

Brancherapport GGZ-MZ

Geestelijke Gezondheidszorg en Maatschappelijke Zorg

M. van den Berg
C. de Ruiter
C. Schoemaker

Trimbos-instituut

2000

2003

Voorwoord

Om inzicht te krijgen in prestaties en trends is een goede informatievoorziening essentieel voor onze sector. Gegevens over vraag, aanbod en kwaliteit maken duidelijk welke ontwikkelingen gaande zijn, hoe beleid uitwerkt en waar zich knelpunten voordoen. Gestructureerde informatie geeft bovendien inzicht in het functioneren van de diverse partijen en hun prestaties in het veld. In die behoefte voorzien de brancherapporten. De serie brancherapporten wordt opgesteld in opdracht van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) en bestaat uit de volgende delen:

- Cure
- Preventie
- Care
- Geestelijke Gezondheidszorg en Maatschappelijke Zorg
- Welzijn en Sport

Nadat er in 2001 een 'dummy' was vastgesteld, kwam in november 2002 de eerste serie brancherapporten gereed. Daarin werd teruggekeken op de periode 1998 tot en met 2001. Deze nieuwe serie brancherapporten heeft betrekking op de periode 2000 tot en met 2003. Over 2003 zijn echter nog niet altijd gegevens beschikbaar of definitief. Waar dat het geval is, wordt dit aangegeven.

De brancherapporten presenteren de gegevens zo veel mogelijk volgens een vast stramien. Hierdoor worden trends zichtbaar. Bovendien is het hierdoor mogelijk de in de brancherapporten beschreven terreinen onderling te vergelijken.

Om de inhoud van de brancherapporten beter toegankelijk, en vergelijkingen door de rapporten heen makkelijker te maken, wordt gewerkt aan digitale ontsluiting van de brancherapporten, op www.brancherapporten.minvws.nl. Op deze site worden als eerste de brancherapporten *Preventie* en *Cure* digitaal ontsloten en de eerste twee hoofdstukken van de overige drie rapporten. Het voornemen is in de loop van 2004 de overige delen te digitaliseren.

VWS werkt op het terrein van zorg aan een raamwerk van prestatie-indicatoren, dat bruikbaar is voor sturing van en verantwoording over het functioneren van de zorg. Bij de invulling van de indicatoren wordt zo veel mogelijk gebruik gemaakt van bestaande gegevens. De brancherapporten 2000-2003 gaan in op de prestatie-indicatoren voor onder andere kwaliteit en effectiviteit.

De brancherapporten zijn als volgt opgebouwd:

- | | |
|-------------|---|
| Hoofdstuk 1 | bevat een terreinbeschrijving, afbakening en verantwoording. |
| Hoofdstuk 2 | beschrijft de organisatorische context van de sector en gaat onder meer in op de rol en positie van de diverse belanghebbenden: patiënten/consumenten, verzekeraars, beroepsbeoefenaren en aanbieders van zorg. |
| Hoofdstuk 3 | bevat feiten en cijfers over de sector. Deze data worden gepresenteerd volgens de vaste structuur: vraag, aanbod en capaciteit, gebruik en productie, financiering en kwaliteit. |
| Hoofdstuk 4 | gaat in op de ontwikkeling van het raamwerk van prestatie-indicatoren en knelpunten in de informatievoorziening. |

Dit brancherapport is opgesteld door het Trimbos-instituut en heeft betrekking op de sector Ggz-mz. Het bestrijkt de terreinen geestelijke gezondheidszorg, maatschappelijke zorg en verslavingszorg.

De totstandkoming van het rapport is ondersteund door een begeleidingscommissie, die is samengesteld uit sectorpartijen. Daarnaast heeft een adviescommissie van deskundigen naar de kwaliteit van de gebruikte bronnen gekeken.

De Directeur-Generaal Maatschappelijke Zorg,

drs. M.P. van Gastel

Dit brancherapport is mede tot stand gekomen door:

Personen die bijdragen hebben geleverd aan dit rapport

dr. M. van den Berg
prof. dr. C. de Ruiter
dr. C. Schoemaker
dr. C. Smits
dr. F.T.A. Pijlman
drs. M. Planije

Personen die we willen bedanken voor hun medewerking aan dit rapport

dhr. P. Anzion
mw. J. Bax
drs. M.J.W. Huijdink
mw. A. Peterse

Begeleidingscommissie

dhr. A.D.J. Keizer (voorzitter, VWS)
mw. C. de Ruiter (waarnemer Trimbos-instituut)
dhr. C. Schoemaker (waarnemer Trimbos-instituut)
mw. M. van den Berg (waarnemer Trimbos-instituut)
dhr. E. Faber (GGZ Nederland)
dhr. H. Bijker (Maatschappelijk Ondernemers Groep)
dhr. G. van Dam (Federatie Opvang)
dhr. R.J. van der Veen (VWS)
dhr. H.C. Ossebaard (secretaris, VWS)
dhr. R.J. Beuse (GGD Nederland)
mw. J. Camps (VWS)
dhr. M.C. Ribbens (Zorgverzekeraars Nederland)
dhr. W.P. Rijksen (KNMG)
dhr. J. Jawad (VNG)
mw. E.H. Reitsma
dhr. W.C. Weeda (VEKTIS)
dhr. J.A.M. van Oers (agendalid RIVM)

Geraadpleegde deskundigen (wetenschappelijke commissie)

dhr. prof. dr. Th.A.H. Doreleijers
dhr. prof. dr. H.J.C. van Marle
mw. prof. dr. T.J. Heeren
dhr. prof. dr. A.T.F. Beekman
dhr. prof. dr. A.H. Schene
dhr. prof. dr. F.C. Verhulst
dhr. prof. dr. D. Wiersma
dhr. prof. dr. G.M. Schippers
dhr. prof. dr. G. van der Laan

Geraadpleegde deskundigen binnen het Trimbos-instituut

mw. drs. J.W. Blekman
dhr. drs. M. Bool
dhr. dr. A.A.N. Cruts
dhr. drs. K.P.D. van Duijvenbooden
dhr. dr. A. van Gageldonk
mw. C.J.M. Harmsen
mw. dr. M.W. van Laar
mw. drs. M.L. ten Have
dhr. dr. A.C.J. Lemmers
dhr. prof. dr. J.A. Swinkels
dhr. drs. H. Verburg
mw. prof. dr. W.A.M. Vollebergh
dhr. dr. J. van Weeghel
mw. prof. dr. J.R.L.M. Wolf

Inhoud

1	Verantwoording	1
1.1	Samenvatting	1
1.2	Terreinbeschrijving	4
1.3	Opbouw van het rapport	4
1.4	Afbakening	4
2	Organisatorische context	5
2.1	Context: betrokken partijen en wet- en regelgeving	5
2.2	Recente ontwikkelingen in de ggz-mz	6
2.3	Recente ontwikkelingen per zorgcircuit	11
3	Feiten en cijfers	15
3.1	Algemeen beeld van de ggz	15
3.1.1	Zorgvraag	15
3.1.2	Zorgaanbod en capaciteit	15
3.1.3	Zorggebruik en productie	19
3.1.4	Financiering	20
3.1.5	Kwaliteit van zorg	21
3.2	Volwassenen	21
3.2.1	Zorgvraag	22
3.2.2	Zorgaanbod en capaciteit	22
3.2.3	Zorggebruik en productie	23
3.2.4	Kwaliteit van de zorg	26
3.2.5	Internationaal	27
3.3	Kinderen en jeugd	27
3.3.1	Zorgvraag	28
3.3.2	Zorgaanbod en -capaciteit	30
3.3.3	Zorggebruik en productie	32
3.3.4	Kwaliteit van zorg	38
3.3.5	Internationaal	40
3.4	Ouderen	40
3.4.1	Zorgvraag	41
3.4.2	Zorgaanbod en capaciteit	41
3.4.3	Zorggebruik en productie	43
3.4.4	Kwaliteit van zorg	44
3.4.5	Internationaal	46
3.5	Forensische zorg	47
3.5.1	Zorgvraag	47
3.5.2	Zorgaanbod en capaciteit	48
3.5.3	Zorggebruik en productie	54
3.5.4	Kwaliteit van zorg	55
3.5.5	Financiering	57
3.5.6	Internationaal	57
3.6	Verslavingszorg	58
3.6.1	Zorgvraag	58
3.6.2	Zorgaanbod en capaciteit	58
3.6.3	Zorggebruik en productie	60
3.6.4	Kwaliteit van zorg	64
3.6.5	Internationaal	67
3.7	Preventie	68
3.7.1	Psychische aandoeningen	68
3.7.2	Depressie en angststoornissen	69
3.7.3	Alcohol	71
3.7.4	Drugs	74
3.8	Maatschappelijke zorg	77
3.8.1	Oggz: zorgvraag	77
3.8.2	Oggz: zorgaanbod en capaciteit	78
3.8.3	Oggz: zorggebruik en productie	79
3.8.4	Oggz: financiering	79

3.8.5	Maatschappelijke opvang, inclusief vrouwenopvang	79
3.8.6	Maatschappelijke opvang: zorgvraag	80
3.8.7	Maatschappelijke opvang: zorgaanbod en capaciteit	81
3.8.8	Maatschappelijke opvang: zorggebruik en productie	83
3.8.9	Maatschappelijke opvang: financiering	85
3.8.10	Maatschappelijke opvang: kwaliteit van zorg	85
3.8.11	Opvang van zwerfjongeren	86
3.8.12	Internationaal	87
3.8.13	Algemeen maatschappelijk werk (amw)	87
3.9	Type hulpverlening	90
4	Stand van zaken informatievoorziening in de ggz	91
4.1	Publicaties over prestatie-indicatoren	91
4.2	Gebbruiksdoelen en niveaus van prestatie-indicatoren	92
4.3	Prestatie-indicatoren: keuzes en knelpunten	93
4.4	Stand van zaken van de huidige informatievoorziening	94
	Literatuurlijst	96
Bijlage 1	Kwaliteit van informatiebronnen	111
Bijlage 2	Lijst van afkortingen	115
Bijlage 3	Reserves instellingen	118

1 Verantwoording

Dit brancherapport gaat over de geestelijke gezondheidszorg (ggz) en de maatschappelijke zorg (mz) in de periode 2000-2003. Dit is de derde maal dat het brancherapport *GGZ-MZ* verschijnt. Het rapport richt zich op drie beleidsterreinen:

- De ggz met inbegrip van de forensische psychiatrie en de verslavingszorg
- Ggz-preventie en preventie van alcohol- en drugsgebruik
- De maatschappelijke zorg

1.1 Samenvatting

Dit hoofdstuk bevat een korte terreinbeschrijving, uitleg over de opbouw van het rapport en een overzicht van de gevolgde werkwijze. In hoofdstuk 2 'De organisatorische context' bespreken we de modernisering van de AWBZ en de gevolgen daarvan. De ggz wordt geïntegreerd in de curatieve zorg en de AWBZ-gefinancierde, curatieve geestelijke gezondheidszorg wordt overgeheveld naar de basisverzekering. Dit zijn belangrijke ontwikkelingen, waardoor de ggz parallel aan de curatieve somatische zorg aangestuurd en gefinancierd gaat worden. Hiervoor hanteren beleidsmakers en financiers een aantal middelen, zoals de diagnose-behandelcombinatie (dbc), waarmee een standardeenheid moet ontstaan voor de zorg. De zorg moet ook transparanter en eenvoudiger worden door het caredeelte van de ggz functiegericht te bekostigen. In de periode 2000-2003 is het persoonsgebonden budget (pgb) in de ggz ingevoerd en sinds 1 april 2003 zijn de Regionale Indicatieorganen (RIO's) ervoor verantwoordelijk om functiegerichte indicatiebesluiten te nemen.

Sectoroverstijgende ontwikkelingen

Behalve deze ontwikkelingen binnen de sector zijn er ook enkele belangrijke sectoroverstijgende ontwikkelingen: er zijn kenniscentra opgericht, richtlijnen ontwikkeld en zorgprogramma's gemaakt. Zo wordt in de jeugdzorg de invoering van de nieuwe Wet op de jeugdzorg voorbereid. Deze nieuwe wet regelt de toegang tot de gehele jeugdzorg via het Bureau Jeugdzorg (BJZ). Het gaat daarbij om de jeugd-ggz, de jeugdhulpverlening, de justitiële jeugdinrichtingen (jji's) en om de zorg voor licht verstandelijk gehandicapten. Over de ggz voor ouderen is al lang geen specifieke beleidsnota verschenen.

Voor de forensische psychiatrie wordt het werkterrein van de ggz afgebakend binnen het veld van justitie. De forensisch-psychiatrische instituten (FPI's) moeten intensief gaan samenwerken met de ggz. In de periode 2000-2003 is er gewerkt aan een voorstel om de Wet bijzondere opnemingen psychiatrische ziekenhuizen (Wet BOPZ) te wijzigen. Het gaat daarbij om de voorwaardelijke rechterlijke machtiging en de daaraan verbonden observatiemachtiging en om het wetsvoorstel zelfbinding.

Feiten en cijfers

In hoofdstuk 3 van dit brancherapport geven we de feiten en cijfers over de verschillende circuits in de ggz: volwassenen, jeugd en ouderen. Een terugkerend thema in dit hoofdstuk is de stand van zaken in de informatievoorziening. In zowel de ggz als de mz is de informatievoorziening in de periode 2000-2003 op een aantal punten ingrijpend gereorganiseerd. Zo gebruikt de ggz vanaf 2000 het Zorginformatiesysteem (Zorgis) om behandelingen te registreren. Ook in de mz wordt een nieuw registratiesysteem geïntroduceerd. In bijlage 1 van dit brancherapport wordt de kwaliteit van de informatiebronnen uitgebreid besproken. In hoofdstuk 4 kijken we hoe bruikbaar deze registraties zijn als het erom gaat de prestaties van de ggz te meten.

Achterstand diagnoseregistraties

In de circuits volwassenen, jeugd en ouderen is de achterstand in het registreren van de diagnose opvallend: in 75 procent van de gevallen is de diagnose onbekend of niet ingevuld. Dat gegevens over de diagnose ontbreken, kan een belemmering vormen om de dbc-systematiek in te voeren in de ggz.

Wachttijstregistratie ggz

Sinds 2001 is de Wachttijstregistratie ggz ingesteld als middel om de wachttijsten te verminderen. Uit registraties op 1 januari 2001, 2002 en 2003 blijkt dat de wachttijsten niet langer worden, maar ook niet afnemen. De gemiddelde wachttijden in de aanmeldings-, onderzoeks- en behandelfase nemen wel iets af. Desondanks is de ggz nog altijd onvoldoende in staat de zogenoemde Treeknormen voor aanvaardbare wachttijden te waarborgen. Binnen de circuits voor volwassenen, kinderen en jeugd en ouderen ligt de wachttijd van de helft tot ruim driekwart van de wachtenden boven de Treeknormen. In het circuit volwassenen is de capaciteit niet opvallend uitgebreid. Binnen de productie is het aantal ambulante verrichtingen duidelijk toegenomen, en er wordt meer zorg op maat geleverd.

Invoering Wet op de jeugdzorg

Binnen het circuit jeugd zijn er veel fusies geweest die onder meer te maken hebben met de invoering van de nieuwe Wet op de jeugdzorg. Veel instellingen zijn samengegaan om in te spelen op het met deze wet beoogde Bureau Jeugdzorg (BJZ) als toegangspoort voor de gehele kinder- en jeugdzorg. De capaciteit is in de jeugd-ggz niet afgenomen, maar in de jeugdhulpverlening is het aantal voorzieningen wel gedaald. De samenwerking tussen het BJZ en de jeugd-ggz verloopt nog niet naar wens. De toegangsfunctie is in de meeste regio's nog niet intersectoraal vormgegeven: uit een steekproef blijkt dat slechts in 10 procent van de regio's een BJZ is gerealiseerd, zoals de overheid dat met de invoering van de nieuwe Wet op de Jeugdzorg voor ogen heeft.

Ouderen in de ggz

Het is moeilijk om uitspraken te doen over het circuit ouderen, omdat veel informatiebronnen geen apart onderscheid maken tussen volwassenen (tot 65 jaar) en ouderen (vanaf 65 jaar). Uit de beschikbare informatie blijkt wel dat het aantal feitelijke bedden voor ouderen licht is gestegen. Ouderen hebben over het algemeen goed toegang tot de zorg, met uitzondering van allochtone ouderen. De reden daarvoor is dat allochtone ouderen slecht bekend zijn met de ggz. In 2003 is het Nederlands Kenniscentrum Ouderenpsychiatrie (NKOP) opgericht. Dit kenniscentrum stelt zich tot doel de kwaliteit van zorg aan ouderen met psychische en psychiatrische problemen te verbeteren.

Forensische psychiatrie

Binnen de forensische psychiatrie neemt de capaciteit toe. Dit is een gevolg van maatregelen voor capaciteitsuitbreiding die eind jaren negentig zijn genomen. Desondanks nam in de periode 2000-2003 het aantal personen dat wacht op plaatsing in een FPI voor de terbeschikkingstelling (tbs) (passanten) niet af. Verder is in 2002 het Expertisecentrum Forensische Psychiatrie (EFP) opgericht om de kwaliteit en doelmatigheid van de forensische psychiatrie te vergroten door de effectiviteit van behandeling wetenschappelijk te onderzoeken.

Verslavingszorg

Het aantal ingeschreven cliënten binnen de verslavingszorg is licht gestegen. De verdeling van cliënten naar hun primaire problematiek blijft stabiel in de periode 2000-2003: ruim 40 procent heeft als primair probleem een alcoholverslaving, ongeveer 30 procent is primair verslaafd aan opiaten. Alleen het aantal verslaafden aan cocaïne en crack stijgt. Er loopt een aantal verbeterprojecten in de verslavingszorg, zoals Snelle Detoxificatie van Opiaten, en Heroïne op Medisch Voorschrift. Snelle detoxificatie van opiaten blijkt echter, in tegenstelling tot heroïne op medisch voorschrift, geen meerwaarde te hebben. Heroïne op medisch voorschrift werkt positief uit op het gebruik, de lichamelijke en geestelijke gezondheid van de gebruikers. Ook gaan gebruikers hierdoor beter sociaal en maatschappelijk functioneren. Het experiment met hoge doses methadon laat precies dezelfde positieve effecten zien. Projecten als Resultaten Scoren en Verslavingszorg Herijkt richten zich meer op de kwaliteit van de zorg door de zorg en de informatievoorziening opnieuw en beter te organiseren.

Het Bureau NDM (Nationale Drug Monitor) rapporteert voor Nederland gegevens over de verslavingszorg aan de European Monitoring Centre for Drug and Drug Addiction (EMCDDA). De EMCDDA verzamelt gegevens over verslaving en verslavingszorg van alle lidstaten van de Europese Unie aan de hand van vijf kernindicatoren. Op deze manier kunnen we de situatie in verschillende landen enigszins met elkaar te vergelijken.

