

Vergaderjaar 2004–2005

**29 325**

## **Interdepartementaal beleidsonderzoek: Maatschappelijke opvang**

**Nr. 2**

### **BRIEF VAN DE STAATSSECRETARIS VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT**

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 17 december 2004

#### **1. Inleiding**

In het standpunt op het IBO-rapport *De maatschappelijke opvang verstoort* heeft het kabinet toegezegd zich te bezinnen op de vraag of in de keten van maatschappelijke opvang meer dwang toegepast zou moeten worden.<sup>1</sup> Het voorliggende Plan van aanpak verloedering en overlast is het resultaat daarvan.

De aanpak van verloedering en overlast is voor dit kabinet ook in het kader van normen en waarden een belangrijk onderwerp. Binnen verschillende beleidsdomeinen (criminaliteitspreventie, veiligheidsbeleid, gezondheidszorg) is er een groep mensen in beeld die onevenredig veel aandacht vraagt van lokale instanties (wonen, welzijn en politie) en overlast bij medeburgers veroorzaakt. Die overlast vindt zijn oorzaak in psychische problemen, verslavingsproblemen en dakloosheid. Desondanks mijden ze vaak de zorg. Maar het past onze samenleving niet om deze mensen aan hun lot over te laten. Het kabinet wil ook deze mensen in staat stellen zo volwaardig en zelfstandig mogelijk deel te nemen aan de samenleving. Daarvoor doet het een beroep op de verantwoordelijkheid van deze burgers én op de verantwoordelijkheid van instellingen om deze groep burgers niet aan hun lot over te laten.

Het kabinet onderscheidt in zijn beleid drie groepen overlastgevend:

1. De veelplegers, die niet alleen overlast veroorzaken, maar ook veel misdrijven plegen. Vaak is er een relatie met alcohol en/of drugsverslaving. De Wet plaatsing in een inrichting voor stelselmatige daders, die op 1 oktober 2004 in werking is getreden, biedt mogelijkheden hiertegen effectief op te treden.
2. Overlastgevende zorgmijders die overlast veroorzaken waarbij een (oorzakelijke) relatie is met ernstige psychische en verslavingsproblemen en dakloosheid.
3. Overlastgevend van wie het gedrag als asociaal bestempeld wordt.

<sup>1</sup> Kamerstukken II, 2003–2004, 29 325, nr. 1.

Over de aanpak van deze groep heeft de minister van Justitie u onlangs een brief gestuurd.<sup>1</sup>

Het voorliggende plan van aanpak heeft betrekking op de overlastgevende zorgmijders. Dat laat onverlet dat de aanpak van de overlast van de andere twee groepen positieve effecten heeft op deze groep. Bij de voorbereiding van dit plan van aanpak heeft overleg met gemeenten, zorginstellingen en justitiële instellingen plaatsgevonden. Daaruit is gebleken dat dit plan ook tegemoet komt aan wensen van deze partijen voor een effectievere aanpak van dit vraagstuk. Zij ervaren vooral de voorstellen over het overhevelen van de OGGZ-middelen naar gemeenten en de voorstellen waardoor de Wet Bopz beter gebruikt kan worden als een doorbraak. Het plan speelt in op de vele initiatieven die voor deze groep al ondernomen worden. Daarom bevat deze brief ook «good practices» waarvan ik hoop dat daarvan een voorbeeldwerking uitgaat.

De in dit plan aangekondigde acties zullen in het stramien van het programma «Naar een veiliger samenleving» uitgewerkt worden en diens tengevolge bijdragen aan de doelstelling van dat programma<sup>2</sup>. Over de voortgang van dit plan rapporteert het kabinet via de tussentijdse rapportages. De eerstvolgende verschijnt in mei 2005.

