

DISCLAIMER



Onafhankelijke informatie is niet gratis. Het NTvG investeert veel geld om het hoge niveau van haar artikelen te waarborgen, door een proces van peer-review en redactievoering. Het NTvG kan alleen bestaan als er voldoende betaalde abonnementen zijn. Het is niet de bedoeling dat onze artikelen worden verspreid zonder betaling. Wij rekenen op uw medewerking.

Zorgwekkend gedrag en overlijden

Analyse van meldingen bij een OGGZ-meldpunt in regio Utrecht

Ellen Tromp, Emma R. Douma, Ilona Steenkamer, Ronald B.J. Smit, Jaap van der Laan en Job Zwaal

Samenvatting

Doel

Inzicht verkrijgen in de aard van openbare geestelijke gezondheidszorg (OGGZ)-problematiek en aanknopingspunten voor tijdige signalering en passende zorgtoeleiding.

Opzet

Retrospectief observationeel onderzoek.

Methode

Wij includeerden OGGZ-meldingen en forensische lijkschouwen van inwoners van zeventien gemeenten in de regio Utrecht (2018-2024). Beschrijvende analyses werden uitgevoerd op alle OGGZ-meldingen en op een subgroep van personen met zowel een OGGZ-melding als een geregistreerde lijkschouw.

Resultaten

73% van de personen was ten tijde van de melding al bekend bij een of meer zorginstanties en bij 33% waren herhaalde meldingen gedaan. Psychiatrische problematiek was de meest gemelde problematiek (70%). Van de 7172 unieke personen met een OGGZ-melding waren er 155 die na hun overlijden door de forensisch lijkschouwer gezien werden. Van deze groep was 70% overleden binnen één jaar na de laatste OGGZ-melding, meestal door een niet-natuurlijke doodsoorzaak.

Conclusie

Vroegtijdige signalering, interdisciplinaire samenwerking en toegankelijke zorg zijn essentieel om mensen te bereiken die de reguliere zorg mijden. Bemoeizorgteams, huisartsen en praktijkondersteuners vervullen hierbij een sleutelrol.

Gemeenten zijn verplicht een meldpunt Openbare GGZ (OGGZ) in te richten. Welke problematiek wordt daar gemeld? En wat gebeurt er met die meldingen? Een inkijkje in de OGGZ-problematiek in regio Utrecht.

Het meldpunt voor openbare geestelijke gezondheidszorg (OGGZ) van GGD regio Utrecht ontvangt wekelijks ongeveer 90 meldingen over personen in niet-acute maar maatschappelijk zorgwekkende situaties. Naast van mensen met onbegrepen gedrag kunnen bijvoorbeeld een melding doen als ze zorgen hebben over iemand in een sociaal isolement of met verward gedrag, en geen andere mogelijkheid zien om hulp te bieden. Hierbij gaat het om niet-acute meldingen.

Dergelijke meldingen komen frequent voor bij het meldpunt in regio Utrecht. Het aantal nam toe van 300 in 2018 tot 4240 in 2024.

Het meldpunt beoordeelt en triageert meldingen en draagt deze meestal over aan sociale wijkteams of betrokken zorgpartners.¹

Sinds de invoering van de Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg (Wvvggz) in 2020 zijn gemeenten verplicht een OGGZ-meldpunt in te richten voor signalen over personen met mogelijk ernstige psychiatrische of psychosociale problematiek. Het doel van de OGGZ is om mensen op tijd toe te leiden naar passende ondersteuning, om escalatie van de problematiek te voorkomen. De [kadertekst](#) geeft hierover nadere informatie. In 2023 werd het mogelijk voor de politie om meldingen digitaal bij deze meldpunten aan te leveren. Inmiddels bestaat er landelijk een netwerk van OGGZ-meldpunten, bereikbaar voor burgers en professionals.^{3,4}

Hoewel deze meldpunten een belangrijke rol spelen in vroegsignalering en toeleiding naar zorg, is weinig bekend over de kenmerken en het verdere verloop van de gemelde cliënten. Ook forensisch artsen treffen in hun werk regelmatig personen met OGGZ-problematiek. Bij een niet-natuurlijk overlijden of een lijkvinding is echter niet altijd bekend of de overledene bij leven al bekend was bij een OGGZ-meldpunt.