Preventie in de ggz

De preventie van depressie en angststoornissen is de komende jaren een speerpunt van het preventiebeleid. Tot nu toe is er relatief weinig aandacht besteed aan preventie van psychische stoornissen. Er is weinig bekend over effectieve interventies voor angststoornissen of andere psychische aandoeningen. Met preventie-interventies voor depressie is meer ervaring opgedaan. Preventie van alcohol en drugs krijgt meer aandacht dan die van psychische aandoeningen. Het is vaak moeilijk vast te stellen wat het bereik is van de preventie-interventies voor alcohol en drugs, omdat in veel gevallen alleen het aantal bezoekers op een website wordt gerapporteerd. De cursus De Gezonde School en Genotmiddelen bereikt volgens een recent onderzoek 50 procent van de scholieren van 10 tot 18 jaar in Nederland en 40 procent van de scholieren in het speciaal onderwijs. De effecten zijn positief: jongeren die de cursus hebben gevolgd, gebruiken significant minder tabak, alcohol en marihuana dan jongeren die de cursus niet hebben gevolgd. Bij massamediale campagnes is het niet mogelijk een effect van de interventie vast te stellen.

Maatschappelijke opvang

Schattingen van de omvang van de groepen sociaal kwetsbare mensen lopen sterk uiteen. Dit komt onder andere door de verschillende schattingsmethoden en definities die worden gebruikt. De capaciteit van de voorzieningen die zijn aangesloten bij de Federatie Opvang is in 2001 iets toegenomen ten opzichte van 2000. Er zijn nog geen cijfers over de capaciteit in 2002 bekend. Dit komt doordat een nieuw registratiesysteem wordt ingevoerd dat in 2004 operationeel moet zijn.

Het aantal opnamen is vooral in de vrouwenopvang afgenomen. Het valt op dat er steeds meer kinderen mee opgenomen worden bij de dak- en thuislozenopvang en bij begeleid wonen en woonbegeleiding in de overige opvang. Deze cijfers bevestigen het beeld dat steeds meer vrouwen met kinderen en gezinnen bij de daklozenopvang aankloppen. In alle sectoren van de maatschappelijke opvang werden de cliënten in 2001 langer opgevangen dan in 2000. De opvangcapaciteit voor de zwerfjongeren blijft ver achter bij de omvang van deze groep.

Stand van zaken in de informatievoorziening

Om na te gaan in hoeverre het systeem van zorg het publieke belang dient, heeft de landelijke overheid behoefte aan regelmatige rapportages over de toegankelijkheid, betaalbaarheid en kwaliteit van de zorg. Om de publieke belangen helder en transparant te toetsen gebeurt die rapportage bij voorkeur aan de hand van een beperkte vaste set van prestatie-indicatoren. Het is de bedoeling van het ministerie van VWS dat er eind 2004 in iedere sector van de zorg een set prestatie-indicatoren is ingevoerd die zicht geeft op de kwaliteitsontwikkeling. Welke prestatie-indicatoren worden gekozen, is afhankelijk van de vraag voor wie en met welk doel de informatie over deze indicatoren wordt verzameld. Het ministerie van VWS maakt onderscheid tussen informatiebehoefte en gebruiksdoel van informatie op microniveau, mesoniveau en macroniveau. Op dit moment werkt het Trimbos-instituut, samen met verschillende veldpartijen, aan een set prestatie-indicatoren voor de ggz. De huidige registratiesystemen kunnen maar beperkt de data leveren voor een set van prestatie-indicatoren. De registratiesystemen van de zorg zijn in handen van een groot aantal verschillende partijen. Doordat gegevens ontbreken, is het op dit moment helaas niet mogelijk een betrouwbaar beeld te schetsen van het zorggebruik in de ggz.

1.2 Terreinbeschrijving

Het werkgebied van de ggz-mz wordt onderverdeeld in acht aparte circuits:

- Eerstelijns-ggz
- Ggz preventie
- Ggz voor kinderen en jeugdigen
- Ggz voor volwassenen
- Ggz voor ouderen
- Forensische psychiatrie
- Verslavingszorg

De maatschappelijke zorg bespreken we als aparte sector in dit brancherapport.

1.3 Opbouw van het rapport

In hoofdstuk 2 van dit brancherapport komt de organisatie van de zorg aan bod en alle ontwikkelingen die daarin hebben plaatsgevonden in de periode 2000-2003, zoals de modernisering van de AWBZ. In hoofdstuk 3 geven we de feiten en cijfers voor de ggz over de periode 2000-2003. Per ggz-circuit en voor de sector maatschappelijke zorg vindt u daarin de relevante feiten en cijfers van de zorgvraag en zorgcapaciteit, het zorggebruik en de zorgproductie, de kwaliteit van de zorg en de belangrijkste internationale ontwikkelingen. De internationale ontwikkelingen in de zorg vormen een nieuwe rubriek in dit brancherapport. Doel daarvan is weer te geven hoe vergelijkbare onderwerpen en knelpunten in het buitenland worden aangepakt en wat het effect is van deze aanpak. In de eerste paragraaf van hoofdstuk 3 vindt u de feiten en cijfers over de capaciteit en productie in de gehele ggz en mz. In hoofdstuk 4 geven we ten slotte de stand van zaken in de informatievoorziening in de ggz en de consequenties daarvan voor de manier waarop de prestatie-indicatoren gemeten worden. Daarbij komen ook de knelpunten aan bod.

1.4 Afbakening

Net als in het vorige brancherapport behandelen we elk circuit en de maatschappelijke zorg apart. Waar het brancherapport *GGZ-MZ 1998-2001* en het huidige elkaar overlappen, hebben we ervoor gekozen om te verwijzen naar het vorige brancherapport en eventueel een korte samenvatting te geven, tenzij er een belangrijke reden is om het onderwerp nog eens te bespreken.

Samenwerking met andere brancherapporten

Het huidige brancherapport heeft overlap met het brancherapport *Welzijn en sport* van het Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn (NIZW) en het brancherapport *Preventie* van het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM). De cijfers over de jeugdhulpverlening zijn afkomstig van het NIZW. Met het RIVM is afgesproken dat het Trimbos-instituut de overlappende hoofdstukken over psychische aandoeningen (depressie en angst), alcoholmisbruik en middelenmisbruik levert, in de paragraafindeling van het RIVM. Dat heeft tot gevolg dat deze paragraaf een afwijkende indeling heeft van de overige paragrafen in hoofdstuk 3.

2 Organisatorische context

In het brancherapport *GGZ-MZ 1998-2001* hebben we in hoofdstuk 2 uitgebreid aandacht besteed aan de organisatie van de zorg, de verschillende betrokken partijen en de wet- en regelgeving die daarbij belangrijk is. Deze informatie vindt u hier nog eens beknopt in paragraaf 2.1; voor een uitgebreide beschrijving verwijzen we naar het vorige brancherapport.

In paragraaf 2.2 schetsen we vervolgens de recente ontwikkelingen die opvallen in de gehele sector of in meer circuits tegelijk. Recente ontwikkelingen die zich voordoen in een specifiek zorgcircuit vindt u in paragraaf 2.3.

2.1 Context: betrokken partijen en wet- en regelgeving

Partijen

In de geestelijke gezondheidszorg (ggz), verslavingszorg (vz) en maatschappelijke zorg (mz) spelen zeven partijen een belangrijke rol:

1. Organisaties van cliënten en hun familieleden
2. Beroepsverenigingen van onder andere psychiaters, psychologen, psychotherapeuten en maatschappelijk werkers
3. Zorgaanbieders, waaronder instellingen en vrijevestigde zorgverleners
4. Brancheorganisaties waarin de zorginstellingen voor een groot deel verenigd zijn, zoals GGZ Nederland, Federatie Opvang, GGD Nederland en de MOGroep
5. Zorgverzekeraars, verenigd in de koepelorganisatie Zorgverzekeraars Nederland
6. Zorgkantoren die zorgvraag en zorgaanbod in een specifieke regio zo goed mogelijk op elkaar afstemmen en die nauw gelieerd zijn aan de zorgverzekeraar met het grootste marktaandeel in een regio
7. De overheid: rijksoverheid, provincies, (centrum)gemeenten

Ggz, vz en mz werken samen met een groot aantal partijen, zoals de jeugdhulpverlening, jeugdbescherming, politie, reclassering en woningcorporaties. Als we kijken naar de doelgroep die zij bedienen, dan is de scheidslijn tussen de ggz, vz en mz enerzijds en deze aanpalende sectoren anderzijds vaak niet gemakkelijk te trekken. Zo zijn in de kinder- en jeugd-ggz bijvoorbeeld jongeren met ernstige gedragsproblemen opgenomen, terwijl jongeren met een vergelijkbare problematiek ook zijn opgenomen in een justitiële jeugdinrichting.

Wet- en regelgeving

De wet- regelgeving voor de ggz, vz en mz is divers en complex, en gaat over kernaspecten van de zorg: rechtsbescherming van cliënten, de kwaliteit van de zorg en de financiering van de zorg. We bespreken deze aspecten hieronder een voor een.

- **Rechtsbescherming van cliënten**

Er zijn de afgelopen decennia veel wetten aangenomen die de positie van cliënten in de gezondheidszorg hebben versterkt. Voorbeelden hiervan zijn de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO) en de Wet klachtrecht cliënten zorginstellingen (WKCZ). Voor cliënten die onder de hoede van justitie vallen, is de rechtspositie geregeld in verschillende beginselenwetten, waaronder de Penitentiaire beginselenwet (1999), de Beginselenwet verpleging ter beschikking gestelden (1977) en de Beginselenwet justitiële jeugdinrichtingen (1999).

- **Kwaliteit van de zorg**

Om de kwaliteit van de zorg binnen de ggz, vz en mz juridisch in te bedden, is allereerst de Wet kwaliteit zorginstellingen (WKZ) relevant. Ook de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG) biedt juridische kaders om professionals die werkzaam zijn in de ggz, vz en mz, te scholen en te certificeren.

- **Financiering van de zorg**

De financiering van de ggz, vz en mz is complex. Door nieuwe wetgeving is de financiering voor een aantal sectoren op dit moment sterk in beweging. Voor de ggz is dat een gevolg van de modernisering in de AWBZ; voor de jeugd-ggz, jeugdhulpverlening en jeugdbescherming heeft de nieuwe Wet op de jeugdzorg, die begin 2005 moet ingaan, belangrijke gevolgen.

Verslavingszorg en maatschappelijke zorg worden voor een belangrijk deel gefinancierd uit de rijksbegroting. Het Rijk verschaft doeluitkeringen aan gemeenten, en subsidies aan instellingen en organisaties. De Welzijnswet speelt hierin een centrale rol. De Wet collectieve preventie volksgezondheid (WCPV) regelt de financiering van preventietaken, waarbij de ggz-preventie geïntegreerd moet worden in de algemene, somatische preventie.

Bij de regelgeving en financiering wordt nog enigszins uitgegaan van de scheiding tussen ambulante, semi- en intramurale zorg, maar in de praktijk is dit onderscheid snel aan het verdwijnen. Ggz-instellingen fuseren, maar ook over de ggz, vz en mz heen ontstaan circuits die zorgprogramma's aanbieden voor diverse doelgroepen. Ook instellingen die onder justitie vallen participeren in deze circuits, zoals de reclassering, en instellingen voor algemene gezondheidszorg, zoals GGD'en.

De zorg wordt steeds meer georganiseerd in zorgprogramma's, waarin verschillende ketenpartners participeren. Een zorgprogramma is een samenhangend aanbod van geestelijke en andere gezondheidszorg voor een omschreven groep van hulpvragers, die bijvoorbeeld gekenmerkt wordt door een specifieke diagnose of zorgbehoefte. Deze programmatische aanpak is het verst doorgevoerd in de ggz voor volwassenen.

2.2 Recente ontwikkelingen in de ggz-mz

In zijn reactie op het rapport *Zorg van velen* van de Landelijke Commissie Geestelijke Volksgezondheid heeft de minister van VWS eind 2003 enkele samenhangende maatregelen gepresenteerd die de ggz de komende jaren ingrijpend zullen veranderen (VWS 2003a). Een deel van deze maatregelen was al in gang gezet. Hoewel de meeste voorstellen pas in 2005 en 2006 van kracht worden, bespreken we ze op deze plek toch uitgebreid, omdat ze zeer ingrijpende gevolgen hebben, en omdat binnen de ggz op dit moment al druk wordt geanticipeerd op deze maatregelen.

Op grond van het rapport *Zorg van velen* concludeert de minister dat de gespecialiseerde hulp bij psychische stoornissen op dit moment vrijwel het exclusieve domein is van 'grote regionale monopolie-instellingen'. Dit is het resultaat van twee bewegingen, zo stelt hij: enerzijds speelt de door de overheid gestimuleerde fusiegolf in de ggz een rol, anderzijds is het zorgaanbod binnen de ggz verbreed, waardoor ggz-organisaties nu een totaalpakket bieden van behandeling, welzijnzorg en dagbesteding.

Hoewel deze organisatievorm leidt tot een geïntegreerd zorgaanbod binnen de ggz - wat vooral voor chronische patiënten grote voordelen heeft - ziet de minister ook vier belangrijke keerzijden aan deze ontwikkeling:

1. De ggz is naar zijn mening te veel op zichzelf gericht, waardoor er te weinig samenhang is met de somatische gezondheidszorg, de algemene welzijnzorg, de maatschappelijke zorg en de openbare gezondheidszorg. Dat is een nijpend probleem, omdat veel cliënten naast psychische ook somatische en praktische problemen hebben.
2. Deze integrale organisatievorm binnen de ggz is bij uitstek geschikt voor de zorg voor chronische patiënten, terwijl het overgrote deel van de ggz-cliënten juist kortdurende zorg nodig heeft.
3. De monopoliepositie van de grote regionale ggz-instellingen en de vanzelfsprekendheid waarmee ze hun budget ontvangen, stimuleert de doelmatigheid van de zorg niet.
4. De breedte van het zorgaanbod - de ggz is zowel een zorg- als een welzijnssector - leidt bij alle betrokken partijen tot een diffuus verwachtingspatroon.

Op grond van deze probleemstelling heeft de minister vervolgens drie inhoudelijke basisprincipes geformuleerd voor de toekomst van de ggz:

1. Kerntaak van de ggz is mensen met psychische stoornissen te behandelen en de gevolgen van deze stoornissen te beperken. Die missie is vergelijkbaar met die van de somatische zorg. Het ligt daarom voor de hand om de organisatie van beide vormen van zorg 'op dezelfde leest te schoeien' en de ggz uiteindelijk te integreren in de algemene curatieve gezondheidszorg.

2. In de organisatie van de zorg voor mensen met psychische stoornissen moet beter rekening gehouden worden met de diversiteit in ernst en chroniciteit van de klachten. Leidraad daarbij is 'getrapte zorg' (ook wel stepped care genoemd). Dit houdt in dat een patiënt in eerste instantie de meest effectieve, minst belastende, goedkoopste en kortste vorm van behandeling krijgt aangeboden die mogelijk is gezien de aard en de ernst van de problematiek. Pas als deze minimale interventie onvoldoende effect heeft, wordt naar een intensievere interventie overgegaan. Dit principe past in de ontwikkeling die binnen de somatische gezondheidszorg al langer wordt toegepast.
3. Er moet meer diversiteit komen in de aanbieders van geestelijke gezondheidszorg. Niet alleen om de keuzemogelijkheid van cliënten te vergroten, maar ook om de aanbieders meer financiële prikkels te geven.

Op basis van deze uitgangspunten moet de ggz opnieuw gepositioneerd worden. Daartoe worden verschillende beleidslijnen uitgezet. Deze hoofdlijnen van beleid - inclusief de maatregelen en wetgeving - beschrijven we hieronder een voor een:

- De eerstelijns geestelijke gezondheidszorg wordt versterkt.
- De cure en de care in de ggz worden verzekeringstechnisch meer van elkaar onderscheiden.
- De bekostigingssystematiek in het curegedeelte van de ggz ontwikkelt zich naar een systeem op basis van diagnose-behandelcombinaties (dbc's).
- In het kader van de verdere modernisering van de AWBZ wordt de bekostiging in het caregedeelte van de ggz verder gebaseerd op zeven omschreven functies van zorg.
- Er komt één AWBZ-brede regeling voor het persoonsgebonden budget (pgb) in de ggz.
- De RIO's worden gecentraliseerd in een Landelijk Centrum Indicatiestelling AWBZ-zorg.

Overige recente ontwikkelingen zijn bijvoorbeeld dat de beroepenstructuur in de ggz is gewijzigd en dat er kenniscentra zijn opgericht.

Versterking eerstelijns geestelijke gezondheidszorg

De grote groep mensen met kortdurende, relatief lichte psychische stoornissen moet behandeld worden door de huisarts, het algemeen maatschappelijk werk (amw) en de eerstelijnspsycholoog. Dit is overigens geen nieuw idee, maar beleid dat al eerder is ingezet (brancherapport *GGZ-MZ 1998-2001*). De Tweede Kamer heeft in maart 2002 gevraagd de eerstelijnspsycholoog onder te brengen in het verplichte deel van de ziektekostenverzekering. De beslissing daarover is doorgeschoven naar 2006.

Verzekering van cure en care beter van elkaar onderscheiden

De gespecialiseerde ggz wordt op dit moment in hoofdzaak bekostigd vanuit de AWBZ (brancherapport *GGZ-MZ 1998-2001*). Voorgesteld wordt om de financiering van de ggz, inclusief de verslavingszorg, op te splitsen in een behandel- en een verzorgingsgedeelte. De curatieve ggz wordt ondergebracht in de standaardzorgverzekering (ook wel basisverzekering genoemd), waardoor aansturing en financiering parallel lopen aan de curatieve somatische gezondheidszorg. De verzekeraars sluiten voor deze zorg contracten af met ggz-aanbieders (zie ook de alinea hieronder). De langdurige, continue zorg blijft in de AWBZ.

De minister heeft dit voorstel in een aparte brief aan de Tweede Kamer als volgt concreet gemaakt (VWS 2003b): alle ambulante ggz wordt overgeheveld naar de standaardverzekering. De intramurale ggz wordt het eerste jaar van de behandeling betaald uit de standaardzorg. Duurt de behandeling langer dan een jaar, dan wordt deze vanaf dat moment betaald uit de AWBZ. Voor beide vormen van zorg geldt een aparte bekostigingssystematiek, die hieronder aan bod komt. Onderzocht wordt nog of het mogelijk is op termijn alle AWBZ-zorg die korter dan een jaar duurt, over te hevelen naar de standaardverzekering. Een uitzondering hierop wordt gemaakt voor zorg waarvan al tijdens de diagnostiek duidelijk is dat deze waarschijnlijk langer dan een jaar duurt.