## 2. Probleemanalyse

### 2.1 Kwantitatieve en kwalitatieve analyse van de doelgroep: overlastgevende zorgmijders

#### **Nederland**

15 200 dak- en thuislozen in 2001 (schatting in Zwerven in de 21e eeuw, 2003); andere schattingen zijn beduidend hoger  
4839 rechterlijke machtigingen en 6861 inbewaringstellingen GGZ in 2002, gemeld bij IGZ  
8000 mensen met ernstige psychiatrische problemen die geen contact hebben met de hulpverlening en waarbij sprake is van geregeld optredende acute nood, bijvoorbeeld door verergering van ziekteverschijnselen, zoals wanen en hallucinaties, al dan niet in combinatie met verslavingsproblemen (Advies Gezondheidsraad, Zorg voor niet-opgenomen acute psychiatrische patiënten, 2004)

#### **Amsterdam**

4000 dak- en thuislozen (schatting van gemeente gebaseerd op gemiddeld 2000 dak- en thuislozen per dag)

4200 harddrugsverslaafden, waarvan 1500 problematisch

#### **Den Haag**

788–1275 daklozen (Trimbos-rapport 2001)

#### **Rotterdam**

4600 dak- en thuislozen

3000 problematisch verslaafden

700 personen die extreme overlast bezorgen, crimineel gedrag vertonen, mogelijk verslaafd zijn en/of psychiatrische problemen hebben en vaak dak- en thuisloos zijn (schatting)

#### **Utrecht**

500 overlastgevende zorgmijders

800–1000 daklozen (schatting in Zorg op straat 1)

1500 verkommerden en verloederden

De groep zorgmijders is moeilijk in kaart te brengen. Als individu zijn ze bekend bij politie en hulpverlening. Maar specifieke cijfers over deze doelgroep ontbreken. De betrouwbaarheid en vergelijkbaarheid van de cijfers laat nog veel te wensen over. Bovenstaand kader bevat enkele landelijke cijfers die vooral gebaseerd zijn op schattingen, aangevuld met cijfers van de G4.

<sup>1</sup> Kamerstukken II, 2004–2005, 28 684, nr. 39.

<sup>2</sup> In de periode 2008–2010 moet het Veiligheidsprogramma leiden tot een reductie van criminaliteit en overlast in de publieke ruimte met 20 tot 25%. Die reductie moet in 2006 in de probleemwijken in de grote steden reeds in 2006 (meting 2007) waarneembaar zijn.

De doelgroep bestaat uit een vooral op straat zichtbare groep mensen die niet de hulp (wil) krijgen die zij nodig heeft. Daardoor dreigt voor hen maatschappelijke teloorgang. De belangrijkste oorzaken daarvoor zijn verslaving aan drugs of alcohol, psychische en persoonlijkheidsstoornissen.

De verloedering gaat in een aantal gevallen samen met overlastgevend gedrag. De strafbare feiten die hiermee gepaard gaan, leveren hooguit korte vrijheidsstraffen op. Ze zijn in veel gevallen te licht voor toepassing van de maatregel tot plaatsing in een Inrichting voor Stelselmatige Daders (voor veelplegers). Het strafrecht is niet het geschikte middel om overlast te bestrijden.

## *2.2 Huidig instrumentarium: er kan meer, maar er zijn leemten*

De oorzaken waarom weinig overlastgevendende zorgmijders de zorg en ondersteuning krijgen die zij nodig hebben, zijn hun eigen gedrag, de ontoegankelijkheid van het zorgaanbod, ontoereikend (gebruik van) het bestuurlijk-juridisch instrumentarium op lokaal niveau en het onvoldoende toepassen van de wet Bopz.

Zorgmijders onttrekken zich aan de hulpverlening, omdat zij bijvoorbeeld weten dat zij vaak met hun drugsgebruik moeten stoppen als ze in een instelling willen blijven. Maar het kan ook het gevolg zijn van slechte ervaringen, bijvoorbeeld omdat ze ooit onder dwang zijn opgenomen. Ze hebben een wantrouwen gekregen jegens mensen die hen willen helpen.

### *Schakelstation Zuid-Kennemerland*

Het doel van de ketensamenwerking is de kwaliteit van leven van sociaal kwetsbare mensen met zorgmijndend gedrag én hun omgeving te verbeteren. Inzet op het verminderen van de overlast voor de samenleving en de cliënt zelf is daarmee ook een samenwerkingsdoel.