In dit onderzoek beschrijven wij de kenmerken van meldingen bij het OGGZ-meldpunt in de regio Utrecht in de periode 2018-2024.

Daarnaast onderzochten wij de subgroep personen die zowel bij het OGGZ-meldpunt gemeld waren als later door een forensisch

arts werden gezien na overlijden. Het doel van dit onderzoek is beter inzicht te verkrijgen in de aard van OGGZ-problematiek en mogelijke aanknopingspunten voor tijdige signalering en passende zorgtoeleiding.

Methode

Onderzoekspopulatie

In dit retrospectieve observationele onderzoek includeerden wij alle OGGZ-meldingen en forensische lijkschouwen van inwoners van zeventien gemeenten in de regio Utrecht in de periode 2018-2024. In het onderzoeksgebied wonen ruim 1 miljoen personen. Alleen personen met een beschikbaar burgerservicenummer (BSN) werden meegenomen. Het betrof een secundaire analyse van routinematig geregistreerde gegevens.

Onderzoeksgegevens

OGGZ-gegevens werden verkregen uit het cliëntregistratiesysteem BrightPlan. Per melding waren beschikbaar: BSN, geboortedatum, geslacht, woongemeente, melddatum, aantal meldingen, contact met andere zorginstanties, aard van de problematiek en ingezette vervolgacties.

Gegevens over overlijdens werden verkregen uit het forensisch registratiesysteem Formatus. Dit bevat onder meer informatie over BSN, geboortedatum, geslacht, woongemeente, overlijdensdatum, aard en oorzaak van overlijden, plaats van overlijden en het postmortale interval tot de lijkschouw. Er is sprake van lijkvinding als plaats of datum/tijdstip van overlijden of de identiteit van de overledene niet met zekerheid vast te stellen is.⁵ Met de term 'woninglijken' worden overledenen bedoeld die na enige tijd in hun woning worden gevonden en van wie de datum van overlijden onduidelijk is.

Analyse

De datasets werden binnen een beveiligde onderzoeksomgeving gekoppeld op basis van BSN. Na koppeling werden de gegevens geanonimiseerd. Het onderzoek werd uitgevoerd met instemming van de betrokken gemeenten en in overleg met de privacy officer van GGD regio Utrecht. Omdat het een dossieronderzoek betrof is het onderzoek niet-WMO plichtig en is het onderzoek niet voorgelegd aan een METC.

Beschrijvende statistiek werd uitgevoerd op twee datasets: (a) alle OGGZ-meldingen en (b) de subgroep personen met zowel een OGGZ-melding als een geregistreerde lijkschouw. Kwantitatieve analyses werden uitgevoerd met SPSS (IBM SPSS Statistics for Windows, versie 30); categorisatie van de overleden subgroep gebeurde met MAXQDA (VERBI Software, MAXQDA versie 24, 2022).

Resultaten

Kenmerken van het OGGZ-cohort

Het OGGZ-bestand omvatte 13.414 meldingen over 7172 unieke personen. De gemiddelde leeftijd was 50,3 jaar (SD: 20,6). De grootste leeftijdsgroep was 35-50 jaar (24%). In de leeftijdsgroepen < 18, 18 tot 35, 35 tot 50 en 50 tot 65 jaar waren mannen in de meerderheid; in de leeftijdsgroep ≥ 80 jaar was het merendeel vrouw.

Ten tijde van de melding was 73% van de personen al bekend bij één of meer zorginstanties, waaronder ggz/verslavingszorg (44%), sociaal wijkteam (29%), huisarts of praktijkondersteuner (21%) en specialistische ambulante begeleiding (19%). Van de 73% die al bekend was, was 26% bekend bij twee of meer zorginstanties.

Psychiatrische problematiek werd het meest gemeld (70%); tabel 1 geeft meer details.

kenmerk		OGGZ-melding n = 13.414
unieke personen; n		7172
gemiddelde leeftijd; jaren		50,3
bekend bij zorginstanties vóór de melding; %		73
huisarts of praktijkondersteuner betrokken; %		21
gemelde problematiek; %	psychiatrisch	70
	sociaal	41
	middelengebruik	25
	somatisch of dementie	17
	huisvervuiling, hoarding	14
	(dreigende) dakloosheid	8,6
	huiselijk geweld, kindermishandeling	6,4
	financieel	5,5

OGGZ = Openbare geestelijke gezondheidszorg.