Cure bekostigen op basis van dbc's

In het eindmodel ontstaat er een vrije markt waarin zorgverzekeraars zorg inkopen bij de zorgaanbieders. Om deze onderhandelingen goed te laten verlopen is een standaardeenheid afgesproken: de diagnose-behandelcombinatie (dbc). De verzekeraar en de zorgaanbieder spreken aan het begin van het jaar af hoeveel mensen met een bepaalde diagnose worden behandeld in een bepaalde instelling. Of, in de taal van de vrije markt: hoeveel dbc's worden geleverd. Voor iedere groep behandelde cliënten met één diagnose spreken de aanbieder en de verzekeraar van tevoren een standaardvergoeding af, ongeacht de individuele kenmerken van de cliënt en de werkelijke behandelkosten. In de onderhandelingen met de zorgverzekeraar houdt de zorgaanbieder de gemiddelde behandelkosten per dbc-groep aan als minimumbedrag. Als de werkelijke kosten onverhoopt hoger uitvallen, dan ligt het risico bij de zorgaanbieder.

In 2006 wordt voor de gehele gezondheidszorg de eerste stap gezet naar dit eindmodel. De voorbereidingen daarvoor zijn al in 2000 begonnen. Begin 2000 is een begin gemaakt met de ontwikkeling van de dbc-systematiek voor de somatische curatieve zorg. In juli 2004 wordt deze systematiek ingevoerd en vervangt die geleidelijk de oude systematiek van bekostiging van de zorgaanbieders.

Begin 2003 is een start gemaakt met de invoering van de dbc in de ggz. In februari 2003 is een Landelijke Werkgroep Dbc-ontwikkeling ggz (LWDO) begonnen een dbc-model te ontwikkelen. Deze werkgroep typeert de zorgvraag grotendeels op basis van het internationale classificatiesysteem voor psychiatrische diagnoses, de DSM-IV. Verder heeft de werkgroep een lijst opgesteld met de activiteiten en verrichtingen die per diagnose worden geregistreerd. Deze activiteiten en verrichtingen worden bijvoorbeeld uitgedrukt in psychotherapeutische sessies, aantal contacturen psychotherapie of vaktherapie, psychiatrisch onderzoek of verblijfsdagen. Een andere werkgroep heeft een kostprijsmodel ontwikkeld waarmee ggz-aanbieders hun kostprijzen kunnen bepalen (Swinkels et al. 2003).

Om de dbc-systematiek voor de ggz te ontwikkelen is uitgegaan van vier uitgangspunten (DBC GGZ 2003):

1. De dbc-systematiek wordt in eerste instantie ontwikkeld voor de meest voorkomende zorgvragen (voor ongeveer 80 procent van de cliënten). De dbc is uiteindelijk op elk niveau van de ggz van toepassing op de tweede- en derdelijnszorg.
2. De dbc-systematiek moet zo eenvoudig mogelijk worden gehouden. Het streven is niet meer dan vijftig hoofdgroepen van dbc's te onderscheiden.
3. Het dbc-model dat de landelijke werkgroep heeft ontwikkeld, wordt drie maanden getest door een 'koplopergroep' van ggz-instellingen. Daarna wordt het model in de gehele ggz ingevoerd.
4. De behandelaars die de dbc's vastleggen als ze de systematiek uittesten, moeten hun dagelijkse praktijk kunnen herkennen in wat ze registreren. Daarnaast moeten deze gegevens bruikbaar zijn voor andere doelen.

In januari 2004 is het dbc-model op hoofdlijnen getest aan de hand van de ervaringen van de eerste koplopergroep. In april 2004 start een tweede koplopergroep van ongeveer 35 ggz-aanbieders. Naar verwachting kan het dbc-model voor de ggz in de loop van 2005 worden vastgesteld. De ontwikkelingen rond de invoering van de dbc in de ggz kunt u volgen op www.dbcggz.nl.

Functiegerichte bekostiging care: verdere modernisering AWBZ

In het vorige brancherapport (*GGZ-MZ 1998-2001*) is uitgebreid ingegaan op de modernisering van de AWBZ. Het achterliggende idee bij deze modernisering is dat de zorg die iemand ontvangt niet meer bepaald mag worden door wat een toevallige instelling in de aanbieding heeft. Cliënten kunnen per 1 april 2003 aanspraak maken op hulp bij een of meer van de volgende functies:

- Huishoudelijke verzorging
- Persoonlijke verzorging
- Verpleging
- Ondersteunende begeleiding

- Activerende begeleiding
- Behandeling
- Verblijf

In een kamerbrief (VWS 2003c) heeft de staatssecretaris van VWS het plan van aanpak voor de functiegerichte bekostiging aangegeven. Die functiegerichte bekostiging wordt ontwikkeld voor dat gedeelte van de ggz dat in de AWBZ blijft (te weten: de intramurale ggz na het eerste jaar) en voor de gehandicapten- en ouderenzorg. In de onderhandelingen tussen verzekeraars en AWBZ-zorgaanbieders geldt nu de functiegerichte bekostiging als uitgangspunt. De minister van VWS stelt voor om vanaf 1 januari 2006 ook daar de dbc's als registratie- en onderhandelcriteria te introduceren. Hoe dat precies vorm krijgt, is nog niet helder.

Persoonsgebonden budget voor AWBZ-zorg

Vanaf 1 april 2003 geldt één AWBZ-brede regeling voor mensen die gebruikmaken van een persoonsgebonden budget (pgb). Ook dit gebeurt in het kader van de modernisering van de AWBZ. Hoewel dit niet expliciet wordt genoemd in de brief van de minister en staatssecretaris (VWS 2003b), past deze regeling in het voorgenomen beleid. De regeling voor het pgb voor ouderenzorg, gehandicaptenzorg en geestelijke gezondheidszorg is hierdoor sterk vereenvoudigd. De vijf bestaande pgb-regelingen (pgb verpleging en verzorging, pgb verstandelijk gehandicaptenzorg, pgb geestelijke gezondheidszorg, pgb lichamelijke gehandicaptenzorg en pgb intensieve thuiszorg) zijn vervangen door één pgb-regeling. Daarmee vervalt de oude regeling waarbij het budget verstrekt werd in de vorm van trekkingsrechten met een centrale-administratieverplichting. De cliënt kan daardoor zijn pgb eenvoudiger beheren.

Willen cliënten in aanmerking komen voor een persoonsgebonden budget, dan moet het Regionaal Indicatieorgaan (RIO) eerst een indicatie stellen. Op grond van deze indicatiestelling kan de cliënt kiezen voor een pgb, maar ook voor zorg in natura van de thuiszorg of een andere instelling. De cliënten worden zo dus budgethouder en moeten dan ook periodiek verantwoording afleggen over hoe ze hun budget hebben besteed. Daarnaast moeten cliënten aantoonbare contracten afsluiten met zorgverleners en zelf een financiële administratie bijhouden die het zorgkantoor vervolgens controleert.

Relatief veel aanvragen voor een pgb komen van (ouders van) kinderen met autisme-spectrumstoornissen en aanverwante psychiatrische problematiek en van chronische psychiatrische patiënten (Janssen 2001). Volgens de gegevens van de Sociale Verzekeringsbank (SVB) wordt aan ggz-cliënten met een pgb een budget toegekend van gemiddeld € 7100 per jaar. Een groot deel van de cliënten heeft een zorgcontract gesloten met een instelling. Het meest voorkomende contract bij individuele hulpverleners (25 procent) is een overeenkomst waarin maximaal twee dagen per week hulp wordt verleend (Janssen 2001).

Tot 2002 gold voor de ggz nog een budgettair plafond om verzekeringaanspraken te honoreren. In het kader van de modernisering van de AWBZ kunnen de ggz-instellingen vanaf 2003 alle benodigde verzekeringaanspraken honoreren. Naar verwachting neemt het aantal mensen dat binnen de ggz gebruikmaakt van een pgb hierdoor nog verder toe.

TABEL 1
Ontwikkeling aantal pgb'ers binnen de ggz in de periode 2000-2003¹

	2000	2001	2002	2003 (tot 31 oktober)
Aantal pgb'ers	141	608	2.203	2.934

¹ Op 1 april 2003 is het pgb nieuwe stijl ingegaan.

Bron: College voor zorgverzekeringen

RIO's centraliseren in Landelijk Centrum Indicatiestelling AWBZ-zorg

Vanaf 1 april 2003 is het de taak van de Regionale Indicatieorganen (RIO's) om de indicatie te stellen en functiegerichte indicatiebesluiten te nemen (brancherapport *GGZ-MZ 1998-2001*). Deze indicatiestelling wordt per 1 januari 2005 gecentraliseerd. De tachtig RIO's gaan dan op in één landelijke organisatie: het Landelijk Centrum Indicatiestelling zorg (LCI). Het bestuur van het LCI in oprichting is in februari 2004 begonnen de nieuwe organisatie vorm te geven.

Overige recente ontwikkelingen

Behalve de recente ontwikkelingen die aan de orde kwamen in de brief van de minister van 28 november 2003 (VWS 2003d), zijn hier nog enkele andere ontwikkelingen te noemen: de beroepenstructuur in de ggz is gewijzigd; er zijn enkele kenniscentra opgericht (zoals aangekondigd in het brancherapport *GGZ-MZ 1998-2001*); er wordt kennisbeleid gemaakt, multidisciplinaire richtlijnen ontwikkeld en de vergoeding voor psychotherapeutische behandelingen wordt beperkt.

In juli 2001 heeft de toenmalige minister van VWS een aantal wijzigingen aangekondigd in de beroepenstructuur binnen de ggz (VWS 2001a). De belangrijkste consequenties van deze maatregelen waren:

- Het beroepenveld wordt ondergebracht in vijf clusters (medici, verpleegkundigen, psychologen, agogen en vaktherapeuten) om samenhang en onderscheid aan te brengen.
- Er worden drie niveaus van scholing en specialisatie onderscheiden: basisberoepen, specialistische beroepen en subgroepen op grond van functiedifferentiatie.
- Het zelfstandig beroep van psychotherapeut wordt opgeheven.
- De psychotherapeutische deskundigheid wordt ondergebracht bij de specialistische beroepen van klinisch psycholoog en psychiater.

In een kenniscentrum werken een of meer ggz-instellingen (en eventueel andere praktijkorganisaties, bijvoorbeeld in de eerste lijn) met een of meer, al dan niet academische, onderzoeksinstituten samen rond een specifieke doelgroep of specifiek thema in de ggz. Kenniscentra houden zich onder andere bezig met (in de meeste gevallen) gespecialiseerde patiëntenzorg, daaraan gerelateerde praktijkontwikkeling, wetenschappelijk onderzoek en (na)scholing. Daarnaast volgen ze de (inter)nationale ontwikkelingen op het aangewezen terrein, werken ze samen met aanbieders in andere regio's en helpen ze kennis landelijk over te dragen en te implementeren.

Het ministerie van VWS heeft zeven kenniscentra (Ouderenpsychiatrie; Arbeid en psyche; Eetstoornissen; Kinder- en jeugdpsychiatrie; Forensische psychiatrie; Psychosociale zorg na rampen en Interculturele ggz) formeel aangewezen, waarvan vijf zich richten op de volwassenen-ggz. Zij krijgen subsidie voor een periode van vijf jaar (in sommige gevallen worden kenniscentra door meer ministeries gefinancierd). De zeven aangewezen kenniscentra werken nauw samen met het Trimbos-instituut.

Het beleid voor kennisoverdracht en -implementatie in de ggz is volop in ontwikkeling. Sinds het najaar van 2002 is een Landelijk Overleg Coördinatie Kennisbeleid gestart. Hierin coördineren vertegenwoordigers van het ministerie van VWS, GGZ Nederland, ZonMw en het Trimbos-instituut het beleid dat wordt ontwikkeld en uitgevoerd voor kennisoverdracht en -implementatie. De doelstellingen van dit overleg zijn: zorgen dat de beschikbare kennis op de juiste plaats komt en wordt toegepast, en dat praktijkvragen worden vertaald in onderzoeks- en projectvragen.

In het vorige brancherapport hebben we al kort gerefereerd aan de ontwikkeling van multidisciplinaire richtlijnen (brancherapport *GGZ-MZ 1998-2001*). De eerste richtlijn over angststoornissen is nu gepubliceerd (Trimbos-instituut 2003). De richtlijnen over depressie, schizofrenie, ADHD en eetstoornissen volgen zeer waarschijnlijk in de loop van 2004. In 2004 starten drie nieuwe richtlijnwerkgroepen: voor persoonlijkheidsstoornissen, alcoholverslaving en harddrugverslaving. Deze drie multidisciplinaire richtlijnen zijn naar verwachting in 2006 gereed.

2.3 Recente ontwikkelingen per zorgcircuit

Volwassenen-ggz

Naar aanleiding van een advies van de Gezondheidsraad (Gezondheidsraad 2001) heeft de minister van VWS eind 2003 aangekondigd met ingang van 1 januari 2004 niet meer dan dertig zittingen psychotherapie te laten vergoeden volgens de AWBZ. Op verzoek van de Tweede Kamer zal deze maatregel medio 2004 enigszins worden versoepeld. Voor mensen met persoonlijkheidsstoornissen wordt het maximale aantal vergoede behandelingen verhoogd naar vijftig; voor de overigen wordt dat verlaagd tot 25. Voor psychoanalytische behandelingen wordt geen maximaal aantal zittingen vastgesteld (VWS 2004).

De meeste andere recente ontwikkelingen in de ggz voor volwassenen hebben we al besproken in paragraaf 2.2. De feiten en cijfers over dit circuit komen aan de orde in paragraaf 3.2.

Kinder- en jeugdzorg

De organisatie van de kinder- en jeugdzorg is de laatste jaren ingrijpend veranderd, doordat de Wet op de jeugdzorg wordt voorbereid. De ingangsdatum van 1 januari 2004 is niet haalbaar gebleken; de invoering wordt waarschijnlijk doorgeschoven naar 1 januari 2005.

In de Wet op de jeugdzorg wordt de centrale toegang tot de jeugd-ggz, de jeugdhulpverlening (jhv), de justitiële jeugdinrichtingen (jji's)¹ en de zorg voor licht verstandelijk gehandicapte jeugdigen (lvg-jeugdigen) geregeld via het Bureau Jeugdzorg (BJZ). Dat betekent dat verwijzing naar al deze onderdelen van de jeugdzorg via het BJZ verloopt, dat ook de screening, diagnostiek, indicatiestelling en zorgtoewijzing verzorgt (brancherapport *GGZ-MZ 1998-2001*). Het BJZ biedt zelf kortdurende, ambulante, vrijwillige hulp en voert casemanagement uit. De wet maakt hierop één uitzondering: als bepaalde beroepsbeoefenaren (bijvoorbeeld een huisarts of een kinderarts) bij kinderen en jeugdigen een ernstige psychische stoornis vaststellen, dan mogen zij hen direct (zonder tussenkomst van BJZ) naar de jeugd-ggz doorverwijzen.

De Wet op de jeugdzorg heeft als doel de samenhang tussen de verschillende instanties die betrokken zijn bij de jeugdzorg te vergroten en te verbeteren. Hierdoor kunnen de wachtlijsten worden bekort en kan er meer vraaggericht worden gewerkt. De feiten en cijfers over dit circuit vindt u in paragraaf 3.3.

Ouderen

Over de ggz voor ouderen is al lange tijd geen specifieke beleidsnota verschenen. In een samenvatting voor het algemene publiek van het gehele rijksoverheidsbeleid gericht op ouderen (VWS 2001b) wordt kort gerefereerd aan psychische problemen. Daarbij worden alleen zorgprogramma's genoemd als specifiek speerpunt. In de ggz worden zorgprogramma's ontwikkeld om psychische problemen zowel sneller te herkennen als beter te behandelen. In deze programma's werken instellingen voor geestelijke gezondheidszorg en voor verpleging en verzorging van ouderen samen. Hiervoor heeft VWS destijds twintig miljoen gulden per jaar beschikbaar gesteld. De feiten en cijfers over dit circuit vindt u in paragraaf 3.4.

Forensische psychiatrie

De belangrijkste ontwikkeling in de forensische psychiatrie in de periode 2000 tot 2003 is eigenlijk al in werking gezet in 1996, toen de werkgroep Forensische Zorg werd ingesteld. In de rapportage die deze werkgroep in januari 1997 aan de Tweede Kamer aanbood, constateert de werkgroep dat binnen het gevangeniswezen gebrek is aan voorzieningen voor psychisch gestoorde gedetineerden (Werkgroep Forensische Zorg 1997). In deze rapportage adviseert de werkgroep justitiële inrichtingen en de ggz om intensiever te gaan samenwerken.

Sinds die tijd besteedt de ggz steeds meer aandacht aan de behandeling van (ex-)gedetineerden. Na enkele pilots met behandeling in detentie is het ministerie van Justitie met het beleidskader 'Zorgen voor behandeling' gekomen, dat in 2003 en 2004 wordt geïmplementeerd (Justitie, dienst Justitiële Inrichtingen 2003a en 2003b). Dit beleidskader gaat over de samenwerking tussen de ggz, de

¹ Alleen de civielrechtelijke plaatsingen.

reclassering en het gevangeniswezen bij de behandeling van gedetineerden die lijden aan een psychische stoornis. Daarnaast geldt er vanuit VWS en Justitie een Stimuleringsregeling circuitvorming voor de periode 2002 tot 2004. Die regeling faciliteert de samenwerking tussen de ggz en de justitiële organisaties. Ook door zorgprogramma's te ontwikkelen voor specifieke doelgroepen forensische psychiatrische patiënten wordt het zorgaanbod vanuit de verschillende betrokken organisaties beter op elkaar afgestemd. Voor forensisch psychiatrische patiënten loopt sinds 2003 een traject dat regelt hoe de indicatie voor de AWBZ wordt gesteld en hoe de zorg wordt toegewezen. Het Landelijk Centrum Indicatiestelling AWBZ-zorg is hierbij betrokken.

In de nota *Veilig en wel* concludeert de commissie Beleidsvisie Tbs dat de tbs-klinieken en de ggz vergaand moeten gaan samenwerken (Commissie Beleidsvisie Tbs 2001). Voor dit traject moet vijf tot tien jaar uitgetrokken worden.

Wijzigingen in de Wet bijzondere opnemingen psychiatrische ziekenhuizen (Wet BOPZ)

In het vorige brancherapport hebben we uitgebreid aandacht besteed aan de Wet BOPZ (brancherapport *GGZ-MZ 1998-2001*). Kort samengevat stelt de Wet BOPZ regels voor de onvrijwillige opname van patiënten in psychiatrische ziekenhuizen en zwakzinnigen- en verpleeginrichtingen. In de periode 2000 tot 2003 heeft de regering gewerkt aan een Voorstel tot wijziging van de wet BOPZ: het Wetsvoorstel voorwaardelijke machtiging (met daaraan in amendement toegevoegd de observatiemachtiging) en het Wetsvoorstel zelfbinding.

