende kwaliteit te garanderen? Hierbij wordt opgemerkt dat goede zorg niet alleen bestaat uit interventies gericht op de subjectieve hulpvraag en wensen van de patiënt, maar ook uit objectief noodzakelijke sociale en maatschappelijke effecten – bijvoorbeeld veiligheid en maatschappelijke participatie.

Er zijn vier redenen om nu met een visiedocument OGGz te komen:

- De OGGz-doelgroep van ernstig zieke en kwetsbare mensen vraagt om passende zorg;
- De kabinetsplannen om aanpak van overlastgevende zorgmijders te verbeteren;
- De herziening van het stelsel van ziektekostenverzekeringen;
- De bovenmaatse OGGz-opgave van de vier grote gemeenten.

Minder overlast

Het Rijk wil de aanpak van overlastgevende zorgmijders verbeteren³. Het kabinet heeft daarom besloten om OGGz-middelen over te hevelen van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) naar de gemeenten. Deze overheveling heeft tot doel de regierol van de gemeenten te versterken. Het verbeteren van deze regierol moet ertoe leiden dat de ketensamenwerking tussen alle betrokken partijen niet vrijblijvend is, waardoor de zorgmijders sneller en beter de noodzakelijke zorg krijgen.

De maatregel van het kabinet is gericht op zorgmijders die overlast veroorzaken. Het kabinet legt daarbij een oorzakelijke relatie met ernstige psychische- en verslavingsproblemen en dakloosheid. Expliciet wordt vermeld dat het niet gaat om de zogenaamde veelplegers. Deze laatste groep heeft wel een overlap met de OGGz-doelgroep.

Recht op zorg

In de huidige voorstellen voor de ziektekostenverzekering wordt de geneeskundige GGZ overgeheveld van de AWBZ naar de basisverzekering – concreet gaat het om alle extramurale GGz/Vz⁴ plus de intramurale zorg gedurende het eerste jaar. Andere delen van de huidige AWBZ gaan over naar de Wet maatschappelijke ondersteuning, zoals de huishoudelijke verzorging⁵. De AWBZ blijft alleen bestaan voor de onverzekerbare risico's, de zware chronische en continue zorg.

³ Kamerstukken II, 2004-2005, 29325, nr. 2.

⁴ Hieronder vallen ook bemoeizorg, IBS en RM, die als een zorgtype zijn opgenomen in de DBC-systematiek en de ambulante verslavingszorg. Onduidelijk is nog wat gerekend moet worden tot de individuele geneeskundige verslavingszorg die straks onder de basisverzekering valt en wat tot het verslavingsbeleid gerekend moet worden in het kader van de WMO.

⁵ Welke delen van de activerende en ondersteunende begeleiding (waaronder dagactiviteiten en trajectbegeleiding) ook naar de WMO gaan is nog onduidelijk. Mogelijk dat de RIBW-functie op termijn ook overgaat naar de WMO.

De nieuwe basisverzekering is een privaatrechtelijke verzekering, uitgevoerd door risico-dragende zorgverzekeraars en waarbij marktwerking moet gaan zorgen voor keuzevrijheid voor de burger én kostenbeheersing. De zorgverzekeraars betalen alleen de rekeningen van de eigen verzekerden en deze verzekerden kunnen gebruikmaken van de zorgaanbieders waarmee de eigen zorgverzekeraar een contract heeft gesloten – daarvoor is dan wel eerst een verwijsbrief van de huisarts nodig. Marktwerking kan resulteren in risicoselectie door de zorgverzekeraars, o.a. via de aanvullende verzekering waarvoor geen acceptatieplicht geldt en via beperkte zorginkoop voor klantgroepen die voorspelbaar verliesgevend zijn⁶.

In de huidige situatie is een deel van de OGGz-doelgroep nog steeds onverzekerd en een groter deel heeft geen eigen huisarts. De zorgverzekeraars zelf verwachten dat het aantal onverzekerden zal toenemen in het nieuwe stelsel: men kan immers kiezen. Voor dit deel van de doelgroep zal de toegang tot zorg problematisch worden.

Zware opgave voor grote steden

De Raad voor de financiële verhoudingen acht het aannemelijk dat de vier grote gemeenten zowel kwantitatief als kwalitatief voor een zwaardere opgave staan dan andere gemeenten.⁷ De druk op de voorzieningen in de vier grote steden kan het gevolg zijn van het feit dat een groot deel van de doelgroep behoefte heeft aan anonimiteit en aan een toegankelijke drugsmarkt. Daar komt bij dat in deze steden veel laagdrempelige woonvoorzieningen aanwezig zijn (goedkope woonmarkt). Naast dit kwantitatieve verschil acht de Raad het aannemelijk dat de 'harde' kern van de cliënten met een meervoudige problematiek zich relatief meer ophoudt in de vier grote gemeenten. Zij overleven de 'harde' wereld daar wel en zorgen individueel voor relatief meer overlast.

Dat de vier grote steden een bovenmaatse OGGz-opgave hebben blijkt ook uit de financiële middelen die deze gemeenten uit eigen budget bijdragen aan de maatschappelijke opvang, verslavingszorg en vrouwenopvang⁸. Ongeveer de helft van het totale budget van 137 miljoen Euro bestaat uit eigen gemeentelijke middelen. Als we kijken naar de bijdragen uit eigen middelen van andere centrumgemeenten, dan valt op dat buiten de vier grote gemeenten de eigen bijdragen gering of nihil zijn.