Tabel 1

Kenmerken van personen gemeld bij een OGGZ-meldpunt (2018-2024)

Meldingen en interventies

Bij 11.750 meldingen (92,3%) werd één of meer vormen van hulp ingezet. Mogelijke interventies waren: terugleiding naar een al betrokken zorgverlener (48%), overdracht aan het sociaal wijkteam (37%), toeleiding naar ggz of bemoeizorg (13%) en verwijzing naar huisarts of praktijkondersteuner (8%). Bij 891 meldingen (7%) werd advies gegeven aan de melder of vond overleg plaats zonder directe interventie. Bij 87 meldingen (0,7%) werd geen actie ondernomen, bijvoorbeeld omdat de melding onterecht bleek of de betrokkene al was overleden. Meerdere interventies per melding waren mogelijk.

Gedurende de onderzoeksperiode waren over 33% van de personen één of meer herhaalde meldingen gedaan. Bij de helft van deze groep betrof het drie of meer meldingen (maximaal 59). Bijna driekwart van de meldingen werd gedaan door de politie (73%). Andere melders waren familie of bezorgde burgers (13%), zorgprofessionals (8%), woningcorporaties (3%) en overige melders (2%), bijvoorbeeld bewindvoerders.

Overleden personen

Koppeling van de forensische gegevens aan het OGGZ-bestand resulteerde in 253 matches, overeenkomend met 155 unieke

personen van wie een OGGZ-melding bekend was en bij wie lijkschouw was verricht; 98 matches betroffen meldingen over iemand die al eerder was gemeld (tabel 2).

kenmerk	overleden		
unieke personen; n	155		
gemiddelde leeftijd; jaren	59,8		
bekend bij zorginstanties vóór de OGGZ-melding; %	85		
huisarts of praktijkondersteuner betrokken; %	13		
	natuurlijk	20	
		overig of onbekend ongeval	38
doodsoorzaak; %		suïcide	28
	niet-natuurlijk	toedracht onbekend	11
		verkeersongeval	1,9
		misdrif	1,3
lijkfinding ≥ 14 dagen na overlijden	6,5		

OGGZ = openbare geestelijke gezondheidszorg.

Tabel 2
Kenmerken van overledenen met een OGGZ-melding bij leven (2018-2024)

Deze subgroep van overledenen had een hogere gemiddelde leeftijd dan het totale OGGZ-cohort (59,8 vs. 50,3 jaar; uitersten: 20-101 jaar). Daarnaast waren meer personen voorafgaand aan de OGGZ-melding al bekend bij zorginstanties (85% vs. 73%). Betrokkenheid van een huisarts of praktijkondersteuner werd minder vaak geregistreerd (13% vs. 21%), terwijl betrokkenheid van een woningcorporatie vaker voorkwam (2,8% vs. 0,7%). Somatische problematiek of dementie werd vaker gerapporteerd (38% vs. 17%), terwijl meldingen van huiselijk geweld of kindermishandeling minder frequent waren (2,4% vs. 6,4%). Meldingen waren minder vaak doorgezet naar de huisarts of praktijkondersteuner (2,6% vs. 7,0%).

108 personen (70%) stierven binnen één jaar na de laatste OGGZ-melding (uitersten: 0-49 maanden). Van 7172 unieke personen zijn uiteindelijk 155 lijkschouwen verricht. Dit betekent 216 lijkschouwen per 10.000 personen. In dezelfde periode hebben de forensische artsen in de zeventien gemeenten van provincie Utrecht 3579 lijkschouwen uitgevoerd, wat neerkomt op 34 lijkschouwen per 10.000 inwoners.