De Regeling voorwaardelijke machtiging omvat twee onderdelen:

1. De voorwaardelijke machtiging tot opname of behandeling.
2. De observatiemachtiging. De Regeling observatiemachtiging is in een amendement toegevoegd aan de wijziging van de wet met de Regeling voorwaardelijke machtiging die de regering heeft voorgesteld. De regeling is neergelegd in artikel 14h en 14i van de Wet BOPZ. De regering is akkoord gegaan met de toegevoegde Regeling observatiemachtiging op voorwaarde dat deze na twee jaar wordt geëvalueerd (Keurentjes 2003).

De voorwaardelijke machtiging is een wettelijke regeling die de 'paraplumachtiging' opvolgt, een constructie die tot dan toe gebruikelijk was en die in de praktijk en door jurisprudentie is ontstaan. De paraplumachtiging houdt een vorm van voorwaardelijk ontslag in, waarbij een patiënt opnieuw kan worden opgenomen als hij of zij zich na ontslag niet aan de gemaakte afspraken houdt. Het kan hierbij bijvoorbeeld gaan om ambulante drangbehandeling. De regeling is alleen van toepassing op de psychiatrische ziekenhuizen, niet op de zwakzinnigen- en verpleeginrichtingen. De eerste voorwaardelijke machtiging is zes maanden geldig en kan op verzoek van de officier van justitie verlengd worden. De voorwaardelijke machtiging is per 1 januari 2004 in werking getreden.

Een observatiemachtiging kan niet worden verleend als er sprake is van onmiddellijk dreigend gevaar, omdat in dat geval een inbewaringstelling (ibs) gelast moet worden. Alleen als het ernstige vermoeden bestaat dat een stoornis van de geestvermogens ervoor zorgt dat de betrokkene een gevaar voor zichzelf is, kan de rechtbank een observatiemachtiging geven. De observatiemachtiging kan worden aangevraagd door dezelfde personen die ook een aanvraag kunnen doen voor een gewone voorlopige machtiging (bijvoorbeeld verwanten).

Het doel van een gedwongen observatie is te beoordelen of iemand een geestesstoornis heeft waarmee hij een risico vormt voor de eigen veiligheid en gezondheid. De observatiemachtiging is maximaal drie weken geldig en kan indien nodig omgezet worden in een voorlopige machtiging, een voorwaardelijke machtiging of een machtiging op eigen verzoek. De observatiemachtiging treedt naar verwachting in de loop van 2004 in werking.

Een zelfbindingsverklaring is een schriftelijke verklaring van een patiënt waarin deze zich verbindt tot opname en het ondergaan van de in de verklaring beschreven behandeling (na gedwongen opname), ook al verzet de patiënt zich ertegen op het moment dat gedwongen opname inderdaad nodig is. Een voorstel voor zelfbinding is ingediend bij de Tweede Kamer. Deze regeling is vooral bruikbaar bij personen die lijden aan chronische psychiatrische stoornissen, waarbij sprake is van periodes waarin de cliënt redelijk functioneert en vrij is van symptomen, afgewisseld met periodes waarin de ziekte zich manifesteert en waarin als gevolg van de ziekte situaties kunnen optreden waardoor de cliënt opgenomen moet worden in het kader van de Wet BOPZ.

Verslavingszorg

Op verzoek van het ministerie van VWS hebben de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) en de Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling (RMO) onder de titel *Verslavingszorg herijkt* (1999) een probleemanalyse gemaakt voor de verslavingszorg (RVZ et al. 1999). De problemen hadden betrekking op drie onderwerpen:

1. De herkenning van verslavingsproblematiek (vooral alcoholproblematiek) in de eerste lijn.
2. De gebrekkige kwaliteit en effectiviteit van de verslavingszorg.
3. De afstemming en regie op verschillende niveaus.

De RMO en de RVZ adviseren de overheid daarin haar beleid voor de verslavingszorg te herijken, met als kernpunten de bestuurlijke organisatie, de kwaliteit van de zorg en organisatie van de hulpverlening. In de periode 2000 tot 2003 is een aantal initiatieven genomen om de kwaliteit van de verslavingszorg en de informatievoorziening over de zorg en over het vóórkomen van druggebruik in de algemene bevolking te verbeteren. De feiten en cijfers over dit circuit vindt u in paragraaf 3.6.

Het programma Resultaten Scoren is een door VWS geïnitieerd kwaliteits- en zorginnovatieprogramma voor de verslavingszorg en verslavingspreventie. Een belangrijk onderdeel is: protocollair werken binnen de verslavingszorg. VWS stimuleert dat de verslavingszorg werkt met wetenschappelijk onderbouwde behandelmethoden en zorgvormen. 'Evidence-based practice' en 'best practice' zijn hierin kernbegrippen. Terwijl het programma liep, is een groot aantal publicaties verschenen over kwaliteitsverbetering, kennisoverdracht en -implementatie. Eind 2003 zijn in totaal 32 projecten voltooid, waaronder protocollen voor intake en zorgtoewijzing, gedragstherapie voor verslaving, detoxificatie, zelfhulp en dubbele diagnose. De implementatie ervan verloopt voortvarend, zo blijkt uit een landelijke evaluatie (Van Es 2003).

Preventie

In de nota *Beleidsvisie geestelijke gezondheidszorg* (VWS 1998) wordt het belang van preventie en vroegsignalering van psychische stoornissen benadrukt als middel om de groeiende zorgvraag af te remmen en de 'geestelijke gezondheidsschade' te beperken. Vanuit de ggz werd lange tijd weinig aandacht besteed aan preventie en waar dat wel gebeurde, ontbrak het nog wel eens aan een systematische aanpak (Smit et al. 2003). In de preventienota *Langer gezond leven* wordt een belangrijke rol toegekend aan preventie van psychische stoornissen (VWS 2003e). In de nota worden zes prioritaire aandoeningen genoemd, waaronder veelvoorkomende problemen als depressie en angststoornissen.

Depressie is in de periode 2000-2003 al een belangrijk onderwerp voor preventie-interventies geweest. Zoals echter uit de tabellen in paragraaf 3.7 blijkt, waren de meeste interventies in deze periode in ontwikkeling en daarom nog in een experimentele fase. Voor de preventie van angststoornissen is echter minder aandacht geweest (Cuijpers et al. 2001). Andere stoornissen die in het kader van preventie vaak aandacht krijgen, zijn bijvoorbeeld psychosen en eetstoornissen. Primaire preventie blijkt vaak niet mogelijk; vroegsignalering is daarentegen mogelijk wel effectief om te voorkomen dat klachten chronisch worden (Bohlmeijer et al. 2001). In de nota *Langer gezond leven* wordt suïcide als onderwerp voor preventie genoemd, naast depressie en angststoornissen (VWS 2003e). Preventie van suïcide gebeurt in Nederland nauwelijks systematisch en laten we in dit rapport daarom buiten beschouwing.

Maatschappelijke opvang

In de afgelopen periode heeft zich een aantal belangrijke landelijke beleidsontwikkelingen voorgedaan in relatie tot de maatschappelijke zorg. Hier volgt een korte schets.

Ten eerste zijn op advies van de Raad voor de financiële verhoudingen (Rfv) de uitkeringen voor maatschappelijke opvang en verslavingsbeleid samengevoegd. Voor de vrouwenopvang blijft een aparte uitkering bestaan. Met de wijziging van de Welzijnswet in 2001 zijn centrumgemeenten verplicht informatie te verstrekken aan de Monitor Maatschappelijke Opvang over het gemeentelijke beleid voor de maatschappelijke opvang en de vrouwenopvang.

In 2001 is het bestuurlijke stelsel voor de maatschappelijke opvang geëvalueerd. Naar aanleiding van deze evaluatie heeft de minister van VWS besloten maatregelen te nemen op het terrein van wet- en regelgeving, verantwoordelijkheidsverdeling, financiering, sturing en informatievoorziening. Deze maatregelen hebben als doel de keten van maatschappelijke opvang effectiever en efficiënter te laten werken.

De problematiek van huiselijk geweld en, daarmee samenhangend, van de vrouwenopvang heeft de afgelopen jaren meer aandacht gekregen. In 2002 heeft het ministerie van Justitie een nota uitgebracht over de gezamenlijke aanpak van huiselijk geweld (ministerie van Justitie 2002). Sinds 1 januari 2003 is de aanpak van kindermishandeling en huiselijk geweld onder de reikwijdte gebracht van de Wet collectieve preventie volksgezondheid (WCPV), waardoor GGD'en en andere gemeentelijke diensten hierin formeel een taak hebben gekregen.

Van oktober 2002 tot juni 2003 is het Interdepartementaal Beleidsonderzoek Maatschappelijke Opvang (IBO MO) uitgevoerd, op last van het ministerie van Financiën. Eind 2003 is het eindrapport van de commissie IBO MO verschenen. Daarin wordt geconcludeerd dat de informatievoorziening in de maatschappelijke opvang tekortschiet en dat de opvang verstopt raakt, doordat mensen te lang in de instellingen blijven (VWS 2003f). De regering heeft daarop besloten extra geld uit te trekken om de voorstellen uit te werken die zijn gedaan om de uitvoeringspraktijk te verbeteren.

Momenteel werkt VWS aan de bouwstenen voor de nieuwe Wet maatschappelijke ondersteuning. Naar verwachting wordt het ontwerp voor deze nieuwe wet in het najaar van 2004 voorgelegd aan de Tweede Kamer. In het voorjaar van 2004 wordt duidelijk welke ondersteunende functies die de ggz nu nog aanbiedt, onder deze wet gaan vallen.

3 Feiten en cijfers

Het werkgebied van de geestelijke gezondheidszorg (ggz) en maatschappelijke zorg (mz) wordt onderverdeeld in circuits voor volwassenen, kinder- en jeugdzorg, ouderen, forensische zorg, verslavingszorg, en ggz-preventie. De maatschappelijke zorg (mz) bespreken we als aparte sector. In dit hoofdstuk worden de feiten en cijfers over de periode 2000 tot 2003 gegeven.

In paragraaf 3.1 vindt u de feiten en cijfers over de capaciteit en productie in de hele ggz en mz. In de paragrafen 3.2 tot en met 3.7 staan de cijfers en feiten over de zes genoemde circuits in de ggz. In paragraaf 3.8 geven we de feiten en cijfers over de sector maatschappelijke zorg. Voor elk circuit en voor de mz bespreken we achtereenvolgens de zorgvraag, de capaciteit, het zorggebruik en de productie, de kwaliteit van de zorg en de belangrijkste internationale ontwikkelingen.

3.1 Algemeen beeld van de ggz

In deze paragraaf nemen we de hele ggz onder de loep. Voor gegevens over de zorgvraag verwijzen we naar andere plaatsen in het rapport. Het zorgaanbod en de zorgcapaciteit bespreken we hier wel uitgebreid. Vervolgens komen het zorggebruik en de zorgproductie in de hele ggz aan de orde. We kijken daarna hoe de zorg in deze sector wordt gefinancierd. De kwaliteit van zorg ten slotte noemen we wel, maar deze wordt inhoudelijk elders in dit rapport beschreven.

3.1.1 Zorgvraag

Voor informatie over de zorgvraag in de zin van gezondheidstoestand en de hoeveelheid hulp die werkelijk wordt ingeroepen, verwijzen wij vooral naar de bespreking van de circuits in de volgende paragrafen. Ook wachtlijsten en wachttijden weerspiegelen de zorgvraag, en de informatie daarover komt per circuit aan de orde in de subparagraaf over zorggebruik en productie. Voor informatie over de kwaliteit van de bronnen verwijzen we naar bijlage 1.

3.1.2 Zorgaanbod en capaciteit

In tabel 2 geven we een overzicht van ggz-instellingen in de periode 2000 tot 2002 (gegevens over 2003 waren nog niet beschikbaar toen dit rapport werd afgerond). Deze cijfers komen uit het rapport *Kerncijfers uit de ggz: 2000-2002* (Prins et al. 2003) en hebben betrekking op de hele ggz-branche, inclusief de verslavingszorg en de forensische ggz-instellingen (fpa, fpi) Het aantal zelfstandige APZ's, RIAGG's en RIBW's is afgenomen, waarschijnlijk vooral door fusies tot geïntegreerde ggz-instellingen.

TABEL 2
Aantal instellingen in de ggz (zonder de medische kleuterdagverblijven, medische kinderhuizen, PAAZ en vrijgevestigden)

	2000	2001	2002
Geïntegreerde ggz ¹	30	32	35
Algemeen Psychiatrisch Ziekenhuis	12	10	8
Regionale Instelling voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg	19	15	12
Regionale Instelling voor Beschermende Woonvormen	26	24	21
Kinder- en jeugdpsychiatrie	10	10	10
Geïntegreerde verslavingszorg ²	12	12	11
Ambulante verslavingszorg	8	8	7
Tbs	7	7	7
Totaal ggz	124	118	111

¹ Regionaal ggz-centrum.

² Klinische en ambulante verslavingszorg samengevoegd.

Bron: GGZ Nederland 2003

Instellingen voor AWBZ-gefinancierde zorg

De AWBZ-gefinancierde zorg wordt geleverd door instellingen die hiervoor een vergunning - een zogenoemde toelating - hebben. In deze toelating is aangegeven welke zorg de instelling mag bieden. In Nederland voeren voornamelijk stichtingen de AWBZ-gefinancierde zorg uit. Een dergelijke stichting kan meer toelatingen bezitten. Een Algemeen Psychiatrisch Ziekenhuis (APZ) kan bijvoorbeeld toelatingen hebben voor deeltijdbehandelingen en voor een polikliniek. In tabel 3 geven we een overzicht van de AWBZ-toelatingen in de ggz.

Van de 53 RIAGG-toelatingen worden er nog maar 16 uitgevoerd door zelfstandige RIAGG's en 37 door geïntegreerde ggz-instellingen (70 procent). Van de 40 RIBW-toelatingen worden er 26 door zelfstandige RIBW's uitgevoerd en 14 door geïntegreerde instellingen (35 procent). Hier is fusie minder vanzelfsprekend en wordt op andere manieren samengewerkt. Van de 40 APZ's zijn er 7 (nog) niet met een RIAGG gefuseerd (18 procent). Het overgrote deel van de APZ's behoort dan ook tot de groep geïntegreerde instellingen (Prins et al. 2003).

In totaal 124 instellingen voeren de zorgaanspraken Algemeen Psychiatrisch Ziekenhuis en Categorieel Psychiatrisch Ziekenhuis (APZ/CPZ), RIAGG en RIBW uit. Daarnaast zijn er 63 algemene ziekenhuizen met een psychiatrische afdeling (PAAZ). De AWBZ-gefinancierde ggz wordt daarmee door 189 instellingen uitgevoerd, exclusief de vrijgevestigde beroepsbeoefenaren.

TABEL 3
Overzicht AWBZ-toelatingen van ggz-zorgaanbieders (exclusief vrijgevestigden)

	Toegelaten instellingen
Algemeen Psychiatrisch Ziekenhuis	40
Categorieel Psychiatrisch Ziekenhuis ¹	44
Psychiatrische Afdeling Algemeen Ziekenhuis	63
Regionale Instelling voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg	53
Regionale Instelling voor Beschermende Woonvormen	40
Vrijgevestigd psychiater of zenuwarts	-
Psychiatrische polikliniek	108
Psychiatrische deeltijdbehandeling	108

¹ Onder de Categorieel Psychiatrisch Ziekenhuizen vallen onder andere verslavingsklinieken, klinieken voor kinder- en jeugdpsychiatrie, tbs-klinieken.

Bron: GGZ Nederland 2003

Capaciteit ggz in bedden en deeltijdplaatsen

In tabel 4 is het aantal bedden in de ggz weergegeven. We onderscheiden daarbij feitelijke bedden/plaatsen en toegelaten bedden/plaatsen. Feitelijke bedden/plaatsen wil zeggen: het aantal bedden/plaatsen dat de instellingen in de dagelijkse planning kan gebruiken. Het begrip 'toegelaten bedden/plaatsen' is ruimer en slaat op het aantal bedden/plaatsen waarvoor een erkenning is. In het kader van de extramuralisering zijn erkende bedden om te zetten in andere vormen van zorg. Zo zijn bedden voor een deel omgezet in deeltijdplaatsen (zie tabel 5).

TABEL 4
Aantal bedden in ggz-instellingen met een intramurale functie

	2000	2001	2002	Gemiddelde groei (in %)
Kinder- en jeugdpsychiatrie	1.150	1.330	1.190	0
Volwassenen kortdurend	6.690	6.710	6.680	0
Ouderen kortdurend	900	980	920	0
Volwassenen langdurend	16.770	16.460	16.220	0
Ouderen langdurend	1.710	2.020	2.200	0,1
Verslavingszorg	1.570	1.640	1.810	0,1
Forensische psychiatrie	1.860	1.570	1.690	0
Totaal aantal feitelijke bedden	30.650	30.710	30.710	0
Totaal aantal toegelaten bedden	33.060	33.640	33.660	0
Verschil feitelijk/toegelaten	2.410	2.930	2.950	0,1

Bron: GGZ Nederland 2003

TABEL 5
Aantal plaatsen voor deeltijdbehandeling in ggz-instellingen

	2000	2001	2002	Gemiddelde groei (in %)
Kinder- en jeugdpsychiatrie	480	640	600	0,1
Volwassenen/ouderen kortdurend	3.120	3.210	3.310	0
Volwassenen/ouderen langdurend	580	560	420	-0,1
Verslavingszorg	270	340	310	0,1
Forensische psychiatrie	60	90	110	0,4
Overig categoriaal	190	130	170	-0,1
Totaal feitelijke deeltijdplaatsen	4.700	4.970	4.920	0
Gesubstitueerde deeltijdplaatsen (voor zorg op maat)	800	500	520	-0,2
Totaal aantal	5.500	5.470	5.440	0
Totaal aantal toegelaten deeltijdplaatsen	3.450	3.880	4.180	0,1

Bron: GGZ Nederland 2003

Individuele beroepsbeoefenaren in de ggz

Zorgaanbieders kunnen instellingen zijn, maar ook individuele personen. In tabel 6 staan de aantallen van de beroepsbeoefenaren in de ggz weergegeven naar sekse. Het BIG-register (voor de registratie van beroepen in de individuele gezondheidszorg) is een onderdeel van het Centraal Informatiepunt Beroepen Gezondheidszorg (CIBG). In het register worden specialistische beroepsbeoefenaren in de gezondheidszorg geregistreerd en worden de eventuele beperkingen in hun bevoegdheid aangetekend. Alleen diegenen die zijn ingeschreven in het BIG-register mogen de door de wet beschermde beroepstitel voeren en aanspraak maken op de bevoegdheden die met de titel samenhangen.

