

Van bemoeizorg naar assertieve behandeling als regulier aanbod vanuit de ggz

C.I. Mulder, A. Liégeois, M. Van Vugt, K. Westen, P. Delespaul, H. Kroon

Achtergrond De plaats van bemoeizorg in de ggz is de afgelopen 30 jaar in Nederland sterk veranderd, via ACT en FACT naar de gemeentes. Het aanbod van bemoeizorg wisselt per gemeente.

Doel Het beschrijven van het concept bemoeizorg, de aard en omvang van de doelgroep, de redenen waarom mensen met ernstige psychische aandoeningen (EPA) geen hulp zoeken en de plaats van bemoeizorg in de ggz.

Methoden Gebruik van literatuur en beschikbare data.

Resultaten Bemoeizorg vanuit de ggz (meestal vanuit de FACT-teams) is een vorm van ongevraagde behandeling en zorg voor patiënten met een EPA en maatschappelijke problemen die geen hulp zoeken. De omvang van deze groep wordt geschat op 5000-20.000 patiënten voor Nederland. Redenen waarom mensen met EPA geen hulp zoeken betreffen factoren binnen de persoon zelf, bij de ggz of in de interactie tussen patiënten en de ggz. Wij pleiten ervoor dat bemoeizorg een regulier onderdeel vormt van de ggz, waarbij ggz en het sociaal domein samen optrekken op casusniveau. Zo kunnen behandeling en aanpakken van sociale problemen elkaar versterken en wordt de discontinuïteit van zorg en verbreken van een opgebouwde vertrouwensrelatie voorkómen. Bemoeizorg ligt op het continuüm van vrijwillige behandeling naar behandeling onder dwang. Daarom is assertieve behandeling een passender naam voor deze functie.

Conclusie Het is een gegeven dat een deel van de mensen met EPA en maatschappelijke problemen zelf geen hulp zoekt. Door assertieve behandeling een regulier aanbod te maken vanuit de ggz voorkómen we discontinuïteit van zorg en vullen we de lacune op tussen vrijwillige behandeling en behandeling onder dwang.

In Nederland zien we een verschuiving van bemoeizorg vanuit de ggz naar de gemeenten en daarnaast is er toenemende onduidelijkheid over de plaats van bemoeizorg in de ggz. Beide factoren vormden voor ons aanleiding om dit essay te schrijven.

De term bemoeizorg dateert uit het begin van de jaren negentig van de vorige eeuw (Henselmans 1993). Vanaf ongeveer 2004 is dit in Nederland een kerntaak geworden van de *assertive community treatment-teams* (ACT-teams; Mulder & Kroon 2009). In de jaren daarna is deze functie geïntegreerd binnen de flexibele ACT-teams (FACT; Veldhuizen e.a. 2015). De laatste 10 jaar zijn de meeste ACT-teams langzaam afgebouwd of opgegaan in de FACT-teams.

Momenteel wordt bemoeizorg binnen FACT minder vaak ingezet en is dit veelal een taak van de gemeente die

hier speciale bemoeizorgteams of teams voor openbare geestelijke gezondheidszorg (oggz-teams) voor heeft opgericht. Deze teams bestaan voor een belangrijk deel uit sociaal werkers en verpleegkundigen en ze werken meestal wijk-overstijgend, en hebben de taak om mensen met (ggz-)problemen die geen hulp zoeken te signaleren, te motiveren en hen toe te leiden naar passende hulpverlening, bijvoorbeeld de FACT-teams van de ggz. Er bestaan (nog) geen richtlijnen over de uitvoering en de plaats van bemoeizorg in de Nederlandse ggz. Deze zullen binnenkort verschijnen in de vorm van de herziene generieke module Dwang en Drang (AKWA, ter perse). Het betoog in dit essay is in lijn met de aanbevelingen uit deze module.

In dit artikel gaan we in op het concept bemoeizorg, de aard en omvang van de doelgroep, de redenen waarom

AUTEURS

Niels Mulder, psychiater, Parnassagroep en bijzonder hoogleraar Openbare geestelijke gezondheidszorg, Erasmus MC, en adviseur bestuur CCAF.