Met dit visiedocument OGGz willen de vier grote gemeenten en GGz/Vz-aanbieders:

- Helder definiëren wie binnen de OGGz-doelgroep valt – niet alleen de alom zichtbare groep overlastgevende zorgmijders waar het kabinet over schrijft;
- Vastleggen welke OGGz-ketendoelstelling geldt als uitgangspunt voor de verdere uitwerking van de OGGz-programma's;
- Omschrijven welke bouwstenen van de zorg en ondersteuning (op de verschillende levensdomeinen) nodig zijn voor de complexe problemen van de doelgroep;
- Randvoorwaarden benoemen voor voldoende en goede OGGz, waaronder: een richtinggevend beleidskader, heldere resultaatsafspraken en kwaliteitsbewaking.

Verbetering van de effectiviteit van de OGGz is mogelijk door een samenhangende aanpak op de verschillende levensdomeinen: zorg, wonen, inkomen, werk, sociale relaties en maatschappelijke participatie. De gemeenten en aanbieders willen het na de overheveling van de OGGz-middelen beter doen dan voorheen. De norm is sluitende zorg, zodat mensen niet 'tussen wal en schip raken'. Daarvoor is het zeker ook nodig dat het Rijk erkent dat de vier grote gemeenten een bovenmaatse OGGz-opgave hebben.

⁶ GGZ Nederland. Gereguleerde concurrentie in de planbare curatieve GGz. April 2005.

⁷ Raad voor de financiële verhoudingen. Evaluatie en herziening verdeelsleutel voor maatschappelijke opvang, vrouwenopvang en verslavingsbeleid – concept 7 juni 2005.

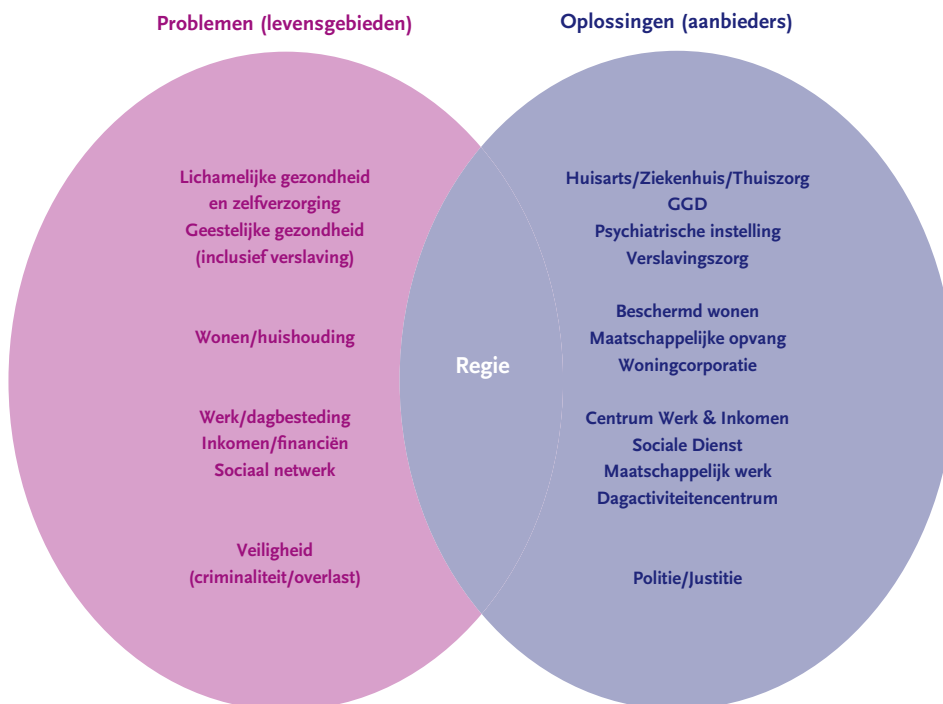
⁸ SGBO, Financieringsbewegingen op het grensvlak van de MO en AWBZ. 12 mei 2005.

DOELGROEP OGGZ: COMPLEXE PROBLEMEN

In het advies Kwetsbaar in het kwadraat omschrijft de Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling⁹ kwetsbare mensen als volgt:

“Mensen die op verschillende terreinen ernstige problemen ondervinden, bijvoorbeeld wonen, dagbesteding, contacten, psychische en fysieke gesteldheid en die om redenen samenhangend met de ernst en complexiteit van hun problematiek geen gebruik kunnen, mogen, durven of willen maken van voorzieningen die bedoeld zijn om een of meer van deze problemen te verlichten. (...) (...) Om welke mensen gaat het nu concreet? Het is een uiterst heterogene groep die niet makkelijk onder één noemer valt te brengen. Als er een noemer is, dan is dat het feit dat kwetsbare mensen contact hebben gehad met voorzieningen, geprobeerd hebben om hulp te krijgen, maar daarin niet zijn geslaagd, om welke reden dan ook. Het meest zichtbare voorbeeld is de groep van ‘verkommerden en verloederden’, zoals ze heten in beleidsjargon. Dat zijn de zwervers die velen van ons tegenkomen op straten, pleinen en in stations. De kwetsbare mensen onder de zwervers zijn niet alleen dak- of thuisloos, maar hebben meestal ook te kampen met psychiatrische problemen of met alcohol- of drugsverslaving.”

De doelgroep is een brede heterogene groep personen met complexe problemen en kan (daarom) op verschillende manieren worden onderverdeeld, afhankelijk van het aspect dat men wil benadrukken.¹⁰ De groep onderscheidt zich van andere langdurig zorgafhankelijke cliënten door de hoeveelheid aan problemen op verschillende levensgebieden en door het feit dat ze niet zelf adequaat om hulp kunnen of willen vragen.



⁹ RMO, Kwetsbaar in het kwadraat. Den Haag, 2001, p. 11.

¹⁰ Het accent kan worden gelegd op de problematiek van deze personen (verslaving, sociale relaties, psychiatrie, inkomen, etc.), op de verschijningsvorm (in de publieke ruimte/wijk, of juist verborgen), of op de verblijfplaats (eigen huis, maatschappelijke opvang, gevangenis).