TABEL 6
Aantal ggz-beroepsbeoefenaren in het BIG-register, naar sekse

	2001			2002		
	Mannen	Vrouwen	Totaal	Mannen	Vrouwen	Totaal
Gezondheidszorgpsycholoog	3.103	5.533	8.636	3.181	5.869	9.050
Psychotherapeut	2.925	2.698	5.623	2.975	2.859	5.834
Psychiater	1.476	693	2.169	1.506	745	2.251

Bron: IGZ: Jaarverslag BIG-register 2001, 2002

Personeel en ziekteverzuim in de ggz

De cijfers over het personeel in de ggz vindt u in tabel 7.

TABEL 7
Personeel in de ggz

	2000	2001	2002
Aantal instellingen	188	-	179
Werkgelegenheid			
Totaal aantal werkzame personen	61.444	59.634	59.000
Arbeidsplaatsen (fte's)	45.111	45.422	45.400
Gemiddelde werkweek (in %)	73,4	76,2	76,9
Aandeel vrouwen (in %)	66,8	67,8	68,3
Gemiddelde leeftijd in jaren	41	40,9	41
Opleidingsniveau (in %)			
Laag	8	11	.
Midden	34	37	.
Hoog	58	52	.
Stromen			
Instroom	9.699	8.149	7.862
Verloop	10.630	9.959	8.496
Brutoverloop (in %)	17,3	16,7	14,4
Nettoverloop (in %)	6,5	5	4,7

	2000	2001	2002
Richting vertrek (in %):			
Binnen branche	16	28	26
Binnen zorg	47	42	41
Uit zorg	18	14	15
Nog geen werk	19	16	17
Totaal	100	100	100
Verzuim			
Ziekteverzuimpercentage (exclusief zwangerschapsverlof)	7,1	6,9	5,9
WAO-instroomkans (in %)	1,7	1,8	.

Bron: Prismant (www.azwinfo.nl/branches/brancheggz.php)

Om het ziekteverzuim in de ggz terug te dringen hebben de werkgevers- en de werknemersorganisaties begin 2001 afspraken gemaakt in het Convenant inzake terugdringing ziekteverzuim en verbetering van de arbeidsomstandigheden in de geestelijke gezondheidszorg. Het doel is om de volgende zaken terug te dringen: het ziekteverzuim, de WAO-instroom, de blootstelling aan fysieke belasting en de blootstelling aan psychische belasting, werkdruk en agressie en onveiligheid.

Dit convenant lijkt effect te sorteren. Uit de verzuimcijfers van Peilstation Vernet (een onafhankelijke organisatie waarbij 83 procent van de ggz-instellingen is aangesloten) blijkt dat na 2000 in de ggz een daling van het ziekteverzuim is ingezet. Deze daling heeft zich versterkt voortgezet in 2002. Het ziekteverzuim is tussen 2000 en 2002 gedaald van gemiddeld 7,1 procent naar 5,9 procent (Van der Kemp et al. 2003).

Personeel in de maatschappelijke opvang en vrouwenopvang

In 2002 heeft het Trimbos-instituut de arbeidsomstandigheden onderzocht van het personeel in de maatschappelijke opvang en vrouwenopvang. Van de 2.866 verstuurde enquêtes werden er in totaal 1.191 ingevuld en bruikbaar geretourneerd: 1.004 van de bij de Federatie Opvang (FO) aangesloten voorzieningen, 132 van de niet bij de FO aangesloten voorzieningen en 55 van voorzieningen voor zwerfjongeren. Eind 2000 waren er volgens de FO 4.862 mensen werkzaam bij de aangesloten instellingen. In tabel 8 vatten we de belangrijkste gegevens uit de enquêtes samen.

TABEL 8
Kenmerken van het personeel in de maatschappelijke opvang (mo) en vrouwenopvang (vo)¹

	mo	vo	Totaal
	n = 830	n = 294	n = 1124
Vrouw (in %)	62	94	70
	n = 862	n = 296	n = 1158
Gemiddelde leeftijd in jaren	40	40	40
	n = 793	n = 295	n = 1088
Beroepsgroep (in %)			
Maatschappelijk werker	20	33	24
Inrichtingswerker/sph	35	20	31
Sociaal (juridisch) hulpverlener	4	2	3
Activiteitenbegeleider	3	1	2
A/B/psychiatrisch verpleegkundige	3	0,3	3
Anders	34	44	37
	n = 874	n = 297	n = 1171
Functie (in %)			
Uitvoerend	79	73	77
Management	9	10	9
Ondersteunend	12	17	14

¹ Niet alle vragen waren door evenveel mensen beantwoord. De verschillen hierin worden per categorie vragen aangegeven.

Bron: MMO 2003

Personeel in het algemeen maatschappelijk werk (amw)

Het amw beschikte op 1 januari 2002 over 2.100 formatieplaatsen uitvoering (2.850 personen). Het amw heeft een formatieplaats per 7.700 inwoners. Hiervan waren 180 formatieplaatsen voor leidinggevende functies (250 personen), 100 formatieplaatsen voor een gecombineerde functie uitvoering/leiding (170 personen) en 40 formatieplaatsen voor inhoudelijk stafpersoneel (65 personen). Het aantal formatieplaatsen steeg de afgelopen jaren licht, ook door de arbeidstijdverkorting.

Er werken twee keer zo veel vrouwen als mannen in het amw. In de leidinggevende functies waren vrouwen jarenlang ondervertegenwoordigd. De afgelopen jaren veranderde dat snel. Was in 1994 nog veertig procent van de leidinggevendenden vrouw, in 1999 was dat gestegen tot zestig procent.

Vrijwel alle uitvoerend maatschappelijk werkers hebben een hbo-opleiding maatschappelijk werk gevolgd. Daarnaast heeft een groot aantal een voortgezette opleiding (vo) of andere post-hbo-opleiding voltooid. De laatste jaren zijn er met behulp van Angelsaksische universiteiten masteropleidingen opgezet, die nu worden omgezet in reguliere opleidingen in het nieuwe bachelor-mastersysteem.

Ziekteverzuim in de maatschappelijke opvang en vrouwenopvang

Het ziekteverzuimpercentage ligt in de opvangsector op 6 procent (6 procent in de maatschappelijke opvang, 7 procent in de vrouwenopvang). Van het personeel in de mo meldde 60 procent zich minimaal één keer ziek in het voorgaande jaar, tegenover 73 procent van het personeel in de vrouwenopvang. In de maatschappelijke opvang ligt het ziekteverzuimpercentage op ongeveer 8,5 procent.

3.1.3 Zorggebruik en productie

GGZ Nederland geeft in haar rapport *Kerncijfers uit de ggz: 2000-2002* (Prins et al. 2003) geen volledig overzicht van het zorggebruik in de hele ggz. Ze beperkt zich tot een klein gedeelte: de zorg in zelfstandige APZ's, zelfstandige RIAGG's en geïntegreerde ggz-instellingen. De gegevens van de andere circuits zijn volgens de auteurs onbetrouwbaar (zie bijlage 1). Maar ook aan de beperkte gegevens waarover wél gerapporteerd is, kleven volgens ons nog zo veel problemen, dat we ze hier niet publiceren. Ze zouden slechts tot verwarring leiden.

De gegevens van het College Tarieven Gezondheidszorg (CTG) zijn echter wel betrouwbaar, omdat de instellingen op basis van de door hen zelf aangeleverde gegevens hun productieafspraken met het CTG maken. De dekkingsgraad van het CTG is hiermee honderd procent (zie bijlage 1). In tabel 9 staan de gegevens over de productie en de productieafspraken voor de hele ggz.

TABEL 9
Productiegegevens geestelijke gezondheidszorg

	2000	2001	2002	2003 ¹
Volwassenen en ouderen				
Eerste opnamen	28.489	40.173	41.932	46.127
Verpleegdagen	5.933.249	6.201.573	6.149.377	6.317.690
Deeltijdbehandelingen	1.017.972	1.084.967	1.123.713	1.233.744
Ambulante contacten	3.460.671	3.980.322	4.412.637	4.710.223
Kinderen en jeugd				
Eerste opnamen	1.951	2.458	2.554	2.552
Verpleegdagen	387.439	395.676	427.389	478.846
Deeltijdbehandelingen	118.058	138.219	155.573	175.000
Ambulante contacten	465.062	491.123	515.376	635.528
Alcohol en drugs				
Eerste opnamen	7.652	8.490	8.043	8.157
Verpleegdagen	505.328	511.845	545.807	595.785
Deeltijdbehandelingen	60.409	59.499	69.025	76.246

	2000	2001	2002	2003 ¹
Forensisch				
Eerste opnamen	331	401	476	568
Verpleegdagen	122.775	147.536	156.034	186.135
Deeltijdbehandelingen	16.826	13.645	16.316	25.592
Ambulante contacten	45.592	67.739	93.836	124.800
RIBW				
Bewoners ¹	5.928	6.124	6.410	6.760
Verzorgingsdagen	1.043.539	1.008.973	1.046.518	1.065.436

¹ Productieafspraken.

Bron: CTG/Prismant

In tabel 9 met de productiegegevens van het CTG kan niet gespecificeerd worden om welk type instelling het gaat. Zijn die verpleegdagen bijvoorbeeld op een PAAZ, een APZ of ergens anders? Deze gegevens hebben dus vooral een administratieve functie en zeggen niets over de productie op cliëntniveau. Iemand kan bij verschillende instellingen cliënt zijn. Een probleem bij de ambulante contacten is dat daar ook voor een deel psychotherapiecontacten bij zitten. Niet alle vrijgevestigde psychotherapeuten worden gefinancierd vanuit de AWBZ en maken productieafspraken met het CTG. Het is onduidelijk welk percentage van de vrijgevestigde psychotherapeuten via een RIAGG afspraken maakt met het CTG, dus het beeld is niet volledig.

Medicijngebruik in de ggz

Van alle medicijnen die worden gebruikt in de ggz, worden antidepressiva veruit het meeste voorgeschreven. In 2001 kregen 868.000 mensen (5,5 procent van de Nederlandse bevolking) ten minste één keer een antidepressivum voorgeschreven. Er werden 5,6 miljoen recepten uitgeschreven, gemiddeld 6,5 voorschriften per gebruiker. Het aandeel van antidepressiva in de algemene geneesmiddelen kosten bedraagt 5 procent (De Valk 2003).

Tussen 1996 en 2001 zijn meer mensen antidepressiva gaan gebruiken en ook de duur en de omvang van het gebruik per gebruiker namen toe. Het gebruik van antidepressiva neemt naar verwachting ook in de komende jaren toe (De Valk 2003).

Voor het gebruik van de moderne antidepressiva (SSRI's; Serotonine heropnameremmers) is toegenomen. Niet alleen bij depressie, maar ook bij angststoornissen is dit middel bewezen werkzaam. Voorheen werden voor angststoornissen vooral benzodiazepines voorgeschreven. Van dit middel is bekend dat het bij lang gebruik verslavend werkt. Daarom is het medicijngebruik bij angststoornissen verschoven van benzodiazepine naar SSRI's.

Het moderne antidepressivum Seroxat® (paroxetine) wordt het meest gebruikt. In 2000, 2001 en in 2002 stond dit middel vierde op de toptien van medicijnen waaraan het meest werd uitgegeven. Daarnaast stond dit middel in 2000 en in 2001 in de toptien van middelen waarvan zowel de uitgaven als de voorschriften het sterkst waren toegenomen (Tinke et al. 2001; 2002; 2003).

3.1.4 Financiering

De uitgaven aan ggz stegen het afgelopen jaren gemiddeld ruim tien procent per jaar. Daarmee liep de ggz in de pas met de rest van de gezondheidszorg. Het budget voor de ggz-sector bleef ongeveer acht procent van het totale gezondheidszorgbudget. De uitgaven voor de ggz staan in tabel 10.

TABEL 10
Uitgaven geestelijke gezondheidszorg, verslavingszorg en maatschappelijk werk
(in € mln)

	2000	2001	2002	2003	Gemiddelde groei (in %)
Ggz (APZ, RIBW, RIAGG)	2266,0	2493,0	2712,9	2983,8	9.6
PAAZ	122,2	127,1	143,8	154,7	8.2
Vrijgevestigde psychiaters en psychotherapeuten	31,9	35,1	39,9	45,7	12.7
Tbs-instellingen	86,0	94,8	129,9	129,9	14.7
Subsidieregelingen ggz	21,2	29,0	37,3	63,2	44.0
VWS begroting ggz, verslavingszorg en maatschappelijk werk	286,0	315,4	320,1	298,3	1.4
Totaal uitgaven	2813,3	3094,4	3383,9	3675,6	9.3

Bron: ministerie van VWS

De ggz en de maatschappelijke opvang worden vooral gefinancierd vanuit de AWBZ: in 2002 kwam 88 procent van het totale budget uit de AWBZ. Daarnaast komt er geld van de rijksbegroting (ongeveer 9 procent) en de eigen bijdragen van cliënten (ongeveer 3 procent).

TABEL 11
**Financiering geestelijke gezondheidszorg, verslavingszorg en maatschappelijke
werk (in € mln)**

	2000	2001	2002	2003
AWBZ	2372,3	2658,4	2992,2	3320,1
Eigen bijdrage AWBZ	105,6	103,0	108,9	109,6
Overheid	253,2	280,7	320,1	298,3
Overige ontvangsten	32,8	34,7		
Totaal financiering	2763,9	3076,8	3421,2	3728,0

Bron: ministerie van VWS

3.1.5 Kwaliteit van zorg

De algemene ontwikkelingen rond de kwaliteit van zorg staan in hoofdstuk 2. Omdat de ontwikkelingen rond de kwaliteit van zorg zeer verschillen per circuit, beschrijven we ze niet op deze plaats, maar in de paragrafen 3.2 tot en met 3.8.

3.2 Volwassenen

Het circuit volwassenen biedt zorg aan cliënten van 18 tot 65 jaar. Onder het circuit volwassenen valt de zorg voor mensen met psychische of psychiatrische problemen, die daardoor (ernstig) psychisch lijden en/of ernstig beperkt worden in hun maatschappelijk functioneren, zonder dat er primaire verslavingsproblematiek blijkt. Het circuit volwassenen heeft raakvlakken met de verslavingszorg en de forensische psychiatrie, maar deze sectoren bespreken we apart en laten we daarom binnen deze paragraaf buiten beschouwing.

In het brancherapport *GGZ-MZ 1998-2001* is veel aandacht besteed aan psychische stoornissen en arbeid. Omdat er geen recentere gegevens beschikbaar zijn, verwijzen wij u voor dit onderwerp naar dit vorige brancherapport (Rigter et al. 2002).

De informatiebronnen voor dit hoofdstuk hebben een aantal beperkingen. Het zorginformatiesysteem voor de ggz (Zorgis) is in de periode 2000 tot 2003 voor het eerst in gebruik genomen. De cijfers zijn mogelijk nog niet representatief door aanloopproblemen bij Zorgis. In hoofdstuk 4 en bijlage 1 van dit brancherapport besteden we hier meer aandacht aan.

3.2.1 Zorgvraag

In het brancherapport *GGZ-MZ 1998-2001* stond een overzicht uit het NEMESIS-onderzoek van de prevalentie van psychische stoornissen in de algemene bevolking. Daarbij bleken de gegevens van NEMESIS weliswaar van goede kwaliteit te zijn, maar enigszins verouderd (1996). Voor een toegankelijke samenvatting van de NEMESIS-gegevens verwijzen wij naar een recent verschenen publicatie over het NEMESIS-onderzoek (Vollebergh et al. 2003). De belangrijkste conclusie uit de NEMESIS-studie is dat 1 op de 4 volwassenen (ruim 23 procent) een psychische stoornis had in de twaalf maanden die voorafgingen aan het onderzoek. Depressie- en angststoornissen en problemen met alcohol en drugs kwamen het meeste voor.

3.2.2 Zorgaanbod en capaciteit

In het brancherapport *GGZ-MZ 1998-2001* geven we een overzicht van de typen zorg in de volwassenen-ggz. Hier gaan we alleen in op veranderingen in de zorg die zijn ingezet of uitgevoerd in de periode 2000 tot 2003. Voor de veranderingen in de beroepenstructuur in de ggz verwijzen wij u naar hoofdstuk 2 van dit brancherapport. In deze subparagraaf nemen we achtereenvolgens de RIBW's, het persoonsgebonden budget en de registratie van gegevens in de ggz onder de loep.

RIBW's: instellingen voor begeleid wonen

Regionale Instellingen voor Beschermende Woonvormen (RIBW's) richten zich op mensen die niet zelfstandig in de samenleving kunnen participeren, omdat ze beperkt worden door langdurige psychiatrische stoornissen. Een RIBW stelt deze mensen in staat zo optimaal mogelijk in een maatschappelijke omgeving te functioneren. Daartoe biedt zij maatschappelijk georiënteerde zorg met een grote verscheidenheid in woon- en begeleidingsvormen, met daarnaast ruime aandacht voor activiteiten op het terrein van dagbesteding en werk. De RIBW biedt géén therapeutische behandeling, zoals de RIAGG en het APZ dat doen. In de ggz zijn de laatste jaren veel instellingen gefuseerd (zie ook hoofdstuk 2). Ook de RIBW's zijn de laatste jaren in veel gevallen opgegaan in een samenwerking of fusie met een APZ of de RIAGG. Uit het overzicht toelatingen van ggz-zorgaanbieders in tabel 3 blijkt dat nog veertig instellingen een toelating hebben voor een RIBW (databank CVZ 2002). Dit zijn niet allemaal zelfstandige RIBW's, maar ook gefuseerde instellingen met een RIBW-toelating.

Persoonsgebonden budget

Vanaf 1 januari 2001 geldt het persoonsgebonden budget (pgb) ook in de ggz. Voorafgaand aan deze beslissing is in een aantal zorgregio's al sinds 1997 het pgb ingevoerd bij wijze van experiment. Het aantal pgb-gebruikers is de laatste jaren flink toegenomen, maar is toch slechts een fractie van het totale aantal cliënten in de volwassenen-ggz. Dit onderwerp komt in hoofdstuk 2 uitgebreider aan de orde.

Registratie van gegevens in de ggz

Het is nodig om de geregistreerde gegevens over de capaciteit, de productie en het zorggebruik in de ggz kritisch te bekijken (zie ook de opmerkingen hierover in hoofdstuk 4 en in bijlage 1). Er is nauwelijks informatie over het soort zorg, de duur van de zorg en het type cliënt. Het is niet uit te sluiten dat cliënten bij meer zorginstellingen tegelijk staan ingeschreven, waardoor dubbeltellingen niet voorkomen kunnen worden. Dit staat ook in het rapport *Zorg van velen* (Landelijke Commissie Geestelijke Volksgezondheid, 2002).