Axel Liégeois, ethicus, hoogleraar, faculteit Theologie en Religiewetenschappen, KU Leuven, en stafmedewerker, Broeders van Liefde, Gent.

Maaïke van Vugt, onderzoeker, Trimbos-instituut en HVO Querido, en adviseur bestuur CCAF.

Koen Westen, docent-onderzoeker, Avans Hogeschool en vice-voorzitter CCAF.

Philippe Delespaul, klinisch psycholoog, hoogleraar Innovatie in de GGZ, Maastricht University, Mondriaan Zorggroep en bestuurslid CCAF.

Hans Kroon, psycholoog, hoofd programma Zorg en Participatie, Trimbos-instituut, hoogleraar Ambulantisering en deinstitutionalisering, Tilburg University en bestuurslid CCAF.

Correspondentieadres

Prof. dr. C.L. Mulder.

E-mail: niels.cmulder@wxs.nl

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 1-9-2020.

Citeren

Tijdschr Psychiatr. 2021;63(3):203-208

mensen met ernstige psychische aandoeningen (EPA) geen hulp zoeken en de plaats van bemoeizorg in de ggz.

We pleiten voor:

1. bemoeizorg als reguliere functie binnen de ggz;
2. uitvoering van bemoeizorg door de ggz in nauwe samenwerking met de sociale wijkteams van de gemeente;
3. vervanging van de term bemoeizorg door assertieve behandeling wanneer het mensen betreft met EPA.

Wat is bemoeizorg?

Bemoeizorg is een vorm van behandeling en zorg die niet plaatsvindt op het verzoek van de betrokkene. Veelal gebeurt dit op verzoek van derden zoals naasten, politie of instellingen zoals woningbouwverenigingen. Bemoeizorg is ontstaan vanuit de observatie dat een deel van de mensen met EPA geen hulp zoekt of soms (actief) zorg vermijdt, maar wel ernstige psychische en sociale problemen heeft (Henselmans 1993). Bemoeizorg kan geleverd worden door een team (bijvoorbeeld een oggz-team van de gemeente) dat zich hier speciaal op richt of kan als functie geïntegreerd zijn binnen een team dat ook vrijwillige zorg levert (bijvoorbeeld een FACT-team).

Waarom bemoeizorg?

Er is bij bemoeizorg voor mensen met EPA sprake van een zogenaamde objectieve zorgbehoefte. Dit betekent dat er een ernstige psychische aandoening bestaat die behandeling behoeft. Echter, er is niet altijd ook een subjectieve zorgbehoefte, want sommigen van deze patiënten willen of zoeken zelf geen behandeling. Denk bijvoorbeeld aan een patiënt met een ernstige depressie die niet meer uit huis durft vanwege angst en denkt

dat een behandeling niet meer zal helpen (Mulder e.a. 2014).

Wanneer een psychische aandoening onbehandeld blijft, lopen deze patiënten een verhoogd risico op het verslechteren van de prognose. Ook is er kans op het ontstaan of verergeren van sociale problemen. Bijvoorbeeld een jongere met een eerste psychose die op verzoek van moeder door de huisarts bij de ggz is aangemeld, maar die zelf geen behandeling wil. Zonder behandeling neemt de duur van de onbehandelde psychose toe (één van de belangrijkste determinanten van de langetermijnprognose van een psychotische stoornis (Penttilä e.a. 2014)) en is er ook grotere kans op vroegtijdig afbreken van de schoolcarrière.

Met methodieken uit de bemoeizorg (Tielens & Verster 2010) kan men proberen om de patiënt te motiveren voor behandeling of het accepteren van (praktische) begeleiding om deze spiraal te doorbreken. Voor een aparte discussie over de ethische grondslagen van bemoeizorg en de redenen waarom mensen met EPA soms geen ggz-behandeling zoeken, verwijzen we naar eerdere artikelen hierover in het Tijdschrift (Mulder e.a. 2014; Liégeois & Eneman 2017).