De OGGz-doelgroep mag niet beperkt worden tot overlastgevende personen met een chronisch psychiatrische aandoening; een deel van de zorgmijders is voor de hulpverlening en anderen nog verborgen (zogenaamd ‘stil leed’ zoals depressieve ouderen en vereenzaamde alcoholisten). Helder is ook dat een meervoudig probleem in de OGGz niet op te lossen is met een beperkte focus op veiligheid. Voor een deel zijn personen uit de OGGz-doelgroep thuisloos, maar niet alle thuislozen behoren tot de OGGz-doelgroep.

Het is van belang op te merken dat het perspectief van de gemeenten op de doelgroep complementair is aan het perspectief van de GGz-aanbieders. De GGz-aanbieders bezien de doelgroep vanuit hun professionele deskundigheid en taak; de gemeenten vanuit een brede verantwoordelijkheid voor haar inwoners. Uit onderzoek¹¹ blijkt dat ook het perspectief van kwetsbare mensen zelf verschilt van het perspectief van de professionals. De professionals noemen als risico-indicatoren voor marginalisering en uitburgering zaken als: tijdgebrek van hulpverleners, geen nazorg na psychiatrische opname of na begeleid wonen, en een gebrekkige aansluiting van vraag en aanbod. De kwetsbare mensen zelf noemen: gebrek aan woonruimte en zinvolle dagbesteding, hoge schulden en weinig sociale contacten.

Samenvattend definiëren we de OGGz-doelgroep door de volgende vijf criteria:

1. aanwezigheid van een psychiatrische stoornis (waaronder verslavingsproblemen), of ernstige psychosociale problemen;
2. tegelijkertijd, aanwezigheid van meerdere problemen op andere leefgebieden;
3. leidend tot het niet voldoende in staat zijn om in de eigen bestaansvoorwaarden te voorzien (huisvesting, inkomen, sociale contacten, zelfverzorging, etc.);
4. gebrek aan mogelijkheden om de problemen op te lossen;
5. afwezigheid van een adequate hulpvraag.

Onderstaande tabel geeft enkele landelijke schattingen van OGGz doelgroepen, maar ook van de bredere groep langdurig zorgafhankelijke cliënten (met name chronisch psychiatrische patiënten en opiaatverslaafden). Geschat wordt dat 20% tot 50% van de patiënten in de psychiatrie ook verslavingsproblemen heeft (waaronder ook alcohol) en 60% tot 80% van de patiënten in de verslavingszorg ook een psychiatrische aandoening heeft¹².

Het is niet mogelijk een goede schatting te maken van de totale omvang van de OGGz-doelgroep in elk van de vier grote steden. Daarvoor verschillen de gehanteerde definities nog teveel en ontbreken nog enkele subgroepen (bijvoorbeeld chronisch alcoholverslaafden). Duidelijk is wel dat het om enkele tienduizenden mensen in Nederland gaat, waarvan naar schatting eenderde tot de helft in de vier grote steden verblijft.

Tabel 1. Enkele bekende (O)GGz doelgroepen¹³

Doelgroep	Aantal Nederland
Dak- en thuislozen [a]	25.000-35.000
Opiaat verslaafden [b]	26.000-30.000
Chronisch psychiatrische patiënten, waarvan:	72.000 [c]/ 98.000 [d]
in zorg	48.000 [c]/ 66.000 [d]
niet (meer) / onvoldoende contact	24.000 [c]/ 32.000 [d]
regelmatig in acute nood	8.000 [c]/ 12.000 [d]
in de gevangenis [d]	1.200-3.600
Verkommerden en verloederden [e]	110.000

¹¹ J. Wolf. Een kwestie van uitburgering. Utrecht, SWP, Inaugurale rede KUN, 7 november 2002.

¹² Trimbos Instituut. Ketenvorming rond Dubbele Diagnose Patiënten in de Regio Utrecht. Utrecht, 2004.

¹³ Bronnen: [a] Trimbos Instituut. Monitor Maatschappelijke Opvang. Utrecht, 2000. [b] Trimbos Instituut. Nationale Drugsmonitor 2003. Utrecht, 2004. [c] Gezondheidsraad. Noodgedwongen. Den Haag, 2004. [d] D. Wiersma, Evidentie voor Geestelijke Gezondheidszorg, klinische epidemiologie van psychiatrische stoornissen. Groningen, 2004, RGOc-reeks nr. 5. [e] Research voor Beleid. Verkommerden en Verloederden. Leiden, 2002.

De kwetsbaarheid van de doelgroep maakt dat een missende schakel in één of twee van de levensgebieden, de effectiviteit van de inspanningen op de andere levensgebieden ernstig reduceert. Bijvoorbeeld: de behandeling in de verslavingskliniek die niet tijdig wordt opgevolgd door een passende vorm van begeleid wonen, kan ertoe leiden dat de persoon weer terugvalt en op straat belandt. Dat geldt ook voor het niet tijdig onderkennen van olopende huurschulden. Té strikte interpretatie van regels kan een drempel zijn voor arbeidsreïntegratie en zelfstandige huisvesting.