Capaciteit van de instellingen

In tabel 12 geven we de gegevens over de toegelaten capaciteit in de volwassenen- en ouderen-ggz. Deze capaciteit is vaak niet dezelfde als de feitelijke capaciteit. Onder de feitelijke capaciteit verstaan we het aantal bedden en voorzieningen waarvan instellingen daadwerkelijk gebruik kunnen maken. De toegelaten capaciteit is de capaciteit waarvoor productieafspraken zijn gemaakt. De cijfers over de capaciteit zijn afkomstig van het CTG. Tot en met 2003 maakte het CTG geen onderscheid tussen volwassenen en ouderen. Vanaf 2004

gebeurt dit wel. In tabel 12 staan dus de gegevens van volwassenen en ouderen samen. In de periode 2000-2003 blijkt het aantal deeltijdbehandelingen te zijn gestegen. Ook het aantal bedden voor volwassenen is gestegen. In de laatste kolom staat de gemiddelde groei per jaar aangegeven. In het kader van de extramuralisering kunnen erkende bedden ook worden omgezet in andere vormen van zorg, bijvoorbeeld in deeltijdplaatsen (gesubstitueerde bedden). In totaal is de capaciteit van de zorg toegenomen.

TABEL 12
Aantal toegelaten bedden voor de volwassenen- en ouderen-ggz¹

	2000	2001	2002	Gemiddelde groei (in %)
Deeltijdbehandelingen	2.631	2.731	3.263	12,0
Intramurale zorg				
SGA ² -bedden	72	72	72	0,0
Herstellingsoordfunctie	348	340	325	-3,3
Gesubstitueerde bedden		4.512	4.312	
Zorg op maat	2.344			
Overige	1.094			
Overige bedden volwassenen	18.627	17.350	18.601	-0,1
Totaal bedden	25.116	25.005	26.573	2,9

¹ In het CTG-jaarverslag kan geen onderscheid worden gemaakt tussen ouderen en volwassenen

² SGA = Sterk Gedragsgestoorde Agressieve patiënten

Bron: CTG-jaarverslag 2002

Capaciteit RIBW's

In tabel 13 vindt u het totale aantal instellingen en toegelaten plaatsen in RIBW's voor de jaren 2000 tot en met 2002. In deze periode is een stijgende lijn te zien in de capaciteit van de RIBW's.

TABEL 13
Toelatingen RIBW's: aantal instellingen en toegelaten plaatsen

	2000	2001	2002
Totaal aantal instellingen	40	40	40
Bezette plaatsen	5.928	6.124	6.410
Gesubstitueerde plaatsen	683	929	1.186
Totaal aantal toegelaten plaatsen	6.611	7.053	7.596

Bron: CTG-jaarverslag 2002

3.2.3 Zorggebruik en productie

In tabel 14 leest u bij hoeveel cliënten een diagnose is gesteld. Het aantal niet ingevulde diagnoses neemt de laatste jaren iets af, maar nog steeds is in driekwart van de gevallen de diagnose niet ingevuld. Dit maakt de overige diagnoses zeer onbetrouwbaar, en daarom splitsen we deze in de tabel niet uit naar aparte diagnosegroepen. Op basis van deze gegevens kan geen (kwaliteits)beleid worden vastgesteld en ze vormen geen goede basis om cliëntvolgsystemen te ontwikkelen. Ook de invoering van het dbc-systeem kan hierdoor ernstig belemmerd worden, omdat dit systeem is gebaseerd op de diagnose.

TABEL 14
Clënten (diagnosegroepen) in Zorgis met minimaal één zorgrecord (ten minste één geregistreerd contact met ggz) (niet in de verslavingszorg)

	2000	2001	2002
Niet ingevuld	129.553	106.885	114.659
Onbekend	30.760	31.844	39.776
Totaal niet ingevuld/onbekend	160.313	138.729	154.435
(in %)	74,5	70,0	72,1
Totaal wel ingevuld	54.867	59.454	59.626
(in %)	25,5	30,0	27,9
Totaal	215.180	198.183	214.061
(in %)	100	100	100

Bron: GGZ Nederland 2003

Het aantal cliënten dat via de huisarts instroomt in de ggz is licht toegenomen (tabel 15). In een groot aantal gevallen is de verwijzer onbekend of is de verwijzer niet ingevuld.

TABEL 15
Soort verwijzers via wie cliënten de ggz instromen

	2000	2001	2002
Geen (eigen initiatief of directe omgeving)	14.154	15.191	16.942
(in %)	7	8	8
Huisarts	90.124	87.064	102.902
(in %)	43	54	50
Overige gezondheidszorg	6.858	7.039	6.720
(in %)	3	4	3
Ggz	29.207	26.671	23.699
(in %)	14	14	11
Maatschappelijke dienstverlening	9.193	8.645	12.090
(in %)	4	5	6
Onbekend	23.506	17.846	21.546
(in %)	11	10	10
Niet verwezen of niet ingevuld	36.409	25.260	22.470
(in %)	17	13	11
Totaal	209.451	187.716	206.369
(in %)	100	100	100

Bron: GGZ Nederland 2003

Het totale aantal verrichtingen neemt met 17 procent toe in de periode 2000 tot 2002 (tabel 16). De grootste toename is te zien in de ambulante behandelingen in de PAAZ vanaf 2001. Dit heeft echter te maken met de aanlevering van gegevens in Zorgis: tot 2001 maakten de PAAZ'en geen deel uit van de ggz. Ook de zorg op maat is duidelijk toegenomen.

TABEL 16
Aantal verrichtingen¹ in de volwassenen-ggz

	2000	2001	2002
Ambulant	2.898.657	3.053.715	3.884.144
Klinisch	4.313.353	4.335.445	4.702.093
Deeltijd	990.476	916.697	940.137
Zorg op maat	119.129	222.333	198.590
PAAZ ambulant	542	4.598	4.083
Totaal	8.322.157	8.532.788	9.729.047

¹ Onder verrichtingen wordt in de ambulante zorg het aantal contacten, in de klinische zorg het aantal verpleegdagen en in deeltijdzorg het aantal deeltijdgedelen verstaan (zie ook tabel 9 met CTG-productiegegevens voor de ggz).

Bron: GGZ Nederland 2003

Productie RIBW's

In tabel 17 geven we de productie van de RIBW's weer. Het aantal werkelijke verzorgingsdagen neemt iets toe, maar blijft achter bij de productieafspraken. Onder de RIBW's verstaan we hier verschillende begeleidingsvormen: zowel structuurgericht als veranderingsgericht, en zowel met beperkte als met volledige begeleiding.

TABEL 17
Aantal verzorgingsdagen in de RIBW's (x 1000)

	2000		2001		2002	
	Afspraak	Werkelijk	Afspraak	Werkelijk	Afspraak	Werkelijk
Totaal aantal dagen	2.151	2.080	2.253	2.116	2.338	2.248

Bron: CTG-jaarverslag 2002

Wachlijsten

In tabel 18 staan de resultaten van de inventarisaties van de Wachlijstregistratie ggz (voorheen: Taskforce Aanpak Wachlijsten). De rapportages van de Wachlijstregistratie ggz zijn de resultaten van steekproeven die bureau HHM in opdracht van het ministerie van VWS uitvoerde door op de peildata 1 januari 2001, 1 januari 2002 en 1 januari 2003 (Taskforce Aanpak Wachlijsten 2002; 2003).

Uit de resultaten blijkt dat de wachlijsten tamelijk stabiel zijn. Het aantal wachtenden in de onderzoeks- en behandelingsfase neemt licht toe en de gemiddelde wachttijd is licht afgenomen in 2003. Er zijn echter nog te veel mensen die langer wachten dan volgens de Treeknormen² aanvaardbaar is. Vooral in de onderzoeksfase, maar ook in de behandelingsfase moet tussen de 80 en 90 procent van de wachtenden langer wachten dan de zorgverzekeraars en de brancheorganisaties zelf aanvaardbaar vinden. Hier komt in de periode 2001 tot 2003 nauwelijks verandering in.

TABEL 18
Inventarisaties van de Wachlijstregistratie ggz in de volwassenenzorg op de peildata 1 januari 2001, 1 januari 2002 en 1 januari 2003

	2001	2002	2003 ¹
Aantal wachtenden bij instellingen			
Aanmeldingsfase ²	12.798	11.462	± 11.300
Onderzoeksfase	15.959	20.827	± 21.000
Behandelingsfase	15.245	16.054	± 17.100
Weken (aantal weken)			
Aanmeldingsfase	6	7	6
Onderzoeksfase	12	15	14
Behandelingsfase	23	17	14
Percentage boven de Treeknormen³			
Aanmeldingsfase	53-78	55-79	46-74
Onderzoeksfase	73-88	78-91	74-88
Behandelingsfase	63-83	-	61-80

¹ De resultaten van de Wachlijstregistratie ggz worden in alle peiljaren verschillend weergegeven. In de tabel worden daarom de resultaten voor de peiljaren 2001, 2002 en 2003 verschillend weergegeven.

² Aanmeldingswachttijd: tijd vanaf de aanmelding tot het eerste intakegesprek; onderzoekswachttijd: tijd tussen intake- en adviesgesprek; behandelwachttijd: tijd tussen het adviesgesprek en het eerste behandelcontact.

³ Aanmeldingsfase (Treeknorm = 4 weken), onderzoeksfase (Treeknorm = 4 weken), behandelingsfase (Treeknorm = 6 tot 13 weken).

Bron: Wachlijstregistratie GGZ 2001, 2002, 2003

² De Treeknormen zijn afspraken over aanvaardbare wachttijden, gemaakt door de aanbieders van de zorg, de zorgverzekeraars en VWS.

3.2.4 Kwaliteit van de zorg

In deze subparagraaf over de kwaliteit van de zorg voor volwassenen in de ggz bespreken we een aantal relevante kenniscentra en we staat kort stil bij de richtlijnen die worden ontwikkeld in de ggz.

Kenniscentra

Het ministerie van VWS heeft zeven kenniscentra formeel aangewezen. Zij krijgen voor een periode van vijf jaar subsidie (in sommige gevallen worden kenniscentra door meer ministeries gefinancierd). Daarnaast zijn er nog tientallen (initiatieven voor) kenniscentra in de ggz. Deze verschillen sterk in onderwerp, structuur, mate van ontwikkeling. Het is mogelijk dat het ministerie van VWS in de komende jaren een aantal van die initiatieven ook formeel als kenniscentrum aanwijst en subsidieert. Het is nog te vroeg om deze centra te evalueren. Hierna volgt een aantal beschrijvingen van relevante kenniscentra voor het circuit volwassenen.

- Kenniscentrum voor arbeidsrelevante psychische aandoeningen

Het Nederlands Kenniscentrum Arbeid en Psyche (NKAP) heeft als doel artsen en andere professionals te ondersteunen arbeidsuitval te voorkomen of te reduceren door effectief op psychische klachten te reageren. Het NKAP biedt toepasbare kennis die ontwikkeld is in de praktijk en getoetst door wetenschappers. Het NKAP is gevestigd bij het Trimbos-instituut in Utrecht.

In het NKAP nemen de volgende instellingen deel: Altrecht, Parnassia, psychomedisch centrum, GGZ Nederland, GGZ Groningen, GGZ Oost Brabant, Jellinek.

- Kenniscentrum Eetstoornissen Nederland

Het Kenniscentrum Eetstoornissen Nederland heeft tot doel het publiek, cliënten en professionals actuele informatie over eetstoornissen te geven, die voor hen relevant is.

Medio 2000 is het APZ de Robert-Fleury Stichting in Leidschendam door het ministerie van VWS aangewezen als Landelijk Kenniscentrum Eetstoornissen. Dit kenniscentrum werkt samen met een groot aantal andere instellingen: De Rijngesestgroep (RGG), Altrecht, het Universitair Medisch Centrum Utrecht (UMC Utrecht), het Leids Universitair Medisch Centrum (LUMC), de Stichting Anorexia en Boulimia Nervosa (SABN), het Trimbos-instituut en het ministerie van VWS.

- MIKADO kenniscentrum interculturele ggz

MIKADO is het landelijke kenniscentrum voor interculturele geestelijke gezondheidszorg, dat is opgericht om praktijk, wetenschap en beleid beter op elkaar af te stemmen. MIKADO richt zich op hulpverleners, onderzoekers en beleidsmakers. MIKADO heeft zowel tot doel kennis over te dragen als de praktische zorg verbeteren. Sinds januari 2003 is het uitvoerende bureau van MIKADO operationeel. Aan MIKADO nemen de volgende organisaties deel: Bavo RNO Groep, Altrecht, GGZ Midden-Brabant, GGZ Buitenamstel, Parnassia, GGZ Nederland.

- Stichting Impact: kenniscentrum voor psychosociale zorg na rampen

De stichting Impact beoogt kwalitatief hoogwaardige en adequaat georganiseerde psychosociale zorg na rampen te bevorderen. Dit gebeurt door ervaring en wetenschappelijke kennis te bundelen, en deze inzichtelijk te maken en beschikbaar te stellen voor uiteenlopende doelgroepen. Daarnaast bevordert het centrum de samenwerking tussen betrokken partijen.

De stichting Impact is in april 2003 opgericht en is gehuisvest in AMC/de Meren in Amsterdam.

Richtlijnontwikkeling ggz

Op landelijk niveau wordt onder leiding van het CBO (Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg) en het Trimbos-instituut door alle betrokken beroepsverenigingen en cliëntenorganisaties gewerkt aan multidisciplinaire, *evidence-based* richtlijnen voor de verschillende stoornisgroepen. Eind 2003 is de eerste multidisciplinaire richtlijn - over angststoornissen - verschenen. In 2004 worden meer richtlijnen verwacht, waaronder die voor schizofrenie en depressie. In deze richtlijnen wordt een beredeneerd advies gegeven om de belangrijkste keuzes te maken in de behandeling. Dit gebeurt op grond van wetenschappelijke evidentie, zo nodig aangevuld met klinische expertise (www.cbo.nl).

3.2.5 Internationaal

Op het niveau van de Europese unie zijn er op dit moment nog geen initiatieven genomen voor de volwassenen-ggz. Wel is er in 1999 een resolutie gesloten om de geestelijke gezondheid in de landen van de Europese Unie te bevorderen (Raad van de Europese Unie 2000). Vanuit de Europese unie komen initiatieven om de zorg te standaardiseren, maar de geestelijke gezondheidszorg wordt niet genoemd als apart onderdeel van de gezondheidszorg (European Commission 2000).

International Consortium in Psychiatric Epidemiology

In 1998 is door de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) het International Consortium in Psychiatric Epidemiology (ICPE) opgericht met als doel in verschillende landen vergelijkbaar onderzoek te doen naar psychische stoornissen die er voorkomen. Het ICPE richt zich op (grootschalig) epidemiologisch onderzoek naar psychische stoornissen, dat wordt uitgevoerd met behulp van het Composite International Diagnostic Interview (CIDI). Nederland neemt met de NEMESIS-studie deel aan het ICPE. Andere landen in het ICPE zijn: Brazilië, Canada, Duitsland, Mexico, Turkije en de Verenigde Staten (Andrade et al. 2003). In Nederland komen niet meer psychische stoornissen voor dan in andere landen (Bijl et al. 2003; Andrade et al. 2003).

Bereik van de zorg

Uit een studie van het ICPE naar het bereik van de zorg blijkt dat in de meeste landen, ook in Nederland, vooral mensen met een stoornis van lichte tot gemiddelde ernst in de ggz terecht komen. In Nederland en Duitsland is het bereik van de zorg onder mensen met een ernstige psychische stoornis het hoogst: circa twee derde van hen ontvangt zorg in de ggz. Het slechtst is het bereik van de ggz in de Verenigde Staten: bijna twee derde van de mensen met een ernstige psychische stoornis wordt daar door de zorg niet bereikt. De mensen met een ernstige psychische stoornis die niet worden bereikt waren over het algemeen jonge laagopgeleide mannen (Bijl et al. 2003).

3.3 Kinderen en jeugd

De jeugdzorg biedt ondersteuning, hulp en bescherming aan jeugdigen, hun ouders of andere opvoeders bij opvoedingsvragen van psychische, sociale of pedagogische aard die een evenwichtige ontwikkeling naar de volwassenheid belemmeren. De jeugdzorg richt zich vooral op situaties waarin de opvoeding zo problematisch dreigt te worden dat ouders het niet meer aan kunnen. De jeugdzorg bestaat uit de sectoren jeugdhulpverlening (provinciale jeugdzorg), jeugdbescherming (justitiële jeugdzorg) en jeugd-ggz. In de nieuwe Wet op de jeugdzorg is de jeugdbescherming geen aparte sector meer en gaat de zorg voor licht verstandelijk gehandicapte jeugdigen ook vallen onder de Wet op de jeugdzorg.

De jeugdhulpverlening is de omvangrijkste sector in de jeugdzorg en omvat de helft van de totale capaciteit. De jeugd-ggz en de jeugdbescherming zijn vergelijkbaar in omvang: allebei nemen ze ongeveer een kwart van de capaciteit voor hun rekening.

De toegang tot de jeugdzorg wordt in principe centraal geregeld. Per 1 januari 2004 bestaat, met uitzondering van Drenthe, in alle provincies één stichting Bureau Jeugdzorg.

Overlap brancherapporten GGZ-MZ en Welzijn en sport

Door de recente ontwikkelingen in de organisatie van de jeugdzorg en omdat de jeugdzorg meer omvat dan de jeugd-ggz, wijkt deze paragraaf op sommige punten af van de andere paragrafen. Bovendien is deze paragraaf totstandgekomen in samenwerking met het Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn (NIZW), dat het brancherapport *Welzijn en Sport 2000-2003* samenstelt. De cijfers met betrekking tot de jeugdhulpverlening en de jeugdbescherming zijn afkomstig van het NIZW. De paragrafen over de jeugdzorg in deze twee brancherapporten overlappen elkaar daarom enigszins.

3.3.1 Zorgvraag

De kinder- en jeugdzorg richt zich op jeugdigen tot 18 jaar, met een uitloopmogelijkheid tot 23 jaar. In Nederland vindt al een aantal jaren epidemiologisch onderzoek plaats dat representatief is voor deze bevolkingsgroep (zie tabel 19). Een bekend voorbeeld is het Peilstationonderzoek onder scholieren (10 tot 18 jaar) waarin sinds 1984 het middelengebruik wordt onderzocht. Sinds 2003 wordt in deze Peilstationonderzoeken onder scholieren voor het eerst ook onderzoek gedaan naar hun psychisch welbevinden met de Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ), een screeningsinstrument voor psychische stoornissen (Goedhart et al. 2003).