Omvang doelgroep voor bemoeizorg

De groep mensen met EPA die geen hulp ontvangt, werd in 2013 voor Nederland geschat op ongeveer 65.000 mensen, ongeveer een derde van betreffende doelgroep (Delespaul e.a. 2013). Binnen deze groep is een subgroep te onderscheiden met relatief zeer ernstige psychische en maatschappelijke problemen. Deze groep patiënten is in oudere rapporten aangeduid met de benamingen 'zorgwekkende zorgmijders' (Rapport RVvZ 1997), 'ver-

kommerden en verloederden' (Lourens e.a. 2002), of 'mensen in acute zorgnood' (Gezondheidsraad 2004). De omvang van deze groep is niet goed bekend, waarbij de schattingen in diverse rapporten uiteenlopen van 5000-20.000 voor Nederland (Mulder e.a. 2017). Mensen met EPA worden niet alleen behandeld in FACT-teams, maar ook binnen andere gespecialiseerde teams in de ggz, bijvoorbeeld poliklinieken voor mensen met angststoornissen, depressie of persoonlijkheidsstoornissen, inclusief de (acute) opnameafdelingen.

Wettelijk kader bemoeizorg

Het wettelijk kader voor bemoeizorg in Nederland is ingewikkeld. Aan de ene kant van het continuüm 'behandeling op eigen verzoek – dwang' is er de behandeling vanuit Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO) en aan de andere kant is er de Wet verplichte ggz (Wvggz) of de Wet zorg en dwang (WZD). Strikt genomen past bemoeizorg niet in de WGBO, aangezien die uitgaat van de eigen hulpvraag van de patiënt, maar de Wvggz/WZD hoeft ook nog niet van toepassing te zijn.

Een manier om bemoeizorg in te passen in de wettelijke kaders is door te erkennen dat vrijwillige behandeling niet altijd uitgaat van een individuele hulpvraag. Ook bij vrijwillige behandelingen worden onderwerpen actief door de hulpverlening aangekaart. Bijvoorbeeld het actief bespreekbaar maken van een alcoholverslaving en motiveren tot een detoxbehandeling bij iemand die in eerste instantie alleen komt voor behandeling van een depressie of psychose. Ook gebeuren niet alle behandelingen in het kader van de Wvggz onder dwang.

Bij patiënten die (nog) niet in behandeling zijn in de ggz, heeft dit wettelijk vacuüm voor bemoeizorg er in Nederland toe geleid dat dit veelal gebeurt vanuit de wet op de maatschappelijke ondersteuning (WMO). Deze wet uit 2015 regelt de gemeentelijke ondersteuning van mensen die niet op eigen kracht zelfredzaam zijn. Dit brengt met zich mee dat gemeentes de verantwoordelijkheid voor bemoeizorg dragen. Aangezien er geen landelijke kwaliteitsstandaarden zijn, wisselt de wijze van organisatie, de disciplines die de bemoeizorg uitvoeren en de gehanteerde werkwijzen (methodiek en tijdsduur van interventies) in Nederland per gemeente.

Interessant is dat in België bemoeizorg wel gezien kan worden als een onderdeel van reguliere, vrijwillige behandeling door de ggz. Deze zorg is onderworpen aan de Wet Patiëntenrechten (2002). Dit impliceert dat een vrije, voorafgaande en geïnformeerde toestemming nodig is, maar niet noodzakelijk dat de zorg uitgaat van het initiatief of het verzoek van de patiënt.

Huidige situatie van bemoeizorg in Nederland

Zoals aangegeven, is bemoeizorg in Nederland toenemend een taak geworden van de gemeente, en dan vooral als een manier om mensen toe te leiden naar passende zorg. Bemoeizorg gebeurt ook in het kader van de FACT-teams, meestal bij patiënten die reeds in zorg

zijn en die zich (tijdelijk) aan behandeling onttrekken bijvoorbeeld vanwege een recidief van manie of psychose. Er zijn geen goede cijfers voorhanden waaruit blijkt hoe vasthoudend FACT-teams zijn in het proberen om patiënten in een dergelijke situatie in behandeling te houden.

Er zijn wel enige cijfers bekend over het percentage contacten van FACT-teams buiten het kantoor, ook al zeggen deze cijfers niet direct iets over geleverde bemoeizorg. Deze cijfers zijn verzameld door het Centrum Certificering ACT en FACT (CCAF) tijdens de audits voor het verkrijgen van een FACT-certificaat. Hieruit blijkt dat het aantal contacten buiten kantoor gedurende de afgelopen jaren is gedaald van gemiddeld ongeveer 80% in 2007 tot 60% in 2017. Dit kan mogelijk wijzen op minder bemoeizorg (schriftelijke mededeling M. van Vugt, stichting CCAF).