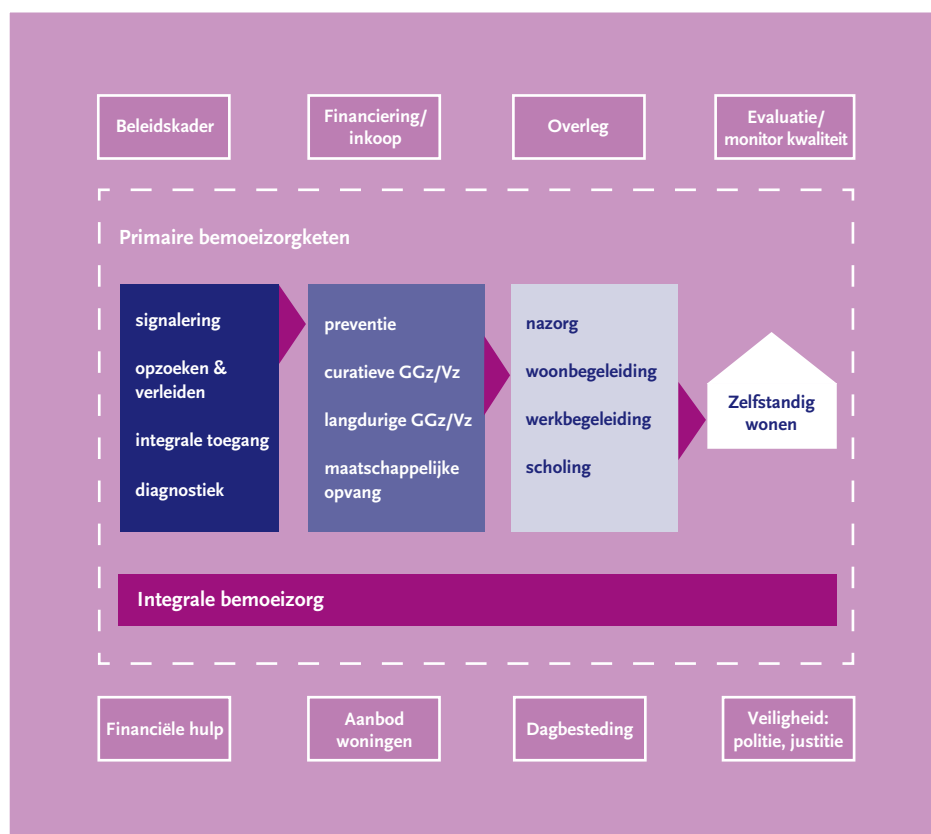
De beleidsverantwoordelijkheid voor kwetsbare mensen is sterk versnipperd.¹⁴ Diverse departementen en afdelingen van de rijksoverheid, provincies en gemeenten zijn betrokken. In de dagelijkse OGGz-praktijk zijn ook vele partijen nodig, waaronder: woningbouwcorporaties, maatschappelijk werk en andere welzijnsdiensten, politie, justitie, beschermd wonen, maatschappelijke opvang, begeleid wonen, GGz, verslavingszorg en reclassering. Om de kluiten aan problemen van de OGGz-doelgroep effectief aan te pakken, moeten gemeenten via inspirerende en overtuigende regie een samenhangende OGGz-keten maken.

Integrale aanpak

Op dit moment werken de gemeenten en aanbieders al wel samen rond OGGz-patiënten – zeker in de vier grote steden zijn de afgelopen jaren extra inspanningen gepleegd en heeft samenwerking voorop gestaan. Toch zien we ook dat de samenwerking vaak nog incidenteel is en bestaat uit het afstemmen van (eigen) activiteiten. Er is nog onvoldoende sprake van een gezamenlijke keten waarbij de partijen de verantwoordelijkheid delen.

Voor ketensamenwerking is het noodzakelijk dat de partijen onderkennen dat ze elkaar nodig hebben om een beoogd doel te bereiken. Daarbij is onderling vertrouwen nodig, om de eigen doelstelling af te stemmen en zonodig aan te passen op het gezamenlijke ketendoel.

Figuur 1. Ideaaltypische OGGz-keten



¹⁴ J. Wolf. Een kwestie van uitburgering. Utrecht, SWP, Inaugurale rede KUN, 7 november 2002.

De ketendoelstelling van de OGGz definiëren we als volgt: Het bevorderen van de gezondheid en het maatschappelijk functioneren van mensen met een psychiatrische aandoening, verslavingsprobleem of ernstige psychosociale problemen, die daarnaast nog vele andere problemen hebben op diverse levensdomeinen. De doelgroep vergt een gezamenlijke visie en gecoördineerde aanpak, die de psychiatrische deskundigheid verbindt aan alle benodigde sociale en materiële ondersteuning. Deze aanpak beperkt zich niet tot de psychiatrische stoornis; er is veel aandacht voor de beperkingen en effecten die de aandoening met zich meebrengt, zoals lastig en onaangepast gedrag, maar vooral ook voor de mogelijkheden tot maatschappelijke reïntegratie.

Figuur 1 schetst de OGGz-keten in een primair proces, ondersteunende processen en bestuursprocessen. Het geeft aan dat een bijdrage van veel partijen nodig is, waarbij het centrale doel is: bevorderen van zelfstandig maatschappelijk functioneren. Daar komt veel bij kijken en het zal niet altijd (direct) lukken, maar de gewenste richting is duidelijk:

- a. Zo zelfstandig mogelijk leven;
- b. De maatschappelijke opvang is slechts een tijdelijke oplossing;
- c. Indien nodig moet een opname, verblijf of ambulante behandeling binnen de GGz/Vz beschikbaar zijn.

Terugval en uitval hangen vaak samen met problemen op het gebied van verblijf/opvang/huisvesting. Daarbij gaat het niet alleen om het ontbreken van passend verblijf of woningen, maar ook om het ontbreken van de noodzakelijke vaardigheden bij de cliënt,¹⁵ sociaal isolement en gebrek aan steunsystemen.

Het wetsontwerp van de Wet maatschappelijke ondersteuning¹⁶ definieert OGGz aan de hand van de volgende taken:

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

Voor de OGGz-doelgroep zijn signaleren, actief opsporen, contact leggen, toeleiden naar zorg en bemoeizorg belangrijke activiteiten. Maar er is meer nodig. Zo zal een deel van de doelgroep ook crisis- en spoedeisende hulp nodig hebben of langdurige zorg door de GGz/Vz. Daarnaast vragen de complexe problemen ook de inzet van woningcorporaties, politie, sociale dienst, et cetera. De klassieke opvatting van OGGz als voordeur (preventie, signalering en toeleiding) en achterdeur (nazorg) voldoet niet – gaat er teveel vanuit dat de tussenliggende schakels vanzelf goed aansluiten en positieve trajecten opleveren.