Recent is de Nederlandse Health Behavior in School-aged Children (HBSC)-studie gepubliceerd (Ter Bogt et al. 2003). Dit is een internationale studie waaraan Nederland in de periode 2001 tot 2002 voor het eerst meedeed. De belangrijkste onderwerpen in deze studie waren: gezondheid, welbevinden en risicogedrag van de schoolgaande jeugd van 11 tot 17 jaar. In het kader van dit onderzoek is onder andere de Youth Self Report (YSR) afgenomen. Uit de HBSC-studie blijkt dat vooral meisjes in deze leeftijdsgroep psychosomatische klachten hebben en minder gelukkig zijn dan jongens. Uitgaande van de totaalscore over alle typen probleemgedrag valt 7,6 procent in het grensgebied en daarbovenop 13,7 procent in de klinische range. Dit houdt in dat bijna 1 op de 6 scholieren zo veel last heeft van problemen dat ondersteuning of zelfs professionele hulp gewenst is (Ter Bogt et al. 2003). Meer resultaten uit de HBSC-studie vindt u in tabel 20.

In de tekst daarna gaan we verder specifiek in op psychische klachten van allochtone jongeren en op psychische stoornissen bij criminele jongeren.

TABEL 19

Overzicht van representatief epidemiologisch onderzoek naar psychische problemen onder jeugdigen in Nederland

	Instrument	Peiljaar	Doelgroep	Uitvoering
Peilstation-onderzoeken onder scholieren	Middelen-gebruik SDQ	Sinds 1984 ¹ in 2003	Scholieren 11 tot 18 jaar	Trimbos-instituut Regionale GGD'en
HBSC-studie	YSR	2002	Scholieren 11 tot 16 jaar	Trimbos-instituut, Universiteit Nijmegen, Universiteit Utrecht
Verhulst (Verhulst et al. 1997)	CBCL YSR	1994	4 tot 18 jaar	Erasmus MC Sophia Kinderziekenhuis
TRAILS-studie	CBCL YSR	Sinds 2001	10 tot 12 jaar ²	Rijksuniversiteit Groningen (RUG), Erasmus MC-Sophia Kinderziekenhuis en Trimbos-instituut.
Het Nederlands Tweelingen Register (NTR) ³	CBCL	Sinds 1987	Tweelingen	Vrije Universiteit
Generation R			Kinderen uit Rotterdam geboren in de periode 2001 tot 2005	Erasmus MC-Sophia Kinderziekenhuis

SDQ = Strengths and Difficulties Questionnaire (Goodman et al. 2003)

CBCL = Child Behavior Checklist (Achenbach 1990)

YSR = Youth Self Report (Achenbach 1990)

¹ 2003 is het eerste jaar dat psychische klachten in de Peilstationonderzoeken zijn meegenomen. Sinds 1984 is naar het middelengebruik van scholieren gevraagd.

² De eerste meting is in de leeftijdsgroep 10 tot 12 jaar, de kinderen zullen tot hun 24e elke 2 jaar gevolgd worden.

³ Het NTR bestaat uit een register voor adolescente en volwassen tweelingen (12 jaar en ouder) en uit een gedeelte voor jonge tweelingen (jonger dan 12 jaar). Aan de ouders van de kinderen wordt vanaf de geboorte elke twee jaar een vragenlijst gestuurd.

TABEL 20
Percentage jongens en meisjes (11 tot 16 jaar) met psychische problemen

	Klinisch relevante problemen (in %)	
	Jongens	Meisjes
Internaliserend totaal	13,1	12,4
Teruggetrokken	3,1	2,5
Lichamelijke klachten	5,5	5,0
Angstig depressief	5,1	4,3
Externaliserend totaal	11,6	10,9
Delinquent gedrag	4,7	4,6
Agressief gedrag	3,7	2,1
Overige problemen		
Sociale problemen	3,4	2,8
Denkproblemen	7,0	7,8
Aandachtsproblemen	3,0	2,1 ¹

¹ Significant verschil tussen jongens en meisjes (X^2 -toets, $p < 0.05$).

Bron: Ter Bogt et al. 2003

Psychische klachten onder allochtone jongeren

Volgens de HBSC-studie (Ter Bogt et al. 2003) hebben allochtone leerlingen meer angstig depressieve klachten en zijn zij vaker teruggetrokken dan autochtone leeftijdsgenoten. Zij hebben ook meer sociale problemen. Roken, drinken en cannabis gebruiken doen allochtone leerlingen echter minder dan autochtonen. Wel hebben zij vaker gevochten.

Dit beeld komt overeen met dat van het Peilstationonderzoek in 1999: het percentage Marokkaanse leerlingen dat tabak, alcohol of cannabis gebruikt is lager dan bij autochtonen. Het percentage Turkse en Surinaamse leeftijdsgenoten dat alcohol gebruikt, ligt eveneens lager, maar het aandeel gebruikers onder Antilliaanse en Arubaanse leerlingen verschilt niet van autochtonen. Na correctie voor potentieel versturende variabelen, waaronder spijbelen en sociaal wenselijke antwoorden geven, blijven deze verbanden zichtbaar (Monshouwer et al. 2002).

Bevolkingsonderzoek in Den Haag en Rotterdam laat zien dat Turkse kinderen in de leeftijd van 4 tot en met 18 jaar vaak hoger scoren op diverse schalen voor probleemgedrag, gemeten met de Child Behavior Checklist (CBCL), dan autochtone leeftijdsgenoten (Bengi-Arslan et al. 1997). Bij dit meetinstrument gaat het om probleemgedrag zoals gerapporteerd door ouders. Turkse kinderen scoorden hoger op zes van de elf CBCL-schalen (dat zijn de acht subschalen, de internaliserende en externaliserende schalen, en de totaalscore), en in het bijzonder op de schaal 'angstig/depressief'. Als deze gegevens nader worden geanalyseerd, blijkt dat door integratie van etnische minderheidsgroepen de kans op probleemgedrag afneemt, terwijl onenigheid in het gezin, scheiding, psychologische problemen van ouders en veroordeling van een of beide ouders het risico juist vergroot (Sowa et al. 2000). Verder speelt het opleidingsniveau van ouders een belangrijke rol in de verklaring van etnische verschillen in gerapporteerd probleemgedrag door Turkse en autochtone adolescenten (Murad et al. 2003). Er is in deze studie ook gevraagd naar het probleemgedrag zoals gerapporteerd door leerkrachten. Als we uitgaan van hun antwoorden, dan zien we geen significante verschillen in internaliserend (teruggetrokken en angstig depressief gedrag) en externaliserend (delinquent of agressief gedrag) probleemgedrag tussen Turkse en autochtone kinderen, gemeten met de Teachers Report Form (TRF). Opvallend was wel dat Turkse leerkrachten meer probleemgedrag rapporteerden bij allochtone kinderen dan autochtone leerkrachten deden (Crijnen et al. 2000).

Het bevolkingsonderzoek in Den Haag en Rotterdam laat verder zien dat Marokkaanse ouders even veel problemen bij hun kinderen rapporteerden als autochtone ouders, maar dat Marokkaanse ouders minder problemen rapporteerden dan Turkse ouders (Stevens et al. 2003). Dit beeld verandert als we uitgaan van wat jeugdigen of leerkrachten antwoordden: Marokkaanse 11- tot en met 18-jarigen rapporteerden zelf minder problemen dan zowel Turkse als autochtone leeftijdsgenoten, terwijl leerkrachten juist het meest - vaak externaliserend - probleemgedrag rapporteerden bij Marokkaanse jeugdigen. Er is nog weinig onderzoek gedaan naar hoe we deze verschillen in perspectief (ouder, jeugdige, leerkracht) moeten begrijpen.

Psychische stoornissen onder criminele jongeren

De prevalentie van psychische stoornissen is onder criminele jongeren hoger dan onder jongeren in de algemene bevolking. Dit blijkt onder meer uit twee inventarisaties van psychische stoornissen onder jeugdigen in justitiële jeugdinrichtingen (jji's). In een studie van Doreleijers werd een inventarisatie gedaan onder jongeren in preventieve hechtenis (Doreleijers 1995). Hieruit bleek dat 77 procent van de jeugdigen één of meer diagnoses had volgens de DSM-III-R: 67 procent van de jeugdigen had een gedragsstoornis, 11 procent een stemmingstoornis, 14 procent ADHD en 16 procent middelenmisbruik (Doreleijers 1995). Uit een recentere inventarisatie door Van den Elzen komen vergelijkbare resultaten (Van den Elzen 1999). Onder 54 jeugdigen die in een jji waren opgenomen, werd slechts bij 3 van hen geen klinisch relevante diagnose gevonden. Geëxtrapoleerd naar de hele populatie betekent dit dat, wanneer de antisociale gedragsstoornis buiten beschouwing werd gelaten bij 70 procent van de jeugdigen die in een jji zijn opgenomen één of meer klinisch relevante diagnoses werden gegeven. Met de antisociale gedragsstoornis meegerekend, komt dit op 91 procent (Van den Elzen 1999).

In een recent proefschrift werd geconcludeerd dat 90 procent van de jeugdigen, voornamelijk jongens, in een jji een psychische stoornis heeft (Vreugdenhil 2003). Het gaat hier zowel om internaliserende (angst, depressie) als externaliserende stoornissen (ADHD en andere gedragsstoornissen). Ook middelenmisbruik en verslaving aan psychoactieve middelen komen zeer frequent voor. Veel jongens vertonen een combinatie van psychische stoornissen (co-morbiditeit), bijvoorbeeld psychotische stoornissen in combinatie met middelenmisbruik, gekoppeld aan een lage intelligentie. De genoemde studie bevestigt deze schatting en toont aan dat psychische stoornissen veelvuldig voorkomen bij jongeren in justitiële inrichtingen.

3.3.2 Zorgaanbod en -capaciteit

Het aanbod in de jeugdzorg wordt verzorgd door jeugdzorgorganisaties (jzo's). De jzo's kennen de volgende hoofdtypen zorg: preventieve zorg, ambulante zorg, dagbehandeling, pleegzorg en residentiële zorg. Die hoofdtypen zijn weer nader te specificeren in zorgeenheden (voorzieningen) die de zorg verlenen. In het vorige brancherapport stond uitgebreide informatie over de verschillende typen zorg binnen de kinder- en jeugdzorg. Deze is nog actueel, en daarom geven we hier alleen een korte samenvatting.

Typen zorg in de jeugd-ggz

De jeugd-ggz bestaat uit de (voormalige) RIAGG-jeugdafdelingen en de kinder- en jeugdpsychiatrische (poli)klinieken. Deze voorzieningen bieden ambulante, semi-murale en intramurale diagnostiek, behandeling en begeleiding voor zowel de kinderen en jeugdigen als hun ouders of verzorgers. Volgens de nieuwe Wet op de jeugdzorg is het de bedoeling dat kinderen en jeugdigen in principe met een indicatie vanuit het BJZ doorverwezen worden naar de jeugd-ggz. Dat betekent dat de huisarts niet meer direct verwijst naar de jeugd-ggz.

Typen zorg in de jeugdhulpverlening

Binnen de jeugdhulpverlening bestaan de volgende voorzieningen:

- Preventief: kindertelefoon; opvoedtelefoon; opvoedingsondersteuning; jongereninformatie; preventief AMK en preventief overig;
- Ambulant vrij toegankelijk: Bureau Jeugdzorg/adviesbureau/JAC; AMK; ambulant vrij toegankelijk overig;
- Ambulant geïndiceerd: thuisbehandeling/hometraining; project Families First; ambulante kamerbegeleiding; ambulant geïndiceerd overig;
- Pleegzorg: therapeutische gezinsverpleging en pleegzorg overig;
- Residentieel: crisisopvang; BKB-woonproject; kamertraining; gezinshuis; therapeutisch gezinshuis; opvoeding en verzorging; behandeling; vakinternaat; observatie; medisch kindershuis; residentieel overig; VWS landelijke achtervang.

Jeugdbescherming (justitiële jeugdzorg)

De Raad voor de Kinderbescherming bevindt zich in de positie tussen de zorgketen en de justitiële keten. Om interventie door de raad wordt verzocht in gevallen van kinderbescherming, bij scheidings- en omgangsconflicten, bij strafzaken waarbij minderjarigen zijn betrokken als dader en wanneer taakstraffen

worden opgelegd. De rol van de raad bij strafzaken is in het vorige brancherapport zeer uitgebreid aan bod geweest.

Omdat de invoering van de Wet op de jeugdzorg wordt voorbereid, heeft de raad meer de rol van specialist gekregen. Meldingen komen voortaan binnen bij het BJZ of de Advies- en Meldpunten Kindermishandeling (AMK's) en deze instanties kunnen de raad inschakelen als er behoefte is aan nader onderzoek.

Er is een belangrijk onderscheid tussen civiele maatregelen (jeugdbescherming) en strafrechtelijke maatregelen (jeugdreclassering). Jeugdigen die onder een civielrechtelijke maatregel van jeugdbescherming vallen, maken gebruik van dezelfde zorg als jeugdigen die vanuit een vrijwillig kader worden geholpen. Strafrechtelijk geplaatste jeugdigen vallen echter niet onder de Wet op de jeugdzorg.

Capaciteit

Op het terrein van de jeugdbescherming bewerkte Het Centraal Informatiepunt Jeugdzorg (CIJ) jaarlijks de gegevens in de rapportage *Planning en Controle Jeugdzorg*. Vanaf 2002 is het daarmee gestopt. Daardoor zijn de cijfers over aanbod en gebruik over 2000 nog afkomstig van het CIJ, terwijl we voor 2002 en daarna gebruikgemaakt hebben van informatie van het ministerie van VWS. De cijfers zijn over de gehele periode 2000-2003 om die reden niet vergelijkbaar. Cijfers over 2001 ontbreken in een aantal tabellen omdat die informatie niet beschikbaar is. We gaan hierna achtereenvolgens in op de capaciteit in de jeugd-ggz, in de jeugdzorgorganisaties en in de jeugdbescherming (justitiële jeugdzorg).

- Capaciteit jeugd-ggz

De cijfers over de capaciteit van de jeugd-ggz zijn afkomstig van het CTG (tabel 21). Op basis van de gegevens die de ggz-instellingen leveren aan het CTG, worden de vergoedingen voor deze instellingen vastgesteld. De dekkingsgraad van de cijfers van het CTG is daarom vrijwel honderd procent.

TABEL 21

Capaciteit van de ggz-instellingen voor kinderen en jeugdigen¹

	2000	2001	2002	Gemiddelde groei (in %)
Plaatsen voor deeltijdbehandeling	438	478	508	8,0
Bedden voor klinische zorg				
Ziz-afdeling	15	15	15	0,0
BOPZ-afdeling	83	85	89	3,6
PAAZ en APZ	1.132	1.154	1.139	0,3
Gesubstitueerde ² bedden		88	137	55,7

¹ Exclusief toelatingen voor de psychiatrische afdelingen van academische ziekenhuizen.

² Bij substitutie kunnen de middelen voor een bed ook op andere manieren worden ingezet, bijvoorbeeld in deeltijdbehandeling of ambulante zorg.

Bron: Jaarverslag CTG (CTG 2003)

- Capaciteit jeugdzorgorganisaties

De capaciteitscijfers over de jeugdhulpverlening zijn afkomstig van de Stichting Registratie Jeugd Voorzieningen (SRJV) en het Centraal Informatiepunt Jeugdzorg (CIJ).

Tabel 22 laat zien dat het aantal instellingen voor de jeugdzorg in de periode 2000 tot 2003 is verminderd. Dit is vooral het gevolg van de reorganisatie binnen de jeugdzorg: door de nieuwe Wet op de jeugdzorg zijn een aantal instellingen samengegaan. Verder is het aantal voorzieningen en de capaciteit gedaald. Alleen de ambulante geïndiceerde zorg is toegenomen. Een toelichting op de typen zorg binnen de jeugdhulpverlening vindt u in het begin van deze subparagraaf.

TABEL 22
Aantal voorzieningen en capaciteit in de jeugdhulpverlening

	2000	2001	2002	Gemiddelde groei (in %)
Aantal instellingen	161	132	121	-12,4
Aantal voorzieningen				
Preventief	173	168	171	-0,6
Ambulant, vrij	234	227	196	-8,1
Ambulant, indicatie	174	204	225	14,7
Dagbehandeling	291	279	278	-2,2
Pleegzorg	84	73	70	-8,3
Residentieel	667	588	567	-7,5
Totaal	1.623	1.539	1.507	-3,6
Aantal plaatsen/bedden				
Dagbehandeling	5.280	5.192	5.135	-1,4
Pleegzorg	10.534	10.119	9.384	-5,5
Residentieel	7.396	6.934	6.691	-4,8
Totaal	23.210	22.245	21.210	-4,3

Bronnen: Trendrapport SRJV 1995-2002 (SRJV 2003); CIJ 2001

In tabel 23 staat een overzicht van de capaciteit van de landelijke VWS-voorzieningen tot en met 2003. De capaciteitsplaatsen van de landelijke voorzieningen (Sociaal Pedagogische Diensten) worden met ingang van 1 januari 2004 gedecentraliseerd.

TABEL 23
Capaciteit landelijke voorzieningen VWS

Aantal plaatsen/bedden	2000	2001	2002	2003	Gemiddelde groei (in %)
Totaal pleegzorg landelijk	269	274	288	288	2,4
Totaal residentieel landelijk	561	560	385	385	-10,5

Bronnen: ministeries van Justitie en VWS 2002; schriftelijke opgave VWS, december 2003

- Capaciteit jeugdbescherming (justitiële jeugdzorg)

Justitiële jeugdzorg kent enerzijds de ambulante voorzieningen, zoals voogdij, gezinsvoogdij, jeugdreclassering, en de Raad voor de Kinderbescherming, en anderzijds de residentieële voorzieningen, zoals justitiële jeugdinrichtingen voor opvang en justitiële jeugdinrichtingen voor behandeling.

TABEL 24
Aantal voorzieningen en capaciteit van de jeugdbescherming

	2000	2001	2002
Aantal instellingen	161		
Aantal voorzieningen/zorgeenheden			
Ambulant	131		
Residentieel	25		
Totaal	156		
Aantal bedden	1.687		

Bronnen: CIJ 2001; ministerie van Justitie 2001

Tabel 24 geeft informatie over het aantal instellingen, type voorzieningen en capaciteit.

3.3.3 Zorggebruik en productie

In deze subparagraaf vindt u informatie over de volgende onderwerpen:

- Cliënten in de jeugd-ggz
- Verwijzers naar de jeugd-ggz
- Productie in de jeugd-ggz
- Productie in de jeugdhulpverlening
- Productie in de jeugdbescherming (justitiële jeugdzorg)
- Wachtlijsten in de ggz voor kinderen en jeugd en de jeugdhulpverlening

Clënten in de jeugd-ggz

De gegevens over de diagnose van de cliënten worden niet consequent ingevuld. Dit blijkt uit tabel 25. In de periode 2000 tot 2002 is in ruim driekwart van de gevallen de diagnose niet ingevuld of onbekend. De diagnoses die wel ingevuld zijn, zijn hierdoor zeer onbetrouwbaar. Daarom lichten we deze niet toe. Het is niet mogelijk om op basis van deze gegevens richting te geven aan kwaliteitsbeleid. Het is belangrijk dat de diagnose zorgvuldiger wordt geregistreerd voor toekomstige ontwikkelingen binnen de jeugdzorg, maar ook voor een aantal algemene ontwikkelingen binnen de gehele ggz, zoals de uniforme indicatiestelling en de invoering van de dbc's.