De ondertekening op 23 september jl. van een ketensamenwerkingsovereenkomst gericht op kwetsbare mensen met zorgmijndend gedrag vormde de start van het Schakelstation: een centraal meld- en coördinatie(regie)punt bij de GGD waar kwetsbare mensen worden aangemeld, geregistreerd, aan een mentor gekoppeld en blijvend worden gevolgd. De mentoren zijn afkomstig van elf ketenpartners.

Deze missie realiseren de ketenpartners door meer dan voorheen op assertieve wijze te blijven zoeken naar een passend aanbod: durven doen. Door daadwerkelijk vorm te geven aan het integrale karakter van het aanbod: samen werken en door alleen afspraken te maken die nagekomen kunnen worden en deze uitvoeren: doen wat je zegt.

Bron: Kwetsbare mensen met zorgmijndend gedrag in Zuid-Kennemerland

Wanneer zorgmijders toch hulp zoeken zijn er voor hen hoge drempels. Want de regels en methoden die instanties (moeten) hanteren sluiten nauwelijks aan bij de dagelijkse realiteit van zorgmijders. Ze hebben geen adres, telefoon, agenda, geld en officiële documenten. Ook hanteren instellingen op therapeutische gronden contra-indicaties op grond waarvan een opname geweigerd kan worden. Dan gaat het bijvoorbeeld om verslaving.

Gelukkig ontwikkelen steeds meer zorginstellingen vormen van bemoeizorg. Het gaat vaak om een combinatie van psychiatrische zorg, praktische hulp en het bieden van onderdak, veiligheid en voedsel. Doel is contact leggen en houden, patiënten praktisch begeleiden en zo mogelijk behandelen. Maar de financiering vindt vaak plaats op projectbasis. Dat betekent dat instellingen het aanbod wel opstarten, maar dit stopzetten als de geldstroom wegvalt. Ook ondervinden instellingen problemen om voor

bemoeizorg kenmerkende activiteiten als cliëntvinding, veelvuldige contacten met het netwerk en «no show-contacten» gedeclareerd te krijgen.

De samenwerking tussen instellingen is te vrijblijvend. Dit wordt onder meer veroorzaakt door versnippering van de hulpverlening en financieringsstromen, (vermeende) belemmeringen in privacy-wetgeving, verschillen in definities en informatieregimes, capaciteitsproblemen (sancties/zorg), niet-sluitende overdracht en gebrek aan ketenmanagement en -regie.<sup>1</sup> Wel is de vraag gewettigd of instellingen zich niet achter deze argumenten verschuilen. Bovenstaand voorbeeld laat zien dat er veel kan. Er zijn meer van deze voorbeelden, maar de basis van die samenwerking is wel vrijwillig. Vooral gemeenten willen daarom meer zeggenschap over het aanbod van de GGZ en de verslavingszorg. Zij denken dan beter in staat te zijn regie te voeren over de ketenpartners rondom deze doelgroep. De indruk bestaat wel dat gemeenten meer dan nu hun eigen aanbod op het terrein van huisvesting, dagbesteding, schuldhulpverlening en arbeidsreïntegratie kunnen benutten voor een meer assertieve aanpak van deze groep. Onderstaand voorbeeld van de gezamenlijke aanpak in Amsterdam Zuidoost illustreert dat.