De redenen waarom outreachende contacten afnemen, zijn onduidelijk. Mogelijk heeft dit te maken met ervaringen of opvattingen van (managers/professionals van) FACT-teams over de tijd en de kosten die hiermee gemoeid zouden zijn. Verder vergoedt de zorgverzekeraar formeel geen contacten die niet op geleide van een individuele hulpvraag tot stand komen (zoals vastgelegd in de WGBO; zie ook wettelijke kaders).

Bij de meeste gespecialiseerde poliklinieken van de ggz, bijvoorbeeld bij poliklinieken voor mensen met een depressie of persoonlijkheidsstoornis, zijn contacten buiten kantoor - en dus ook bemoeizorg - vrijwel niet meer aan de orde. Wanneer patiënten niet op intake komen of zich onttrekken aan behandeling en zorg en een aantal keren niet op een afspraak komen, dan resulteert dit in veel gevallen in een uitschrijving.

Initiatieven van gemeentes

Parallel aan deze ontwikkelingen binnen de ggz, hebben gemeentes naast de WMO-taken ook opdracht gekregen een sluitend beleid te ontwikkelen rond de groep 'personen met verward gedrag' en ze hebben hiervoor bemoeizorgteams of teams voor openbare geestelijke gezondheidszorg (oggz-teams) opgericht of uitgebreid. Deze teams hebben als taak om mensen met ernstige (psychische) problemen op te sporen of op signalen van derden (bijvoorbeeld maatschappelijke opvang, politie, huisartsen of woningbouwverenigingen) af te gaan. Niet in alle gevallen (precieze onderzoeksgegevens ontbreken) gaat het om mensen met EPA. De aanwezigheid van psychiatrische expertise (en de omvang hiervan) om dit vast te stellen in deze teams verschilt echter per team en gemeente. Vaak zijn er sociaal-psychiatrisch verpleegkundigen werkzaam, al dan niet gedetacheerd vanuit de ggz. Psychiaters kunnen op consultatiebasis beschikbaar zijn, of participeren voor enkele uren in een dergelijk team.

Wanneer iemand door een bemoeizorgteam van de gemeente is opgespoord, er een ernstig vermoeden bestaat op een psychische aandoening, en er motivatie bestaat voor behandeling, dan kan deze persoon worden

overgedragen aan de specialistische ggz, bijvoorbeeld aan een FACT-team. Vaak is hier een traject aan voorafgegaan waarbij het bemoeizorgteam het vertrouwen heeft gewonnen van de betrokkene. Overdracht naar bijvoorbeeld een FACT-team kan goed gaan, maar kan soms ook leiden tot een vertrouwensbreuk, waardoor de motivatie voor psychiatrische behandeling weer kan verdwijnen.

Dit betekent dat de mate van bemoeizorg en de psychiatrische deskundigheid momenteel wisselt per gemeente en ook dat de plaats van bemoeizorg binnen de ggz onduidelijk is. De plaats van de functie bemoeizorg binnen het geheel aan zorgvoorzieningen is daarom naar onze mening toe aan een herwaardering.

De toekomst: assertieve behandeling als reguliere ggz-functie

Bemoeizorg bevindt zich enerzijds op het continuüm van vrijwillige behandeling naar behandeling onder dwang en anderzijds op het continuüm van gevraagde naar ongevraagde zorg (zie **figuur 1**). Bij overgang van vrijwillige naar gedwongen behandeling (als ultimum remedium) is er een niet-graduele procedurele overgang; dit betreffen de procedures die gevolgd moeten worden in het kader van de Wvggz voor het toepassen van een crisismaatregel of zorgmachtiging (of inbewaringstelling of rechterlijke machtiging bij de wet zorg en dwang). Na afloop van een juridische maatregel kan bemoeizorg ook een tussenstap zijn bij de overgang naar behandeling op eigen verzoek. Dit kan bijvoorbeeld vastgelegd zijn in een crisisplan.