In nauwe samenwerking met zorgverzekeraars, zorgaanbieders, woningcorporaties, politie/justitie e.a. zullen de vier grote gemeenten enkele samenhangende programma's voor de OGGz-doelgroep ontwikkelen. Startpunt daarbij is het onderscheid in de volgende vier subgroepen:

1. Personen met psychiatrische stoornissen, verslavingsproblemen en/of ernstige psychosociale problemen die in sociaal verval dreigen te raken, maar nog niet thuisloos zijn (preventie);
2. Personen die binnen de maatschappelijke opvang, psychiatrische instellingen en beschermd wonen, met outreachende GGz/Vz, binnen een bepaalde tijd vrijwillig kunnen doorstromen naar (begeleid) zelfstandig wonen (resocialiseren);
3. Personen die niet in staat zullen zijn (begeleid) zelfstandig te wonen en dus geplaatst moeten worden in een beschermd wonen- of verblijfsvoorziening (stabiliseren);

¹⁵ [1] Adviesbureau Van Montfoort, Opvang Ex-gedetineerden, Woerden, september 2003. [2] Ministerie van Justitie, Directie Sancties, Reclassering en Slachtofferzorg, Programma Terugdringen Recidive, Verbeterplan "Aansluiting Nazorg", Juni 2003. [3] Trimbos Instituut. Ketenvorming rond Dubbele Diagnose Patiënten in de Regio Utrecht. Utrecht, 2004.

¹⁶ Kamerstukken II, 2004-2005, 30131, nr. 2 (Wetsontwerp WMO).

4. Personen die langdurig onhandelbaar gedrag vertonen en daardoor niet te handhaven zijn binnen bestaande voorzieningen voor maatschappelijke opvang en beschermd wonen. Binnen de GGz/Vz zijn zij alleen te behandelen en vervolgens te stabiliseren – en te zijner tijd eventueel te resocialiseren in speciale voorzieningen (limiteren).

De zorg en ondersteuning in het kader van de OGGz verloopt zelden lineair volgens een gedetailleerd plan. Er moet vooral voldoende ruimte zijn om – met een helder doel voor ogen – te temporiseren als dat nodig is: de ene keer iets meer tijd nemen om te motiveren en de andere keer een crisismoment aangrijpen om een aantal zaken tegelijkertijd in gang te zetten. De verschillende schakels in de keten bestaan uit (12) bouwstenen die in meer of mindere mate nodig zijn in individuele resocialisatietrajecten van individuele personen:

Tabel 2. OGGz-bouwstenen

1. Signalering en geïndiceerde preventie

- | | |
|--------------------------------------------------|-----------------------|
| a. Meldpunt/lokaal zorgnetwerk/signaleringssteam | c. Veldwerk |
| b. Laagdrempelige inloopvoorziening | d. Vroege interventie |

2. Integrale toegang en screening

- | | |
|------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|
| a. Inschatten zorgbehoefte en treffen van de noodzakelijke maatregelen | c. Toeleiden naar opvang en (bemoei)zorg |
| b. Integrale diagnostiek | |

3. Maatschappelijke opvang

- | | |
|-----------------------------------------------------------------|-------------------------------|
| a. Nachtopvang, passantenopvang, ziekenboegbedden, crisisbedden | d. Ondersteunende begeleiding |
| b. 24-uurs opvang, meerzorgbedden | e. Verpleging en verzorging |
| c. Activerende begeleiding | |

4. Medische basiszorg

- | | |
|-------------------------------------------------------------------|--|
| a. Huisarts | |
| b. GGD (infectieziektebestrijding/vangnet/gezondheidsbevordering) | |

5. Curatieve GGz/Vz

- | | |
|---------------------------------------|----------------------|
| a. Medisch psychiatrische diagnostiek | c. Acute psychiatrie |
| b. Behandeling (ambulant/klinisch) | |

6. Beschermd wonen/Langdurig verblijf

- | | |
|-----------------------------------------|----------------------------------------|
| a. Beschermd wonen | c. Verblijf dubbele diagnose patiënten |
| b. Verblijf psychiatrie/verslavingszorg | |

7. Begeleid (zelfstandig) wonen

- | | |
|--------------------|-------------------------------------------------|
| a. Aanbod woningen | c. Ambulante woonbegeleiding individueel |
| b. Groepswonen | d. Extra intensieve woonbegeleiding individueel |

8. Integrale bemoeizorg GGz/Vz

- | | |
|-------------------------------------------------------------|--|
| a. Standaard bemoeizorg en trajectbewaking | |
| b. Intensieve bemoeizorg (bijvoorbeeld conform ACT methode) | |

9. Financiële hulp

- | | |
|------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| a. Stabiel inkomen/uitkering | c. Verantwoord omgaan met geld (eventueel inkomensbeheer) |
| b. Schuldhulpverlening | |

10. Dagbesteding

- | | |
|--------------------------------------------------------|---------------------|
| a. Werk | c. Opleiding/cursus |
| b. Reïntegratietraject/vrijwilligerswerk/werkprojecten | d. Dagactiviteiten |

11. Sociaal netwerk

- | | |
|-------------------------------------------------------------|--|
| a. Herstel relatie ouders, familie, burens en vrienden | |
| b. Uitbreiden van het sociaal netwerk (buiten de doelgroep) | |
| c. Opbouwen professioneel netwerk (huisarts/tandarts/etc.) | |

12. Veiligheid

- | | |
|---------------------------------------------------------------------|--|
| a. Extra veilige plekken maatschappelijke opvang en GGz/Vz-verblijf | |
| b. Signaleringsfunctie politie | |
| c. Inrichting stelselmatige daders | |
| d. Inbewaringstelling/rechterlijke machtiging | |

Het zal duidelijk zijn dat – bijvoorbeeld – in het ketenprogramma voor de ‘resocialiseren-groep’ veel aandacht zal zijn voor dagbesteding, terwijl in het programma voor de ‘limiteren-groep’ de veiligheid (van personeel en samenleving) een prominente plaats krijgt en daardoor de dagbesteding ook een andere invulling krijgt. De OGGz-ketens voor de subgroepen verschillen dus in de mate en de vorm waarin de bouwstenen voorkomen in de programma’s.