*Geïntegreerde Voorziening Drugshulpverlening Amsterdam Zuidoost*

Het totaal aantal drugsverslaafden in Zuidoost wordt, op kwartaalbasis, geschat op 900 personen. Het gaat voor ca. 80% om mannen van Surinaams/Nederlands Antilliaanse origine, ouder dan 40 jaar. De verslavingsduur is meer dan twintig jaar. Het aantal drugsverslaafden dat geen gebruik maakt van hulpverlening en uitkeringsrechten is aanzienlijk. Om hierin verandering aan te brengen heeft Amsterdam een geïntegreerde voorziening tot stand gebracht waarin de ketenpartners uit de domeinen zorg, werk, inkomen, politie en justitie samenwerken. Zij leveren de cliënten aan voor deze voorziening. Ook de Sociale Dienst maakt deel uit van deze voorziening. De Sociale dienst beheert voor ca. 300 cliënten de uitkering en/of verstrekt bijstand in natura in de vorm van het regelen van slaapplekken. Door de geïntegreerde aanpak door verschillende organisaties worden drugsverslaafde cliënten beter bereikt. Op deze wijze is het naar verwachting mogelijk cliënten daadwerkelijk gebruik te laten maken van aangewezen hulp c.q. onderdak. De bedoeling is dat het aantal cliënten van de Sociale Dienst dat gebruikt maakt van de Geïntegreerde Voorziening stijgt tot 500 cliënten op jaarbasis.

Bron GGGD Amsterdam

De gemeentelijke verantwoordelijkheid voor het handhaven van de openbare orde biedt gemeenten ook mogelijkheden om meer assertief op te treden naar overlastgevende zorgmijders. Zij kunnen regels stellen en op overtreding daarvan straf stellen. Een voorbeeld is de strafbaarstelling van bedelarij. Rotterdam is voor zover bekend de enige gemeente die van deze mogelijkheid gebruik maakt. De model-APV van de VNG bevat geen modelbepaling over deze onderwerpen. Bij gemeenten lijkt hier geen behoefte aan te bestaan. Wanneer het niet gelukt is dat al of niet onder drang zorgmijders vrijwillig hulp accepteren, resteert de optie van dwangopname en -behandeling. De mogelijkheden daarvoor zijn beperkt, maar worden niet volledig benut. Dat laatste heeft vooral te maken met verschillende interpretaties van begrippen uit de Wet Bopz. Deze wet ziet toe op gedwongen opnemingen van onder andere psychiatrische patiënten in psychiatrische instellingen als er sprake is van een gevaarssituatie voor de persoon zelf of voor diens omgeving die wordt veroorzaakt door een geestesstoornis. De praktijk leert dat vooral bij de hulpverlening onduidelijkheid bestaat of ernstige verslaving een geestesstoornis is in de zin van de Wet Bopz. Ook de toepassing van het gevaarscriterium laat verscheidenheid zien. Er zijn voorbeelden waarin rechters het gevaarscriterium heel nauw hanteren. Ook psychiaters doen dat en zien dan af van een gang naar de rechter. Anderzijds komen rechters en psychiaters in hun

<sup>1</sup> Opsomming ontleend aan rapport Boer & Croon over Veelplegers.

uitleg van het gevaarscriterium dicht bij het bestwil-criterium. Sommige psychiaters zijn aarzelend over een dwangopneming als zij twijfelen aan de mogelijkheid van behandeling. Andere psychiaters vinden dat de drempel voor dwangbehandeling te hoog is: «als er makkelijker onder dwang kan worden behandeld, kun je mensen snel van straat halen en hoef je ze ook niet zo lang hun vrijheid te benemen». Deze psychiaters vinden dat zij nu met de handen op de rug moeten toekijken omdat ze niet onder dwang mogen behandelen.

### **3. Uitgangspunten**

Een verbetering van de zorg aan mensen aan de rand van de samenleving komt de kwaliteit van hun leven ten goede. Daardoor zal bovendien de overlast die deze mensen veroorzaken verminderen. Het perspectief om beleid te ontwikkelen voor deze groep kan niet òf overlast òf zorg zijn. Het gaat om een tweevoudig perspectief: door het bieden van adequate zorg en een verbetering van de kwaliteit van leven vermindert de overlast.

Overlastgevende zorgmijders moeten de hulp krijgen die zij nodig hebben om een verdere teloorgang en de overlast die daarmee gepaard gaat te voorkomen. Dat begint bij de directe omgeving die de teloorgang moet signaleren bij gemeentelijke of zorginstellingen. Bij gemeenten ligt ook de beleidsverantwoordelijkheid om te voorkomen dat mensen tot deze doelgroep gaan behoren.