Bemoeizorg kunnen we dus zien als een vorm van assertieve behandeling, waarbij het initiatief (tijdelijk) bij de hulpverlening ligt, vrijwillig of in het kader van een Wvggz-maatregel. Assertieve behandeling vormt zo een onderdeel van de totale behandeling (WGBO en Wvggz), die past bij een bepaalde toestand van iemand met een EPA, en in deze gevallen een assertieve attitude van

hulpverleners veronderstelt. Hierbij is het karakter van assertieve behandeling in een vrijwillig kader natuurlijk anders dan in het geval van een Wvggz-maatregel, waarbij behandelaar en patiënt door de wet tot elkaar zijn veroordeeld.

Dit is de belangrijkste reden waarom wij de term 'assertieve behandeling' - als een vorm van ongevraagde behandeling - beter op zijn plaats vinden dan 'bemoeizorg'. De naamgeving - bemoeizorg - assertieve behandeling - ongevraagde behandeling - is echter minder belangrijk dan het feit dat deze functie een onderdeel vormt van het aanbod binnen de ggz.

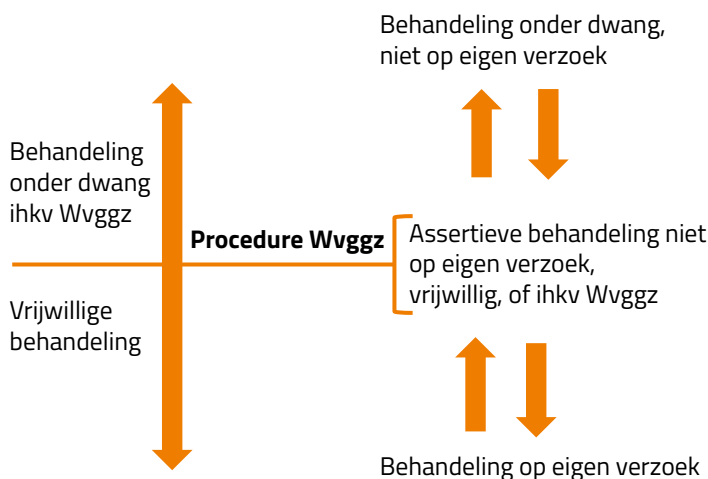
Assertieve behandeling geldt zowel voor nieuwe patiënten als voor patiënten die reeds in behandeling zijn in de ggz. Wanneer zij zich aan behandeling onttrekken, bijvoorbeeld vanwege een recidief van psychose of manie, kan assertieve behandeling vanuit het behandelteam geïndiceerd zijn om te voorkomen dat de prognose verder verslechtert.

Assertieve behandeling is daarmee van groot belang om verder afglijden en het toepassen van dwang te voorkomen. Dit bleek onder andere uit onderzoek naar determinanten van ibs'en. In de aanloop naar een ibs bleken hulpverleners kansen te hebben laten liggen om contact te zoeken in de periode voorafgaande aan een ibs, waarbij patiënten zich aan behandeling onttrokken (de Jong e.a. 2017). Dit is belangrijk aangezien we dwangopnames willen voorkomen, mede omdat het aantal dwangopnames met rechterlijke machtigingen en voorwaardelijke machtigingen de laatste jaren (Broer e.a. 2020) steeds stijgen.

De praktische uitvoering

Hoe verloopt traject van melding naar diagnostiek en snelle interventies? Veelal is het de omgeving die aan de bel trekt. Zo zijn er in veel gemeentes oggz-meldpunten. Daar kan per 1 januari 2020 aan worden toegevoegd de mogelijkheid die de Wvggz biedt aan iedere burger. Die

Figuur 1. Twee continua die met elkaar samenhangen: 1. van vrijwilligheid naar dwang en 2. van wel tot niet op eigen verzoek



kan dan bij de gemeente melden dat er in zijn omgeving iemand is die zorg nodig heeft, maar die geen zorg wil. De gemeente zal dan een verkennend onderzoek (laten) doen, dat eventueel kan leiden tot een zorgmachtiging (zie artikel 5:2 Wvvggz).