De OGGz-ketens moeten meer zijn dan een nieuwe beschrijving van het bestaande aanbod. Iedereen onderkent immers dat er méér moet gebeuren voor deze doelgroep. Een deel van de oplossing ligt zonder twijfel in het verbeteren van de samenwerking. Maar de instellingen, zorgverzekeraars, gemeenten en het rijk zullen ook middelen moeten herschikken ten behoeve van de OGGz-doelgroep.

In bijlage 1 is een schematische opsomming gegeven van aspecten die bij de vormgeving en sturing van de OGGz-ketens aandacht vragen (op twee niveaus: individuele cliënten en beleid). Het ideaal is om op basis van deugdelijke epidemiologische informatie en een sociale diagnose van de wijken in de stad, het beleidskader en de inhoud van de OGGz-ketens te bepalen, de specifieke processen vorm te geven en uiteindelijk de effectiviteit en doelmatigheid te beoordelen op een aantal concrete uitkomstmaten. Echter, de OGGz is minder planbaar dan de GGz voor mensen met enkelvoudige en minder ernstige problemen.¹⁷ De zorgbehoeften van de OGGz-doelgroep zijn van persoon tot persoon verschillend, waardoor het opstellen van gedetailleerde cliëntprofielen op basis van statistische informatie alleen zeer kunstmatige uitkomsten kan opleveren.¹⁸ Bovendien is de situatie in de verschillende gemeenten anders en is het daarom van belang oplossingen te vinden die aansluiten bij de specifieke lokale context – soms op stedelijk niveau en soms wijkgericht.

Randvoorwaarden

Het OGGz-aanbod moet kwalitatief en kwantitatief voldoende zijn. Twee belangrijke voorwaarden daarvoor zijn: de garantie van het kabinet dat alle noodzakelijke OGGz-bouwstenen in het nieuwe verzekeringsstelsel beschikbaar zijn voor de OGGz-doelgroep, en duidelijkheid over de regiefunctie van de gemeenten.

Inhoudelijke speerpunten zijn: verbeteren van de geïndiceerde preventie (“stil leed”); integrale GGz/Vz-bemoeizorgteams; regelen van de directe toegang van deze bemoeizorgteams tot het brede aanbod van maatschappelijke dienstverlening en reguliere GGz/Vz; het bevorderen van de uitstroom uit de maatschappelijke opvang.

Beleidskader

Gemeenten moeten volgens de aanstaande Wet maatschappelijke ondersteuning elke vier jaar in een beleidsplan duidelijk aangeven welke doelen ze willen realiseren op de negen prestatievelden van deze wet.¹⁹ De maatschappelijke opvang, het verslavingsbeleid en de OGGz vormen elk een prestatieveld, maar ook de andere prestatievelden zijn van belang in het kader van preventie en de toegang tot algemene voorzieningen.

In de ontwikkeling van het beleidskader worden de volgende zaken meegenomen:

- Verbetering van de signalering en geïndiceerde preventie/vroeginterventie (bij huurschulden, huisuitzettingen en huiselijk geweld, maar ook gericht op ‘stil leed’).
- Verbetering van de functie van één OGGz-aanmeldpunt en de daar plaatsvindende screening/triage.

¹⁷ GGZ Nederland. Gereguleerde concurrentie in de planbare curatieve GGz. April 2005.

¹⁸ Bijvoorbeeld de volgende vier clusters van sociaal kwetsbare mensen: (1) “het fragiele balanceren”; (2) “het zichtbare hunkeren”; (3) “het bedreigde bestaan”; (4) “het vervuilde leven”. [Bransen E., et al. Openbare Geestelijke Gezondheidszorg voor kwetsbare mensen. Utrecht, Trimbos Instituut, 2001.]

¹⁹ Het kabinet kiest er voor om de uitvoering van de OGGz te leggen bij de 43 centrumgemeenten. “Vanwege de samenhang met het beleid op het gebied van maatschappelijke opvang en verslavingsbeleid zullen (op termijn) de middelen voor de openbare geestelijke gezondheidszorg (AWBZ-middelen, de AFBZ-subsidieregeling OGGz en de AWBZ-middelen voor de collectieve preventie van ernstige psychosociale problemen) aan de specifieke uitkering maatschappelijke opvang en het verslavingsbeleid worden toegevoegd.” [Kamerstukken II, 2004-2005, 30131, nr. 3.]

- Vorming van integrale GGz/Vz-bemoeizorgteams voor: (a) persoonsgerichte behandeling en begeleiding in de maatschappelijke opvang/beschermd wonen; (b) psychiatrische thuiszorg voor patiënten die zelfstandig wonen; (c) trajectbegeleiding over de volle breedte van de OGGz-keten.
- Bevorderen van de doorstroom en uitstroom uit de maatschappelijke opvang, o.a. door:
 - het ontwikkelen van een gedifferentieerd aanbod van woonbegeleiding (zowel individueel als in kleine groepen) afgestemd op de mogelijkheden van de cliënt
 - actief toeleiden van mensen met ernstige en chronische psychiatrische aandoeningen in de maatschappelijke opvang naar beschermd wonen of GGz/Vz-verblijf.
- Ontwikkelen van beschermd wonen en 'long stay' psychiatrie voor de meest lastige en onaangepaste OGGz-groep.