Vervolgens vraagt dat een persoonsgerichte aanpak omdat het algemene beleid onvoldoende effectief is voor deze doelgroep. Zonodig wordt deze hulp afgedwongen, hetzij bij de cliënt, hetzij bij de betrokken instellingen. Gemeenten regisseren een optimale keten van zorg- en dienstverlening voor deze groep.

Om deze situatie te bereiken moeten drie dingen verbeteren.

In de eerste plaats moet deze groep meer dan nu op de huid gezeten worden om hulp te accepteren. Intensieve drang moet worden uitgeoefend om iemand hulp te laten accepteren.

Ten tweede moet als dat niet lukt, het in specifieke situaties gemakkelijker worden om mensen onder dwang te helpen. Het recht op zorg (de noodzaak van zorg) en het belang van de samenleving kunnen zwaarder wegen dan het recht op zelfbeschikking van mensen als zij door hun verslaving of stoornis maatschappelijk teloor dreigen te gaan. Dat rechtvaardigt (onorthodoxe) maatregelen met meer accent op drang en – als het niet anders kan – op dwang. Dwang blijft een ultimum remedium. Dat hoeft niet beperkt te blijven tot dwangopname. Als dat nodig is, moet er onder dwang behandeld kunnen worden, mits duidelijk is waarvoor en onder waarborgen.

In de derde plaats is het nodig dat de samenwerking tussen instellingen minder vrijblijvend wordt.

Op basis van een cliëntvolgsysteem zijn instellingen altijd op de hoogte van het hulpverleningstraject. Als de situatie daarom vraagt, bijvoorbeeld in een crisissituatie moet de medewerking van een instelling door een gemeente afgedwongen kunnen worden.

Het voorliggende plan is erop gericht om de hiervoor geschetste verbeteringen te realiseren. Dat wil zeggen dat overlastgevende zorgmijders eerder en beter dan nu geholpen worden. Met dit programma wil het kabinet bereiken dat in 2007 daarvoor de voorwaarden aanwezig zijn. Zoals gezegd, overlast, criminaliteit door verslaafden en dealers zullen als gevolg van opvang en verbetering van leefomstandigheden afnemen. Ze zullen niet volledig verdwijnen. Het gaat het om het beheersbaar maken van dit vraagstuk.

#### 4. Doelstellingen en maatregelen

Het kabinet heeft voor 2007 de volgende doelstellingen geformuleerd:

- De mogelijkheden voor drang op cliënten om hulp te accepteren zijn vergroot.
- De ketensamenwerking tussen instellingen is minder vrijblijvend gemaakt.
- Het gebruik van de Wet Bopz voor deze doelgroep is verbeterd.

Op dit moment vindt al het nodige plaats om deze drie doelstellingen te realiseren. In aanvulling daarop zijn maatregelen nodig om te zorgen dat die doelen daadwerkelijk gerealiseerd worden. Het gaat dan vooral om maatregelen die tegemoet komen aan wat iemand nodig heeft om weer enigszins gewoon in onze samenleving mee te doen.

##### 4.1 Verruimen van drang op cliënten om ondersteuning en hulp te accepteren

Het kabinet wil dat er meer zorgmijders hulp gaan aanvaarden dan nu het geval is. Daarvoor is nodig dat de zorg assertiever wordt aangeboden en dat het aanbod beter aansluit op de behoefte van de doelgroep.

##### *Ontwikkelen van een verbeterd assertief zorgaanbod*

###### *Bemoeizorg: GGZ voor veiligheid*

De GGZ wil mensen met ernstige psychische stoornissen die de zorg mijden, in zorg krijgen en houden. Bij deze ambitie hebben vele partijen belang, vooral op lokaal niveau. Denk bijvoorbeeld aan gemeenten en politie. Daarom moeten GGZ-instellingen concrete en wederzijds verplichtende afspraken maken met lokale partijen. De GGZ draagt op deze manier bij aan een veiliger samenleving voor iedereen: patiënt en burger. Daarnaast zorgt de GGZ voor voldoende beveiligde bedden voor specifieke doelgroepen. Zo komen er beveiligde bedden voor patiënten met een psychische stoornis en gedragsproblemen, voor patiënten die een delict gepleegd hebben en voor ernstig verslaafde patiënten die heroïne krijgen.