Doodsoorzaken

In de subgroep ging het bij 39 sterfgevallen om een lijkfinding (25%). Bij 10 van deze sterfgevallen (6,5%) was sprake van een woninglijk met een postmortaal interval ≥ 14 dagen (uitersten: 14-60 dagen; mediaan: 14 dagen). In totaal overleden 124 personen (80%) aan een niet-natuurlijke doodsoorzaak. De meest voorkomende doodsoorzaken waren 'overig of onbekend ongeval' (38%) en suïcide (28%). Zie tabel 2 voor meer details.

Van de 31 personen die een natuurlijke dood stierven, was bij 18 (58%) sprake van een lijkfinding. In de forensische dossiers werden onder meer zelfverwaarlozing of een vervuilde woonomgeving (n = 13), problematisch middelengebruik (n = 10), sociaal isolement (n = 3) en andere factoren, zoals dementie (n = 5) opgetekend bij de toelichting op de omstandigheden van overlijden.

Categorisatie van de overledenen

Op basis van de doodsoorzaak, zorggeschiedenis en omstandigheden van overlijden werden de 155 personen onderverdeeld in vijf

categorieën: suïcide (n = 46), (vermoeden van) dementie of kwetsbare gezondheid (n = 44), problematisch middelengebruik (n = 29), huisvervuiling of hoarding (n = 21) en overige problematiek (n = 15).

De suïcidegroep was het jongst (gemiddelde leeftijd 40,6 jaar), terwijl de groep met (vermoeden van) dementie of kwetsbare gezondheid het oudst was (gemiddeld 81,6 jaar). Mannen waren in de meeste categorieën oververtegenwoordigd. In de meerderheid (86%) van de casussen was sprake van multiproblematiek (tabel 3).

probleemcategorie	aantal	doodsoorzaak*	leeftijd in jaren; gemiddelde (SD)	geslacht man; %	herhaalde melding; %	tijd tussen melding en overlijden in maanden; gemiddelde (SD)
suïcidaal	46	suïcide: 85%	40,6 (14,1)	59	24	12, 1 (1,8)
		ongeval: 6,5%†				
		toedracht onbekend: 6,5%				
(vermoeden van) dementie of broze gezondheid	44	ongeval: 84%†	81,6 (9,1)	52	23	10,4 (10,9)
		natuurlijk overlijden: 12%				
problematisch middelengebruik	29	ongeval: 48%†	(54,1 (12,9)	72	34	13,7 (2,5)
		toedracht onbekend: 24%				
		natuurlijk overlijden: 21%				
huisvervuiling of hoarding	21	natuurlijk overlijden: 71%	62,5 (11,8)	67	29	9,6 (2,0)
		toedracht onbekend: 19%				
		misdrijf: 4,5%				
andere problematiek	15	ongeval: 33%†	60,1 (17,5)	80	47	14,0 (3,6)
		natuurlijk overlijden: 33%				
		toedracht onbekend: 13%				

OGGZ = Openbare geestelijke gezondheidszorg.

* Alleen de meest voorkomende doodsoorzaken zijn vermeld.

De percentages per categorie tellen daardoor niet op tot 100%.

† Inclusief overige doodsoorzaken en ongevallen waarvan de toedracht onbekend is.

Tabel 3

Categorieën van overledenen met een OGGZ-melding bij leven (2018-2024)

Beschouwing

In dit onderzoek beschrijven we de kenmerken van meldingen bij het OGGZ-meldpunt in de regio Utrecht over de periode 2018-2024, inclusief de kenmerken van een subgroep personen die zowel bij het meldpunt waren gemeld als later na overlijden door een forensisch arts waren gezien.

Kenmerken van de cliënten

De meest voorkomende reden voor een melding was psychiatrische problematiek, maar in veel gevallen was sprake van multiproblematiek. Psychiatrische klachten gingen bijvoorbeeld regelmatig samen met problematisch middelengebruik, terwijl bij ouderen met vermoedelijke dementie vaak ook huisvervuiling of hoarding werd gemeld. De meeste meldingen kwamen via de politie binnen. Vaak zijn deze meldingen afkomstig van bezorgde burgers, familieleden of omstanders die zich zorgen maken of overlast ervaren en daarom de politie inschakelen.⁶