Financiering/inkoop

Na de stelselherziening blijven er vier financieringsbronnen nodig voor de OGGz:AWBZ, basisverzekering, Wet maatschappelijke ondersteuning en overige bronnen vanuit de keten. Samenwerking en overleg tussen gemeenten en zorgverzekeraars is daarom nodig. Deze samenwerking is ook gewenst omdat de scheiding tussen langdurig zorgafhankelijke psychiatrische patiënten en OGGz niet altijd even helder te maken zal zijn. Bovendien kunnen investeringen in het voorkomen van sociaal verval van langdurig zorgafhankelijke psychiatrische patiënten, de omvang van de OGGz-groep beperken, bijvoorbeeld door het opzetten van adequate steunstructuren in de wijken. Uitgangspunt is dat overgangen in de financieringsbron de continuïteit in de keten niet mogen belemmeren. Daarvoor is nodig:

- Voldoende capaciteit bij de verschillende OGGz-bouwstenen, van laagdrempelige inloop tot voldoende zelfstandige woonruimte en woonbegeleiding.
- De garantie van het kabinet dat alle noodzakelijke OGGz-bouwstenen in het nieuwe verzekeringsstelsel beschikbaar zijn voor de OGGz-doelgroep. Ook als iemand onvoldoende verzekerd blijkt, of in geval extra inspanningen noodzakelijk zijn.
- Nieuwe sturingsinstrumenten voor de gemeenten om ook daadwerkelijk een sluitende keten te kunnen organiseren – over de verschillende financieringsbronnen heen.
- Heldere resultaatsafspraken met de aanbieders van zorg en ondersteuning, bijvoorbeeld: het reduceren van het aantal crisisopnames van personen die reeds in zorg zijn (zie verder kolom 4 van bijlage 1).
- Eén lokale zorgtoewijzing voor de OGGz-doelgroep, zowel voor zorg als opvang en ondersteuning – én op een niet-bureaucratische manier geregeld.
- Eigen verantwoordelijkheid van alle gemeenten voor de eigen inwoners (het aanwijzen van centrumgemeenten mag niet leiden tot het afschuiven van verantwoordelijkheid).



Evaluatie/kwaliteitsbewaking

Voor het ontwikkelen van sluitende zorgketens moeten gemeenten, zorgverzekeraars en zorgaanbieders ook een aantal zaken operationeel verbinden, zodat toegankelijkheid, samenhang en continuïteit gewaarborgd zijn. Met name een goede koppeling tussen het integrale bemoeizorgteam en het achterland, bestaande uit maatschappelijke ondersteuning en zorg, is noodzakelijk.

- Cruciaal zijn de koppelingen tussen signalering (functie 1 in tabel 2), toegang (functie 2) en integrale bemoeizorg (functie 7). Per OGGz-keten is één bemoeizorgteam verantwoordelijk voor de trajectbewaking en per individueel traject één hulpverlener (met vaste back-up).
- Regelen dat het bemoeizorgteam direct toegang heeft tot zorg, gemeentediensten en een breed aanbod van maatschappelijke ondersteuning (onderdak, schuldhulpverlening, uitkering, dagbesteding, vriendendiensten, et cetera). De trajectbegeleider moet binnen de gemaakte afspraken partijen kunnen dwingen tot medewerking.
- Centrale registratie en monitor via een stedelijk OGGz-casusregister, voor de bewaking van de voortgang van individuele trajecten (maar ook voor resultaatsverantwoording en beleidsontwikkeling).



CONCLUSIE

De gemeenten Amsterdam, Den Haag, Rotterdam en Utrecht, en de aanbieders van geestelijke gezondheidszorg en verslavingszorg uit deze steden, zijn van mening dat de OGGz-doelgroep breder is dan de subgroep overlastgevende zorgmijders en dat goede ketensamenwerking op dit terrein meer vergt dan het overhevelen van enkele (krappe) budgetten van de AWBZ naar de gemeenten. Er is meer nodig, vooral in de vier grote gemeenten. Wij vragen van het kabinet de garantie dat alle noodzakelijke OGGz-bouwstenen in het nieuwe verzekeringsstelsel beschikbaar zijn voor de OGGz-doelgroep.

De gemeenten en aanbieders delen het gevoel van urgentie om gezamenlijk voldoende en goede zorg en ondersteuning te organiseren voor deze doelgroep. Dit visiedocument is daartoe een eerste stap. In het najaar van 2005 willen de gemeenten en aanbieders deze visie vervolgens verder uitwerken en zullen daarbij (zie ook bijlage 1) aandacht schenken aan:

- De vraag: demografische gegevens die samenhangen met OGGz; omvang van de doelgroep; peiling van hulpbehoefte; schatting van het huidige gebruik van opvang en zorg;
- Het benodigde aanbod (kwalitatief en kwantitatief): voorzieningen, netwerken, budgetten, personeel, protocollen, samenwerkingsafspraken, kwaliteitseisen, et cetera;
- De gewenste uitkomsten, bijvoorbeeld: afname dakloosheid, minder huissuitzettingen, minder gedwongen opnames, minder personen met ernstige chronisch psychiatrische stoornissen in de gevangenis en maatschappelijke opvang;
- De financierings- en sturingssystematiek, waaronder sturingsinstrumenten voor de gemeenten om ook daadwerkelijk een sluitende keten te kunnen organiseren – over de verschillende financieringsbronnen heen.