Uit Visiedocument GGZ Nederland, november 2004

Er is een meer assertieve benadering nodig om meer zorgmijders hulp te laten aanvaarden. Het kabinet juicht daarom toe dat in de steden steeds meer bemoeizorg plaatsvindt. De ambitie van de GGZ-sector om in 2009 alle zorgmijders in beeld hebben en de helft daarvan in behandeling zal ongetwijfeld daarop een positief effect hebben. Het kabinet onderschrijft deze ambitie, maar wil ook met de sector afspraken maken wat hiervan al in 2007 gerealiseerd is.

Een goed voorbeeld overigens van het assertief aanbieden van zorg is de toepassing van Assertive Community Treatment (ACT). Verschillende ggz-instellingen in Nederland passen deze methodiek met succes toe. Een andere mogelijkheid om drang uit te oefenen biedt de dit jaar in werking getreden Wet werk en bijstand (Wwb). Deze wet biedt gemeenten instrumenten om de bijstandsverlening in te zetten om bijvoorbeeld zorgmijders te verleiden om hulp te accepteren. Ik verwijs hierbij naar het eerder beschreven experiment in Amsterdam-Zuidoost.

Een specifieke groep waarop steden drang willen uitoefenen zijn verslaafden die uit de eigen stad afkomstig zijn. Om hun overlast te verminderen ontwikkelt een aantal steden (Utrecht, Heerlen, Rotterdam) een beleid om ze terug te leiden naar hun oorspronkelijke zorg- en sociale netwerk. Dit beleid is mede ingegeven door de aanpak in Zwitserland van de overlast van harddrugsverslaafden. Strikt genomen is dit beleid op dit moment in

strijd met de landelijke toegankelijkheid van voorzieningen voor maatschappelijke opvang en verslavingsbeleid. Het kabinet is bereid om de eis van landelijke toegankelijkheid te beperken tot de crisisopvang (inclusief de vrouwenopvang). Deze beperking draagt bij aan het verminderen van de druk op de grote steden. Genoemde voorzieningen vallen vanaf 2006 onder de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO). In het wetsvoorstel dat het kabinet volgend voorjaar naar de Kamer zal sturen zal deze beperking worden opgenomen.

#### *Ontwikkelen van een aanbod dat beter aansluit op behoefte doelgroep*

Niet alleen de benadering van de zorgmijders heeft verbetering, ook het aanbod zelf moet meer aansluiten op de behoeften van deze groep. Want onder deze groep van zorgmijders bevinden zich vooral in de vier grote steden mensen die niet meer vatbaar lijken voor behandeling. Het gaat dan vooral om chronisch verslaafden voor wie, ook al zijn ze opgenomen – al dan niet onder dwang –, weinig mogelijkheden voor behandeling zijn. Zij zullen niet afkicken. Deze groep heeft behoefte aan voorzieningen, mogelijk zelfs buiten de stad, waar zij zonder verplichting tot behandeling kunnen verblijven. Het moet daar ook mogelijk zijn om onder voorwaarden te gebruiken. Zij krijgen daar onderdak en een zinvolle dagbesteding. Het kabinet wil met steden nader bezien onder welke voorwaarden een dergelijke voorziening tot stand kan komen. Het uitgangspunt is een vrijwillig verblijf. Mogelijk kan hier een verbinding gelegd worden met de brede pilot die de minister van Justitie van plan is met het «Doe normaal contract». Een dergelijk contract kan eraan bijdragen dat het verblijf in een dergelijke voorziening niet vrijblijvend is.