Opvallend is dat de problematiek van bijna driekwart van de gemelde personen al bekend was bij één of meer zorg- of hulpverleningsorganisaties. Dit kan erop wijzen dat louter signalering niet altijd voldoende is om passende zorg te realiseren. Een mogelijke verklaring is dat de OGGZ-doelgroep zorg vaak vermijdt, bijvoorbeeld door schaamte, gebrek aan ziekte-inzicht, slechte ervaringen met eerdere hulpverlening of wantrouwen tegenover instanties. Daarnaast sluit het hulpaanbod niet altijd goed aan bij de behoeften van cliënten.⁷ Ook structurele factoren spelen een rol. Het zorg- en ondersteuningssysteem is sterk gefragmenteerd en bestaat uit een groot aantal gespecialiseerde voorzieningen met eigen toegangseisen. Hierdoor lopen mensen met complexe

meervoudige problematiek een groter risico tussen wal en schip te vallen.⁸

Uit de resultaten blijkt dat bij ruim een kwart van de gemelde cliënten meerdere hulpinstanties betrokken waren bij het zorgtraject. Wanneer verschillende organisaties gelijktijdig betrokken zijn en duidelijke regie ontbreekt, kan dit de effectiviteit van de zorg verminderen. Hoewel casussen regelmatig worden besproken in multidisciplinaire overleggen, blijkt in de praktijk dat duurzame stabilisatie moeilijk te realiseren is door de complexiteit van het sociaal, zorg- en veiligheidsdomein en de samenwerking tussen deze domeinen.⁹

Continuïteit van zorg nodig

Volgens Movisie heeft de OGGZ-doelgroep vooral intensieve en outreachende ondersteuning nodig.⁸ Het OGGZ-meldpunt van regio Utrecht heeft na triage echter beperkt zicht op het verdere zorgverloop, waardoor onduidelijk blijft of en hoe langdurige ondersteuning daadwerkelijk tot stand komt. In ruim een derde van de meldingen wordt de casus doorgezet naar het sociaal wijkteam. Mogelijk sluit de werkwijze van de wijkteams niet altijd aan bij de behoefte aan langdurige en volhardende ondersteuning, omdat de teams vaak meer gericht zijn op kortdurende ondersteuning en hulpvragen van burgers zelf. In onze studie bleek bovendien dat bij een derde van de gemelde personen sprake was van terugkerende meldingen, wat erop kan wijzen dat de hulpverlening onvoldoende duurzaam op gang is gekomen. Dit benadrukt het belang van structureel georganiseerde bemoeizorg voor deze doelgroep.

Tot slot bleek uit de bevindingen dat de problematiek van de gemelde cliënt vaak niet bekend was bij de huisarts of praktijkondersteuner. Juist de huisartsenzorg kan echter een belangrijke regierol vervullen, bijvoorbeeld door een spoedverwijzing in te zetten bij een patiënt met ernstige psychose.⁸ Naast de inzet van structurele bemoeizorgteams zou ook een sterkere rol van de huisartsenpraktijk kunnen bijdragen aan betere continuïteit van zorg, bijvoorbeeld via een praktijkondersteuner die laagdrempelig contact onderhoudt met kwetsbare patiënten. Huisbezoeken kunnen helpen om vroegtijdig signalen van achteruitgang op te vangen, met name bij sociaal geïsoleerde of kwetsbare patiënten.

Gezien door een forensisch arts

In de subgroep van personen die na overlijden door een forensisch arts werden gezien, kwamen enkele terugkerende patronen naar voren, waaronder suïcide, problematisch middelengebruik, vermoedelijke dementie of broze gezondheid en ernstige zelfverwaarlozing. Tussen eerdere meldingen bij het OGGZ-meldpunt en het overlijden kan echter geen causaal verband worden vastgesteld.

De aanwezigheid van bepaalde problematiek in het OGGZ-dossier geeft geen zekerheid dat deze ook ten tijde van het overlijden nog aanwezig was. In de beschrijving van de omstandigheden rond het overlijden, zoals vastgelegd in Formatus, werd echter vaak wel duidelijk met welke problematiek de betrokkene tijdens het leven te maken had. Opvallend is bovendien dat een relatief groot aandeel van deze personen (70%) binnen één jaar na de laatste melding bij het OGGZ-meldpunt overleed. Daarnaast lag het aantal verrichte lijkschouwen in de OGGZ-groep aanzienlijk hoger dan het aantal lijkschouwen dat in dezelfde periode in het onderzoeksgebied plaatsvond (216 vs. 34 per 10.000 personen).