Er is veel voor te zeggen dat dit onderzoek wordt uitgevoerd door een combinatie van professionals uit de ggz en uit het sociaal domein. De vragen die bij iedere melding beantwoord moeten worden, zijn of er (ernstige) psychische aandoeningen en/of sociale problemen zijn en wat eraan gedaan kan worden of reeds geprobeerd is. Wij pleiten ervoor dat per regio afspraken worden gemaakt bij welk team van de ggz (bijv. het FACT-team in de wijk) deze meldingen binnenkomen. Dit team maakt afspraken met het sociale wijkteam voor het doen van onderzoek en de noodzaak voor interventies. Voor dakloze mensen kan dit ook een wijk-overstijgend FACT-team zijn.

Professionals uit de ggz en het sociaal domein trekken op casusniveau samen op om de psychiatrische en sociale problematiek in kaart te brengen. Zij komen samen in contact met de betrokkene en kunnen doen wat nodig is. Bijvoorbeeld het starten van een (medicamenteuze) behandeling om verergering van een psychose te voorkómen, in combinatie met het voorkómen van een uithuiszetting. De ggz opereert hiermee in de frontlinie van de oggz (Mulder e.a. 2017). Een kanttekening hierbij is dat we zoveel mogelijk de keuzes van patiënten respecteren, en alleen assertieve zorg inzetten wanneer dit proportioneel en voldoende effectief en doelmatig is. Deze professionals doen het onderzoek door contact te leggen, in gesprek proberen te komen met de betrokkene en diens naasten, het vertrouwen te winnen en een hulpaanbod te doen. Vervolgens vormen zij zich samen een oordeel over de diagnose, de sociale problemen, en de beslissingsbekwaamheid wat betreft het accepteren van behandeling en zorg.

Vervolgens, indien er sprake is van een psychische aandoening, blijft deze patiënt in het FACT-team. Zo niet, dan kan het sociale wijkteam het verder overnemen. Een nadeel van deze benadering kan zijn dat professionals uit de ggz op deze manier ook in aanraking komen met mensen die geen psychiatrische aandoening blijken te hebben, maar om andere redenen in de sociale problemen zijn geraakt. Het is dan belangrijk dat de ggz haar bemoeienis stopt en dat bijvoorbeeld de sociale wijkteams van de gemeente hiermee verder gaan.

Assertieve behandeling

Vanaf het moment van de melding is door de professionals van het ggz/FACT-team geprobeerd om vertrouwen te winnen en een relatie op te bouwen. Bij de keuze om over te gaan naar een vorm van assertieve behandeling kan men hierop voortbouwen. In de huidige situatie in Nederland is er vaak overdracht van een bemoeizorgteam van de gemeente naar een behandelteam van de ggz. Dit betekent in de praktijk soms het verbreken van

een moeizaam opgebouwde vertrouwensrelatie en dit kan opnieuw leiden tot het weigeren van hulp. Het is van belang een opgebouwde vertrouwensrelatie niet node-loos op het spel te zetten door overdrachten en (te veel) te wisselen van behandelaars (Liégeois & Eneman 2017). Nadat er contact gemaakt is door professionals uit de ggz en het sociale domein samen, kunnen ze ingaan op de praktische behoeften van de patiënt (bijv. huisvesting of schulden) en kan er parallel hieraan een behandeling worden geboden. Door samen (ggz en sociaal domein) met de patiënt het gesprek aan te gaan kan het privacyprobleem voor een belangrijk deel worden vermeden, aangezien de patiënt er zelf bij is.

Een voorbeeld betreft een mogelijk grotere bereidheid tot het accepteren van antipsychotische medicatie bij een patiënt met een psychotische stoornis die in beginsel zorgmijndend lijkt. Wanneer deze ervaart dat hij of zij ook wordt geholpen bij praktische problemen, kan er vertrouwen ontstaan in de hulpverlening waardoor hij of zij misschien eerder medicatie accepteert.

Multidisciplinaire assertieve behandeling

Tijdens de periode van assertieve behandeling is een multidisciplinaire setting nodig met professionals vanuit de ggz en het sociale domein. Soms kan dit worden geboden vanuit een FACT-team zelf en soms werkt het FACT-team intensief samen met bijvoorbeeld een sociaal wijkteam. Daarbij werkt men samen op het niveau van de patiënt en diens naasten, zodat er geen misverstanden ontstaan over wie wat doet en de patiënt steeds is betrokken.