Een andere mogelijkheid om het aanbod beter te laten aansluiten bij de behoefte van de doelgroep biedt de verruiming van de heroïnebehandeling. De Tweede Kamer heeft ingestemd met de uitbreiding van de heroïnebehandeling van 300 naar maximaal 1000 plaatsen, verdeeld over 15 behandel eenheden verspreid over Nederland. Nu zijn er zes eenheden. De behandeling blijft bestemd voor ernstig zieke, chronisch heroïne-verslaafden die geen baat hadden bij methadonbehandeling alleen. BZK heeft € 1 mln. per jaar (voor een periode van 3 jaar) beschikbaar gesteld voor de nieuwe behandel eenheden.

#### *4.2 De ketensamenwerking tussen instellingen wordt minder vrijblijvend*

De problemen van overlastgevende zorgmijders liggen op verschillende terreinen. Voor een effectieve aanpak is een goede samenwerking tussen ketenpartners vereist. Dat vraagt om sterke regiefunctie van de gemeente. Ook kan de samenwerking verbeterd worden als de gegevensuitwisseling goed verloopt.

#### *Vergroten van gemeentelijke zeggenschap over aanbod ggz-instellingen*

De gemeentelijke regierol kan versterkt worden als gemeenten meer zeggenschap krijgen over de GGZ. In de Wet collectieve preventie volksgezondheid (Wcpv) is vastgelegd dat de gemeenteraad zorg moet dragen voor het bevorderen van openbare geestelijke gezondheidszorg (OGGZ). Daaronder wordt o.a. verstaan het bereiken en begeleiden van kwetsbare personen en risicogroepen, het functioneren als meldpunt voor signalen van crisis of dreiging van crisis bij kwetsbare groepen en risicogroepen en het tot stand brengen van afspraken tussen betrokken organisaties over de uitvoering van de OGGZ. In veel gemeenten bestaan op vrijwillige basis OGGZ-convenanten, zoals het hiervoor beschreven Schakelstation. Maar gemeenten missen de zeggenschap om aanbod van GGZ-instellingen in te kopen. Het kabinet wil de gemeenten die invloed geven. Daarom heeft het kabinet besloten de middelen voor de OGGZ over te hevelen van

de AWBZ naar gemeenten. Overheveling sluit ook aan bij het voornemen de OGGZ-subsidieregeling onder te brengen in de WMO.<sup>1</sup> Bij de uitwerking hecht het kabinet er zeer aan dat de over te hevelen middelen ingezet worden voor deze doelgroep zodat de overheveling bijdraagt aan het doel dat meer zorgmijders hulp accepteren. Het kabinet wil dat gemeenten hun verantwoordelijkheid nemen en prestatieafspraken maken met de aanbieders van zorg, bijvoorbeeld over het aantal overlastgevende zorgmijders dat hulp aanvaardt en van wie de overlast vermindert. In dit verband wil ik in twee gemeenten in het kader van de WMO proeftuinen starten die gericht zijn op een betere ketenzorg voor overlastgevende zorgmijders, waarbij de geselecteerde gemeenten zich toelagen op een gekwantificeerde ambitie. Het kabinet wil voor 1 april 2005 de Kamer informeren over de precieze uitwerking van deze overheveling. Gemeenten zullen betrokken worden bij de uitwerking.

De voorgestelde overheveling versterkt de regiefunctie van gemeenten. Daarnaast wordt bezien of het «Doe normaal-contract» voor deze doelgroep mogelijkheden biedt. Bij de voorbereiding van dit plan is ook gekeken naar andere opties om het bestuurlijk instrumentarium te vergroten. Voor een model-APV overlast lijkt geen draagvlak te bestaan. Hierover blijft het kabinet in overleg met gemeenten.