Een andere belangrijke bevinding is dat bij 6,5% van de sterfgevallen sprake was van een woninglijk met een postmortaal interval van ten minste twee weken. Een lange postmortale periode wordt vaak in verband gebracht met sociaal isolement. In dergelijke situaties wordt het overlijden vaak pas ontdekt na meldingen van buurtbewoners vanwege geur- of insectenoverlast. Deze bevinding benadrukt het belang van sociale netwerken en signalering in de directe leefomgeving.¹⁰

Kanttekeningen

Bij de interpretatie van de resultaten moeten enkele beperkingen in ogenschouw worden genomen. Zo worden niet alle overlijdens waarbij een forensisch arts betrokken had moeten zijn, als mogelijk niet-natuurlijk overlijden herkend. Uit onderzoek is gebleken dat jaarlijks naar schatting 1500 niet-natuurlijke overlijdens niet als zodanig worden herkend en daardoor niet worden gemeld aan de gemeentelijk lijkschouwer.¹¹ Dit hangt samen met onduidelijkheid over de wettelijke definities en procedures rond natuurlijke en niet-natuurlijke dood.¹¹ Ook recent onderzoek laat zien dat de kennis van wet- en regelgeving en de uitvoering van de lijkschouw niet altijd uniform zijn.¹²⁻¹⁴ Daarom geldt als belangrijke stelregel dat bij twijfel over de aard van overlijden altijd een forensisch arts wordt geraadpleegd.

In het OGGZ-bestand ontbrak bij 14% van de meldingen het BSN, waardoor koppeling met het forensisch databestand niet altijd mogelijk was. Hierdoor kunnen bepaalde groepen, zoals personen zonder vaste verblijfplaats, arbeidsmigranten of personen zonder geldige verblijfsstatus, ondervetegenwoordigd zijn.

Ook gebruiken sommige gemeenten naast het OGGZ-meldpunt eigen registratiesystemen, waardoor een deel van de OGGZ-populatie mogelijk niet in dit onderzoek is opgenomen. Daarnaast zijn overlijdens die door huisartsen of in ziekenhuizen werden vastgesteld, niet in de analyse opgenomen, waardoor een onbekend deel van de natuurlijke sterfte buiten beschouwing bleef.

Conclusie

Onze onderzoeksbevindingen benadrukken de noodzaak van een beter samenhangende en persoonsgerichte aanpak. Vroegtijdige signalering, interdisciplinaire samenwerking en toegankelijke zorgstructuren zijn essentieel om mensen te bereiken die de reguliere zorg mijden. Daarbij vormen bemoeizorgteams, huisartsen en praktijkondersteuners cruciale schakels in een sluitend zorgnetwerk. Gezien de complexiteit en hardnekkigheid van de problematiek lijkt het wenselijk om de betrokkenheid bij deze doelgroep niet te snel af te schalen wanneer een acute crisis eenmaal is afgewend. Structurele monitoring en regelmatige contactmomenten kunnen mogelijk bijdragen aan het tijdig signaleren van verslechtering.

- Online artikel en reageren op ntvg.nl/D8946
- GGD regio Utrecht, Zeist, team Onderzoek: dr. E. Tromp, dr. E.R. Douma en drs. I. Steenkamer, onderzoekers publieke gezondheid; team Forensische geneeskunde: drs. R.B.J. Smit, forensisch arts; drs. J.R. van der Laan, huisarts n.p.; Directieteam: drs. J. Zwaal.
- Contact: E. Tromp (ETromp@ggdru.nl)
- Belangenconflict en financiële ondersteuning: Dit onderzoek is tot stand gekomen met ZonMw-subsidie vanuit actieprogramma Grip op Onbegrip voor het project Regionale Kenniswerkplaats Samen Omgaan met Onbegrip (SOMO) regio Utrecht, dossiernummer 10610112310004. ICMJE-formulieren met de belangenverklaring van de auteurs zijn online beschikbaar bij dit artikel.