Van assertieve behandeling naar dwang

Het lukt niet altijd om door assertieve behandeling de situatie van de betrokkene te verbeteren en er kan dan een situatie ontstaan met een risico op ernstig nadeel. Dan kan dwang, als ultimum remedium, overwogen worden. De professionals die de assertieve behandeling hebben geprobeerd, kennen de betrokkene en zij kunnen de procedure voor een Wvvggz-maatregel in gang zetten. In geval van een apart bemoeizorgteam buiten de ggz om is dit soms een ingewikkeldere situatie, bijvoorbeeld omdat er nog geen assertieve behandeling is geprobeerd. Soms is echter de situatie dermate acuut of ernstig, dat er geen tijd of mogelijkheid meer is voor een vorm van assertieve behandeling en zal direct een Wvvggz- of WZD-maatregel noodzakelijk zijn.

Ook vanuit verplichte zorg in het kader van een zorgmachtiging kan, bij beëindiging daarvan, assertieve behandeling geïndiceerd zijn, bijvoorbeeld wanneer de patiënt zich aan zorg onttrekt. Gegeven het belang van continuïteit van zorg en de therapeutische relatie is het onwenselijk om een patiënt dan voor assertieve zorg over te dragen aan een team buiten de ggz om vervolgens, wanneer de patiënt vrijwillige zorg accepteert, hem of haar weer terug te brengen naar een ggz-team.

Conclusies en aanbevelingen

Assertieve behandeling is een nieuwe naam voor bemoeizorg in de ggz. Het is een vorm van ongevraagde behandeling, die zowel vrijwillig als in het kader van de Wvvgz kan worden geboden. De omvang van de groep voor wie assertieve behandeling van toepassing is, wordt geschat op 5000-20.000.

Wij pleiten ervoor om assertieve behandeling structureel te borgen in de ggz vanwege inhoudelijke redenen: de juiste expertise op de juiste plaats en het voorkómen van discontinuïteit van zorg wanneer patiënten vanuit oggz- of bemoeizorgteams moeten worden overgedragen aan de ggz.

In de praktijk zullen dit vooral de FACT-teams zijn, maar ook andere teams kunnen deze functie uitoefenen voor de patiënten die binnen hun doelgroep vallen (bijv. teams voor mensen met een bipolaire stoornis of verslaving). Om zowel aandacht te kunnen geven aan de sociaal-maatschappelijke problemen als de psychische klachten en om privacyproblemen te voorkómen, trekken professionals uit de ggz en de sociale wijkteams van de gemeente vanaf de aanmelding op casusniveau samen op. Bij het parallel aanbieden van (assertieve) behandeling en sociale ondersteuning kunnen deze elkaar versterken. Hierdoor kunnen crisissen, incidenten en dwang mogelijk worden voorkómen.

Voor het realiseren van assertieve behandeling in de ggz is het wenselijk om de juridische, financiële en praktische kanten te regelen. Dit vereist samenwerking tussen de ggz, gemeentes en de ministeries van VWS en Justitie en Veiligheid. Dit is niet eenvoudig. Intussen kunnen professionals uit de ggz ruimte proberen te zoeken om, samen met hun collega's uit het sociale domein, vanuit 'good clinical practice' assertieve behandeling te bieden. Hierdoor creëren we kansen op herstel en verergeren problemen niet onnodig.