#### *Nazorg na detentie*

De hiervoor genoemde overheveling van GGZ-middelen naar gemeenten stelt gemeenten ook beter in staat om de nazorg na detentie te regisseren. Voor de overige maatregelen die getroffen zijn om de aansluiting van detentie en opvang en verdere nazorg te verbeteren verwijs ik naar de onlangs uitgebrachte voortgangrapportage over de uitvoering van het kabinetsstandpunt op het IBO-rapport *De maatschappelijke opvang verstoep* en de brief van de minister van Justitie over nazorg voor ex-gedetineerden.<sup>2</sup>

#### *Voorwaarden scheppen waardoor privacy geen excuus meer kan zijn*

Gegevensuitwisseling is nodig voor een goede ketensamenwerking. VWS ondersteunt de totstandkoming en de implementatie van een checklist «Omgaan met persoonsgegevens in het kader van bemoeizorg». De checklist beschrijft de doelgroep en het doel van de gegevensuitwisseling.

Deze checklist is het resultaat van een gezamenlijke actie van GGZ Nederland, GGD Nederland en de KNMG. De checklist wordt over enkele maanden in een invitational conference gepresenteerd. Daarna kan de checklist in het gehele land gebruikt worden. VWS zal de een ruime verspreiding ervan mogelijk maken.

Daarnaast kunnen samenwerkingsverbanden een beroep doen op (producten van) de Helpdesk privacy van Justitie. De afgelopen jaren heeft deze Helpdesk al een Handreiking uitgebracht voor gemeenten over privacyaspecten bij criminaliteitspreventie en een Modelconvenant over de gegevensuitwisseling tussen partijen betrokken bij het criminaliteitspreventiebeleid in gemeenten.

VWS zal tenslotte de IGZ vragen advies uit brengen over de vraag of het privacyvraagstuk op het onderhavige terrein hiermee van voldoende instrumenten is voorzien of dat nog aanvullende maatregelen nodig zijn.

#### *4.3 Het gebruik van de Wet Bopz verbeteren*

In het kabinetsstandpunt Wet Bopz heeft het kabinet geconcludeerd dat de praktijk nog onvoldoende gebruik maakt van de mogelijkheden van deze

<sup>1</sup> Kamerstukken II, 2003–2004, 29 538, nr. 1.

<sup>2</sup> Kamerstukken II, 2004–2005, 27 834, nr. 36.



wet voor deze doelgroep.<sup>1</sup> Richtlijnen met betrekking tot centrale begrippen in de Wet Bopz moeten ertoe leiden dat in de praktijk beter gebruik wordt gemaakt van de mogelijkheden die de wet nu al biedt. Daarom heeft de minister van VWS de Nederlandse Vereniging voor psychiatrie (NVvP) opdracht gegeven om, in samenwerking met de departementen van Justitie en VWS, de rechterlijke macht, het Openbaar Ministerie en gemeenten, aan te geven in welke gevallen en situaties de Wet Bopz voorziet in de mogelijkheid tot dwangopname, van onder meer ernstig verslaafden. Deze richtlijn is in het voorjaar van 2005 beschikbaar. In hetzelfde standpunt heeft het kabinet ook aangekondigd de wet aan te passen om de mogelijkheden tot dwangbehandeling binnen de instelling te verruimen. Het kabinet is voornemens binnen enkele maanden de contouren van de daartoe noodzakelijke wetswijziging te formuleren en deze ter consultatie voor te leggen aan de instellingen die daarvoor als gebruikelijk in aanmerking komen.

In aanvulling op deze maatregelen wil het kabinet de meerwaarde onderzoeken van een nazorg onder toezicht-register, zoals dat door Rotterdam en andere steden bepleit wordt. Hiermee willen zij voorkomen dat iemand na het ontslag uit het psychiatrische ziekenhuis aan zijn lot wordt overgelaten. Er zouden voorwaarden aan het ontslag gesteld worden. Ontslag is alleen mogelijk als er nazorg geregeld is; de patiënt moet zich houden aan afspraken, anders volgt een nieuwe dwangopname; nazorginstellingen moeten zich ook houden aan de afspraken.

Mede namens de ministers van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties, van Justitie en van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,

De Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,  
C. I. J. M. Ross-van Dorp

---

<sup>1</sup> Kamerstukken II, 2003–2004, 25 673 en 28 950, nr. 4.