Aanvaard op 1 juli 2026

Citeer als: Ned Tijdschr Geneeskd. 2026;170:D8946

Literatuur

1. [OGGZ Jaarrapportage 2024](#). Utrecht: GGD Regio Utrecht; 2025.
2. [OGGZ Groepen in beeld](#). GGD GHOR Nederland; 2025.
3. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Waar kan ik terecht met zorgen om een persoon met verward of onbegrepen gedrag? www.rijksoverheid.nl/vraag-en-antwoord/geestelijke-gezondheidszorg/meldpunt-zorgwekkend-gedrag, geraadpleegd op 12 november 2025.
4. [Meldpunten Zorgwekkend Gedrag: Feiten & Cijfers](#) [infographic]. GGD GHOR Nederland; 2021.
5. Burgerlijk Wetboek [artikel 19f, lid 2](#).
6. [Meeste overlastmeldingen politie gingen over verward gedrag](#). Nationale zorggids, 15 januari 2025.
7. [Signaleren en omgaan met zorgmijding in de eerste lijn](#) [richtlijn]. Verzorgenden Verpleegkundigen Nederland, Trimbos Instituut; 2021.
8. [Bemoeizorg, bekommer je erom. Hulp voor mensen die geen hulp vragen, zo organiseer je dat](#). Utrecht: Movisie; 2025.
9. [Klem in het systeem: complexiteit stelsel belemmert effectieve samenwerking in de zorg en ondersteuning aan mensen met verward of onbegrepen gedrag](#). Utrecht: Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd; 2025.
10. Bustrer M, Runtuwene N, van den Hondel K, van Bergen A, Dilissen R. [Woningenglijken in de G4](#). Amsterdam: GGD Amsterdam; 2014.
11. Das C. Determination of Manner of Death in the Netherlands [proefschrift]. Amsterdam: Vrije Universiteit; 2004.
12. Woudenberg-van den Broek CM, Schepers I, Hardy J, De Heus G, Duijst-Heesters W. Het Nederlandse systeem van post-mortaal onderzoek in het licht van artikel 2 EVRM. Nederlands Tijdschrift voor Mensenrechten. 2023;3(3):241-257. [doi:10.54195/NTM.18872](https://doi.org/10.54195/NTM.18872).
13. Woudenberg-van den Broek CM, Werkhoven SA, Zeegers MP, Duijst-Heesters WL. Consistent acting, legal knowledge and competence of external postmortem examination in Dutch hospital settings. J Forensic Leg Med. 2021;80:102178. [doi:10.1016/j.jflm.2021.102178](https://doi.org/10.1016/j.jflm.2021.102178). Medline
14. Woudenberg-van den Broek CM, et al. [The role of the general practitioner in the Dutch system of post-mortem investigations](#). J Gen Pract (Los Angel). 2022;10:471.

Openbare geestelijke gezondheidszorg

Openbare geestelijke gezondheidszorg (OGGZ) richt zich op mensen met ernstige psychosociale problematiek die geen (vrijwillige) individuele hulpvraag stellen en daardoor buiten het bereik van de reguliere zorg vallen. Het betreft een heterogene groep met problemen op een of meer levensdomeinen, waaronder psychische en lichamelijke gezondheid, verslaving, huisvesting, financiën en sociaal isolement.

Toegang tot zorg is voor deze groep vaak beperkt, onder meer door wantrouwen richting instanties, beperkt ziekte-inzicht, verminderde zelfredzaamheid of drempels in het zorgaanbod. De term 'zorgmijders' wordt regelmatig gebruikt, maar doet niet altijd recht aan de complexiteit van de problematiek.

Het doel van de OGGZ is escalatie van problematiek te voorkomen door vroegsignalering en actieve toeleiding naar passende ondersteuning. Uiteindelijk moet voorkomen worden dat iemands positie, aanzien, kansen of functioneren in de samenleving verloren gaan. Kenmerkend is het werken op het snijvlak van zorg, veiligheid en het sociaal domein, waarbij ook ongevraagde hulpverlening kan worden ingezet.

Bron: [OGGZ Groepen in beeld](#).²