OGGz op twee niveau's

	Vraag	Aanbod	Proces	Uitkomst
Beleid	<ul style="list-style-type: none"> Lokale demografische gegevens die samenhangen met psychische stoornissen (incl. verslavingen), en de OGGz-problematiek specifiek Omvang van de doelgroep, naar aard en ernst van problemen Peiling van hulpbehoefte van de doelgroep (en eventueel helder af te bakenen subgroepen) op de verschillende leefgebieden Schatting van het huidige gebruik van opvang en zorg, en het aantal personen niet-in-zorg 	<ul style="list-style-type: none"> Wetgeving en rijksbeleid (WMO, BOPZ, etc.) Bestaande voorzieningen (aantal/capaciteit/kwaliteit staf) uitgesplitst naar de componenten van de totale keten Bestaande netwerken/vormen van samenwerking tussen de voorzieningen Beschikbare budgetten Personeel (capaciteit en samenstelling naar disciplines) 	<ul style="list-style-type: none"> Heldere richtlijnen en protocollen voor toegang, indicatiestelling, zorg, ondersteuning en evaluatie. Objectieve kwaliteitseisen (o.a. veiligheid, toegankelijkheid, bereikbaarheid, wachttijden, verwijzing, informatiestromen, klachtenprocedure, et cetera) Extra inspanningen die nodig zijn om de meest kwetsbare groepen te (blijven) bereiken Heldere afspraken over de verantwoordelijkheid bij ketenzorg: wie is verantwoordelijk voor welk deel, plus waarborgen continuïteit (kwaliteitseisen voor overdracht) 	<ul style="list-style-type: none"> Geleverde productie (verrichtingen, bezetting, contacten, et cetera) Bereikte effecten (bijvoorbeeld: afname dakloosheid, minder huisuitzettingen, minder gedwongen opnames, minder personen met ernstige chronisch psychiatrische stoornissen in de gevangenis en MO) Doelmatigheid (minder 'drop out' en 'no show', groter bereik met zelfde middelen, snellere indicatiestelling, kortere verblijfsduur MO, et cetera)
Clïënt	<ul style="list-style-type: none"> Individuele verwachtingen, wensen en eisen van de cliënt Objectieve individuele behoefte aan hulp en ondersteuning (diagnose/indicatie) Verwachtingen, wensen en eisen van de familie en sociale omgeving 	<ul style="list-style-type: none"> Specifieke methode/techniek van zorg en ondersteuning (match aanbod op vraag); denk aan: bemoezorg/ACT en dwang- en drangtrajecten Kennis en vaardigheden van de hulp- en dienstverleners (integrale GGz/Vz; specifieke vaardigheden voor onhandelbare cliënten) Informatie voor cliënt, familie en sociale omgeving 	<ul style="list-style-type: none"> Subjectief beleefde kwaliteit (toegang, indicatiestelling, veiligheid, zorgvuldigheid, bejegening, et cetera) Monitoring: continuïteit en samenhang van de hulpverlening en ondersteuning (niet van-het-kastje-naar-de-muur; niet tussen-wal-en-schip); kwaliteit van verwijzingen Volgende informatie en goede communicatie naar cliënt en diens sociale omgeving Zelfstandigheid cliënt Ondersteuning mantelzorg, familie en andere naasten 	<ul style="list-style-type: none"> Vermindering van klachten, symptomen en beperkingen Tevredenheid cliënt met resultaten Kwaliteit van leven (denk ook aan toename participatie) Behoeft aan meer zorg en ondersteuning Recidive/tijdsduur tussen opeenvolgende behandelingen Belasting voor de directe sociale omgeving Klachten

Regio's: centrumgemeenten G4 vs. Zorgkantoren

Centrumgemeente Amsterdam:

Aalsmeer
Amstelveen
Amsterdam
Diemen
Haarlemmermeer
Ouder-Amstel
Uithoorn
De Centrumgemeente Amsterdam omvat twee zorgkantoorregio's: Amsterdam (2002: 758.276) en Amstelland / Meerlanden (257.833)²⁰

Centrumgemeente Rotterdam:

Albrandswaard
Barendrecht
Capelle aan den IJssel
Krimpen aan den IJssel
Ridderkerk
Rotterdam
De Centrumgemeente Rotterdam omvat, naast zorgkantoorregio Rotterdam (692.614) ook een klein deel van de zorgkantoorregio Zuidhollandse Eilanden (overige deel is centrumgemeente Spijkenisse)

Centrumgemeente Den Haag:

Leidschendam-Voorburg
Rijswijk
's-Gravenhage
Wassenaar
Zoetermeer
Centrumgemeente Den Haag valt samen met zorgkantoorregio Haaglanden (666.726)

Centrumgemeente Utrecht

Abcoude
Breukelen
Bunnik
De Bilt
De Ronde Venen
Doorn
Driebergen-Rijsenburg
Houten
IJsselstein
Loenen
Lopik
Maarssen
Montfoort
Nieuwegein
Oudewater
Utrecht
Vianen
Wijk bij Duurstede
Woerden
Zeist
De zorgkantoorregio Utrecht (1.146.564) omvat de regiogemeenten Utrecht en Amersfoort.

²⁰ Bron: RIVM, Nationale Atlas Volksgezondheid, <http://www.rivm.nl/vtv/home/Atlas/>.



AMSTERDAM DEN HAAG ROTTERDAM UTRECHT
AMSTERDAM DEN HAAG ROTTERDAM UTRECHT
HAAG ROTTERDAM UTRECHT AMSTERDAM DEN
UTRECHT AMSTERDAM DEN HAAG ROTTERDAM U
DAM DEN HAAG ROTTERDAM UTRECHT AMSTER
ROTTERDAM UTRECHT AMSTERDAM DEN HAAG
CHT AMSTERDAM DEN HAAG ROTTERDAM UTRI
DEN HAAG ROTTERDAM UTRECHT AMSTERDAM
DAM UTRECHT AMSTERDAM DEN HAAG ROTTER
STERDAM DEN HAAG ROTTERDAM UTRECHT AMS
ROTTERDAM UTRECHT AMSTERDAM DEN HAAG
CHT AMSTERDAM DEN HAAG ROTTERDAM UTRI
DEN HAAG ROTTERDAM UTRECHT AMSTERDAM