LITERATUUR

- AKWA (Alliantie Kwaliteit in de GGz). Generieke module dwang en drang. Herzien versie. Ter perse.
- Baars AWB, Wierdsma AI, Mulder CL. Perceived benefit after involuntary court ordered admission. *Psychiatr Serv* 2010; 61: 1024-8.
- Broer J, Wierdsma AI, Mulder CL. Gedwongen opnames en ambulante dwang in de ggz: onderzoek naar regionale verschillen tussen arrondissementen, leeftijdsgroepen en unieke personen 2013-2017. *Tijdschr Psychiatr* 2020; 62: 104-13.
- Delespaul P en de consensusgroep EPA. Consensus over de definitie van mensen met een ernstige psychische aandoening (EPA) en hun aantal in Nederland. *Tijdschr Psychiatr* 2013; 55: 427-38.
- Gezondheidsraad. Noodgedwongen. Zorg voor niet-opgenomen acute psychiatrische patiënten. Den Haag, Gezondheidsraad; 2004.
- Henselmans H. Bemoeizorg, ongevraagde hulp voor psychotische patiënten. [Proefschrift]. Delft: Eburon; 1993.
- Jong MJ de, Oorschot M, Kamperman AM, Brussaard PF, Knijff EM, van der Sande R, e.a. Crucial factors preceding compulsory psychiatric admission: a qualitative patient-record study. *BMC Psychiatry* 2017; 17: 350-70.
- Liégeois A, Eneman M. Een ethische reflectie op bemoeizorg in de geestelijke gezondheidszorg. *Tijdschr Psychiatr* 2017; 59: 103-10.
- 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.
- Mulder N, Kroon H. Assertive Community Treatment. Bemoeizorg voor patiënten met complexe problemen. 2e ed. Amsterdam: Boom; 2009.
- Mulder CL, Jochems E, Kortrijk HE. The motivation paradox: higher psychosocial problems in severely mentally ill patients are associated with less motivation for treatment. *SPPE* 2014; 49: 541-8.
- Mulder CL, van Weeghel J, Wierdsma A, Zoeteman J, Schene A. Expertise van de ggz in de frontlinie bij de aanpak van personen met verward gedrag ofwel met acute (zorg)nood. *Tijdschr Psychiatr* 2017; 59: 537-45.
- Penttilä M, Jaaskelainen E, Hirvonen N, Isohanni M, Miettunen J. Duration of untreated psychosis as predictor of long-term outcome in schizophrenia: systematic review and meta-analysis. *Br J Psychiatry* 2014; 205: 88-94.
- Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Beter (z)onder dwang. Zoetermeer: RVZ; 1997.
- Tielens J, Verster M. Bemoeizorg. Utrecht: De Tijdstroom; 2010.
- Veldhuizen R, Polhuis D, Bahler M, Mulder N, Kroon H. 2e ed. Utrecht: De Tijdstroom; 2015.
- Weeghel J van, Pijnenborg M, van 't Veer J, Kienhorst G. Handboek destigmatisering bij psychische aandoeningen. Bussum: Coutinho; 2015.

SUMMARY

Assertive Treatment as a regular function within mental health

C.L. Mulder, A. Liégeois, M. van Vugt, K. Westen, P. Delespaul, H. Kroon

- Background** The setting for providing assertive treatment (AT) has changed during the last 30 years in The Netherlands from assertive community treatment (ACT) and flexible assertive community treatment (FACT) to municipalities. The provision of AT varies between municipalities.
- Aim** Describing the concept of AT, the nature and size of the target group, and the reasons why people with severe mental illness (SMI) do not seek treatment and the place of AT in mental health care.
- Method** We used literature en available quantitative data.
- Results** AT regularly provided by mental health care is required in patients with SMI and social problems who do not seek treatment. When mental health care and social care collaborate on the level of the patient, treatment and handling of social problems can strengthen each other. This collaboration prevents discontinuity of care and breaking a trusting relationship because patients do not need to be transferred from social service to mental health care or vice versa. AT is on the continuum of voluntarily to compulsory care. AT provided by mental health care (usually provided by FACT-teams) is indicated for SMI patients with social problems and who do not seek treatment. The size of the target group is around 5000 – 20.000 patients in The Netherlands. Reasons not to seek help for people with SMI include within person factor, mental health related factors, or factors related to the interaction of SMI patients and mental health. We advocate for AT to become a regular part of mental health care, and for mental health care and social domain professionals to collaborate on case level. Acting this way, mental health treatment and addressing social problems can reinforce each other and discontinuity of care and breaking a trusting relationship can be prevented. AT is on the continuum of voluntary to involuntary treatment. That is why we suggest AT to be a better term than assertive outreach.
- Conclusion** It is a given fact that not all patients with SMI and social problems seek treatment. By making AT a regular part of mental health services, we prevent discontinuity of care and we fill the gap between voluntarily and compulsory care.