TABEL 25
Diagnose voor jeugdige cliënten (< 18 jaar) in Zorgis met minimaal één zorgrecord

	2000	2001	2002
Niet ingevuld	20.784	17.195	19.175
Onbekend	6.059	6.931	8.315
Totaal niet ingevuld/onbekend	26.843	24.126	27.490
(in %)	77,8	72,7	76,2
Totaal wel ingevuld	7.639	9.067	8.602
(in %)	22,2	27,3	23,8
Totaal	34.482	33.193	36.092
(in %)	100	100	100

Bron: GGZ Nederland 2003

Verwijzers naar de jeugd-ggz

Het grootste deel van de verwijzingen naar de jeugd-ggz vindt plaats via de huisarts (tabel 26), ongeveer een tiende van de jeugdigen komt op eigen initiatief (of dat van de ouders) bij de jeugd-ggz. Van ongeveer twintig procent van de verwijzingen is de verwijzer onbekend of is deze niet ingevuld. In de toekomst loopt het grootste deel van de verwijzingen naar de jeugd-ggz via het BJZ, behalve als de huisarts rechtstreeks wil verwijzen zoals dat ook bij volwassenen gebeurt.

TABEL 26
Verwijzers naar de jeugd-ggz voor alle nieuw ingeschreven cliënten

Soort verwijzer	2000	2001	2002
Geen (eigen initiatief of directe omgeving)	3.248	3.592	3.987
(in %)	10	12	12
Huisarts	13.511	12.662	13.374
(in %)	40	41	39
Overige gezondheidszorg	2.759	2.580	2.293
(in %)	8	8	7
Jeugd-ggz	2.850	3.205	3.978
(in %)	8	10	12
Maatschappelijke dienstverlening	3.114	2.781	3.927
(in %)	9	9	12
Onbekend	3.021	3.037	3.509
(in %)	9	10	10
Niet ingevuld	5.170	3.052	2.819
(in %)	15	10	8
Totaal	33.673	30.909	33.887
(in %)	100	100	100

Bron: GGZ Nederland 2003

Productie in de jeugd-ggz

Binnen de jeugd-ggz wordt vooral ambulante zorg verleend (tabel 27). Dit is in overeenstemming met het streven om zo licht mogelijke zorg te verlenen. Rond twintig procent van de jongeren ontvangt klinische zorg. De verhouding ambulante zorg versus klinische zorg is redelijk stabiel gebleven in de periode 2000 tot 2002.

TABEL 27
Productie binnen de jeugd-ggz

	2000	2001	2002
Ambulant	362.134	365.837	409.177
(in %)	66	69	67
Klinisch	128.506	88.959	127.795
(in %)	23	17	21
Deeltijd	59.321	72.338	72.887
(in %)	11	14	12
Totaal	549.961	527.134	609.859
(in %)	100	100	100

Bron: GGZ Nederland 2003

De instellingen maken, op basis van de door hen aangeleverde gegevens, productieafspraken met het CTG. In tabel 28 geven we de productie en de productieafspraken voor de kinder- en jeugd-ggz.

TABEL 28
Productiegegevens kinderen en jeugd

	2000	2001	2002	2003 ¹
Eerste opnamen	1.951	2.458	2.554	2.552
Verpleegdagen	387.439	395.676	427.389	478.846
Deeltijdbehandelingen	118.058	138.219	155.573	175.000
Ambulante contacten	465.062	491.123	515.376	635.528

¹ Productieafspraken.

Bron: CTG

Productie in de jeugdhulpverlening (jHV)

In- en uitstroom

In tabel 29 valt op dat vooral in 2002 het aantal gebruikers van preventieve hulp aanzienlijk is gedaald; dit geldt vooral voor jongereninformatiepunten en niet voor opvoedingsondersteuning en de kindertelefoon. Het gebruik van ambulante vrij toegankelijke hulp schommelt sterk. Het aantal gebruikers van ambulante geïndiceerde hulp is in de periode 2000 tot 2002 sterk toegenomen. Deze stijging is vooral terug te vinden in het toegenomen gebruik van Families First en van ambulante geïndiceerde hulp overig. Het gebruik van dagbehandeling is licht gestegen. Tot 2001 stijgt het gebruik van de pleegzorg, daarna neemt het gebruik af. Ook bij de residentiële hulp is over een periode van drie jaar een daling zichtbaar.

TABEL 29
Aantal gebruikers en in- en uitstroom van cliënten in de jeugdhulpverlening

	2000	2001	2002
Schatting totaal aantal gebruikers die op 1 januari van enig jaar al gebruikmaken van zorg, plus de instroom van dat jaar			
Preventief	197.548	141.436	130.109
Ambulant vrij toegankelijk/BJZ			
(incl. AMK)	64.379	66.642	52.648
Ambulant geïndiceerd jHV (excl. AMK)	6.740	7.747	10.002
Dagbehandeling	9.405	8.676	9.277
Pleegzorg ¹	12.544	14.013	11.626
Residentieel	17.995	16.106	16.677
Totaal	308.611	254.620	230.339
Cliënteninstroom in de loop van het jaar			
Preventief			
Ambulant vrij toegankelijk/BJZ	39.214	41.312	32.269
Ambulant geïndiceerd overig jHV	10.920	4.972	6.331
Dagbehandeling	4.368	4.179	4.632
Pleegzorg ¹	4.530	4.477	4.233
Residentieel	11.174	10.162	10.637
Totaal	70.206	206.538	188.201

	2000	2001	2002
Cliënteninstroom in de loop van het jaar			
Preventief			
Ambulant vrij toegankelijk/BJZ	25.685	32.026	26.643
Ambulant geïndiceerd overig jhv	12.282	4.286	5.502
Dagbehandeling	4.381	4.088	4.547
Pleegzorg ¹	4.123	3.938	3.806
Residentieel	11.151	9.581	10.698
Totaal	57.622	53.919	51.196

¹ De cijfers over de pleegzorg zijn schattingen met een beperkte betrouwbaarheid.

Bronnen: CIJ 2001; SRJV 2002; 2003

De cliënteninstroom laat een opmerkelijk verschil zien tussen het jaar 2000 (CIJ-cijfers) enerzijds en de jaren 2001 en 2002 (SRJV-cijfers) anderzijds. In de SRJV-rapportages wordt hiervoor geen duidelijke verklaring gegeven. Omdat beide registraties niet op elkaar zijn afgestemd, hebben we geen gemiddelde groei over de jaren berekend.

TABEL 30
Gemiddelde bezetting in de jeugdhulpverlening (in %)¹

	2000 realisatie	2001 realisatie	2002 realisatie	2003 prognose
Dagbehandeling	86	90	93	95
Pleegzorg	77	97	99	95
Residentiële hulp	89	93	91	95

¹ De gegevens zijn gebaseerd op een gemiddelde respons over de periode 1999 tot 2002 van 73 procent van de instellingen in de jeugdhulpverlening.

Bronnen: SRJV 2003; schriftelijke opgave ministerie van VWS, 2003

Uit tabel 30 blijkt dat de gemiddelde bezetting in de jeugdhulpverlening in de periode 2000 tot 2002 is toegenomen.

TABEL 31
Gerealiseerde capaciteit jeugdhulpverlening

	2000	2001	2002	Gemiddelde groei (in %)
Pleegzorg	7.659	7.879	8.045	2,5
Dagbehandeling	4.622	4.594	4.605	-0,2
Residentieel	6.649	6.662	6.367	-2,1

Bronnen: ministeries van Justitie en VWS 2000, 2001, 2002; schriftelijke opgave ministerie van VWS, december 2003

TABEL 32
Gemiddelde behandelduur in de jeugdhulpverlening (in maanden)

	2000	2001	2002
Ambulant vrij toegankelijk	7	6	8
Ambulant geïndiceerd overig jhv	9	8	7
Dagbehandeling	14	13	12
Pleegzorg	21	22	19
Residentieel	7	7	6

Bron: SRJV 2003

De behandelduur in de jeugdhulpverlening moet zo kort mogelijk zijn. Uit tabel 32 blijkt dat de duur van de hulp in de pleegzorg in de periode 2000 tot 2002 is afgenomen. Ook voor ambulant geïndiceerd, dagbehandeling en de residentiële zorg is de behandelduur in 2002 licht afgenomen. Voor de ambulante vrij toegankelijke hulp is de duur in 2002 licht toegenomen.

Zorg dicht bij huis

Er zijn in Nederland 28 jeugdzorgregio's, elke instelling voor jeugdzorg beslaat een verzorgingsgebied dat bestaat uit een of meer van deze regio's. Vrijwel alle zorg in de jeugdhulpverlening wordt geconsumeerd binnen de eigen regio (tabel 33). Dit komt overeen met het streven in de jhv om de hulpverlening in de minst ingrijpende vorm aan te bieden, zo dicht mogelijk bij de plaats waar de jeugdige duurzaam verblijft en voor een zo kort mogelijke periode (SRJV 2003).

TABEL 33
Percentage jeugdigen dat binnen de eigen regio wordt geholpen

	2000	2001	2002
Ambulant vrij toegankelijk	76	77	85
Ambulant geïndiceerd	87	89	91
Dagbehandeling	93	94	94
Pleegzorg	56	63	70
Residentieel	69	70	71

Bron: Trendrapport SRJV 1995-2002 (SRJV 2003)

Productie in de jeugdbescherming (justitiële jeugdzorg)

In tabel 34 worden het aantal cliënten, de in- en uitstroom en de gemiddelde bezetting binnen de jeugdbescherming gegeven. Daarnaast wordt het gemiddeld aantal wachtenden en de gemiddelde wachttijd voor de jeugdbescherming gegeven. De cijfers over 2001 en 2002 zijn niet beschikbaar voor tabel 34. Er kunnen daarom geen uitspraken gedaan worden over ontwikkelingen in de periode 2000 tot 2003.

TABEL 34
Aantal gebruikers, in- en uitstroom van cliënten, gemiddelde bezetting, wachtlijsten en wachttijden jeugdbescherming¹

	2000	2001	2002
Aantal gebruikers			
Ambulant	67.126		
Residentieel	6.149		
Totaal	73.275		
Clënteninstroom			
Ambulant	37.852		
Residentieel	4.650		
Totaal	42.502		
Clëntenuitstroom			
Ambulant	36.388		
Residentieel	4.110		
Totaal	40.498		
Gemiddelde bezetting (in %)			
Residentieel (inclusief jhv) ²	94		
Gemiddeld aantal wachtenden op wachtlijst			
Ambulant ³	3.039		
Residentieel (inclusief jhv) ²	886		
Gemiddelde wachttijd (in weken)			
Ambulant		Niet bekend	
Residentieel (inclusief jhv) ²		6	

¹ Cijfers over 2001 en 2002 zijn niet beschikbaar.

² Totaal betreft gemiddelde van jeugdbescherming en jeugdhulpverlening residentieel samen.

³ Totaal betreft alleen zaken van de Raad voor de Kinderbescherming en strafzaken.

Bron: CJJ 2001

De tabellen 35 tot en met 37 geven informatie over het aantal ots- en voogdijpupillen en de gemiddelde duur van de ots en voogdij in jaren. In absolute aantallen is het aantal ots-pupillen ongeveer gelijk gebleven in de periode 2000 tot 2002. Het aantal voogdijpupillen is licht toegenomen in 2002.

TABEL 35
Percentage ots (maatregel ondertoezichtstelling)-pupillen naar verblijfplaats
(peildatum 31 december)

	2000 ¹	2001 ¹	2002 ²
Thuis	56,2	55,8	55,8
Pleeggezin	19,3	19,3	19
Tehuis	22,9	23,4	23,8
Op kamers	1,6	1,5	1,4
Totaal	100	100	100
Totaal absoluut	20.863	20.536	20.456

¹ Bron: ministeries van Justitie en VWS 2002.

² Bron: schriftelijke opgave ministerie van VWS, december 2003.

TABEL 36
Percentage voogdijpupillen (exclusief ama's) naar verblijfplaats
(peildatum 31 december)

	2000	2001	2002
Thuis	8,3	9,2	9,8
Pleeggezin	64,5	64,5	63
Tehuis	24,1	23,7	24,8
Op kamers	3,1	2,6	2,4
Totaal	100	100	100
Totaal absoluut	4.851	4.795	5012

Bron: schriftelijke opgave ministerie van VWS, december 2003

TABEL 37
Gemiddelde duur van de ots en voogdij (in jaren)

	2000	2001	2002
Ots	3,2	3,5	3,6
Voogdij	7,8	7,3	7

Bron: schriftelijke opgave ministerie van VWS, december 2003

In tabel 38 presenteren we informatie over de capaciteitsontwikkeling bij de Raad voor de Kinderbescherming. In de periode 2000 tot 2003 is het aantal civiele taken bij de raad ongeveer gelijk gebleven. Dit geldt niet voor het aantal straftaken, dat is gestegen.

TABEL 38
Capaciteitsontwikkeling Raad voor de Kinderbescherming

	2000 ¹	2001 ¹	2002 ²	2003 ²
Civiele taken				
Beschermingszaken				
Capaciteit/begroting	9.600	8.500	8.100	8.988
Vraag/realisatie	8.385	8.002	8.661	
Scheiding en omgangszaken				
Capaciteit/begroting	4.275	4.100	4.100	4.008
Vraag/realisatie	3.676	3.374	4.009	
Overig civiel				
Capaciteit/begroting	2.275	2.400	2.400	-
Vraag/realisatie	2.399	2.807	2.836	-
Straftaken				
Basisonderzoek				
Capaciteit/begroting	22.250	22.000	22.000	22.245
Vraag/realisatie	18.444	19.422	21.287	
Vervolgonderzoek				
Capaciteit/begroting	2.475	3.700	3.700	3.009
Vraag/realisatie	3.022	2.954	2.965	
Taakstraffen				
Capaciteit/begroting	12.000	13.900	15.300	16.281
Vraag/realisatie	11.764	13.388	15.431	

¹ Bron: ministeries van Justitie en VWS 2002.

² Bron: schriftelijke opgave ministerie van VWS, december 2003.

Wachlijsten

Een van de doelstellingen van de Wet op de jeugdzorg is de wachlijsten te verminderen. De Wachlijstregistratie ggz (zie bijlage 1) heeft onderzoek gedaan naar de wachlijsten in de ggz, waaronder de jeugd-ggz. De bevindingen van de Wachlijstregistratie ggz staan in tabel 39. In tabel 40 geven we de wachtenden voor de jeugdhulpverlening weer; informatie over de gemiddelde wachttijd in de jeugdhulpverlening is niet bekend.

TABEL 39
Inventarisaties van de Wachlijstregistratie in de jeugd-ggz 2001, 2002 en 2003 (peildatum 1 januari)

	2001	2002	2003 ¹
Instellingen (aantal wachtenden)			
Aanmeldingsfase ²	4.316	4.072	± 4.500
Onderzoeksfase	6.417	7.217	± 6.900
Behandelingsfase	3.520	3.446	± 4.200
Weken (aantal weken)			
Aanmeldingsfase	7	8	8
Onderzoeksfase	15	6	16
Behandelingsfase	19	18	16
Percentage boven de Treeknormen³			
Aanmeldingsfase	62-84	64-85	60-80
Onderzoeksfase	82-93	84-94	79-91
Behandelingsfase	72-87	63-76	70-85

¹Aanmeldingswachttijd: tijd vanaf de aanmelding tot het eerste intakegesprek; onderzoekswachttijd: tijd tussen intake- en adviesgesprek; behandelwachttijd: tijd tussen het adviesgesprek en het eerste behandelcontact.

² De weergave van de resultaten is in het verslag van de Wachlijstregistratie ggz in alle peiljaren verschillend. In de tabel worden daarom het aantal wachtenden voor het peiljaar 2001, 2002 en 2003 minder precies weergegeven.

³ Aanmeldingsfase (Treeknorm³ = 4 weken), onderzoeksfase (Treeknorm = 4 weken), behandelingsfase (Treeknorm = 6 tot 13 weken).

Bron: Wachlijstregistratie ggz, peiljaren 2001, 2002 en 2003 (Taskforce Vermaatschappelijking Geestelijke Gezondheidszorg 2001; Taskforce Aanpak Wachlijsten, 2002; 2003)

Als we het gemiddelde aantal wachtenden binnen de jeugdhulpverlening verdelen over de soorten zorg waarop ze wachten, dan levert dat het beeld op zoals weergegeven in tabel 40.

TABEL 40
Gemiddeld aantal wachtenden in de jeugdhulpverlening

	2000	2001	2002	Gemiddelde groei (in %)
Ambulant vrij toegankelijk	3413	3801	3307	-1,6
Ambulant indicatie	451	577	759	34,1
Dagbehandeling	782	749	755	-1,7
Pleegzorg	279	381	511	41,6
Residentieel	827	804	815	-0,7

Bron: Trendrapport SRJV 1995-2002 (SRJV 2003)

3.3.4 Kwaliteit van zorg

In deze subparagraaf over de kwaliteit van de zorg bespreken we eerst de Bureaus Jeugdzorg, dan de effectiviteit van de zorg en ten slotte de Inspectie Jeugdzorg.

³ De Treeknormen zijn afspraken over aanvaardbare wachttijden, gemaakt door de aanbieders van de zorg, de zorgverzekeraars en VWS.

Vorming Bureaus Jeugdzorg

In 2000 is de vorming van de Bureaus Jeugdzorg (BJZ's) geïnventariseerd. Hieruit bleek dat de BJZ's in een groot deel van de regio's nog niet de bedoelde functie vervullen (Boelhouters et al. 2000). In 2002 is deze inventarisatie herhaald (Konijn et al. 2002a). Er blijkt sprake van een lichte vooruitgang in de samenwerking tussen de BJZ's en de jeugd-GGZ, maar de toegangsfunctie is in meerderheid van de regio's nog niet intersectoraal vormgegeven. In twee van de 21 onderzochte regio's (Gouda en Delft) is een BJZ gerealiseerd zoals de overheid met de Wet op de jeugdzorg voor ogen heeft (Konijn et al. 2002b).

Screening van psychische stoornissen

Een van de punten waarop de samenwerking tussen het BJZ en de jeugd-ggz vastloopt, is de screening van psychische stoornissen door de BJZ's. Uit onderzoek is gebleken dat de jeugd-ggz vindt dat de BJZ's onvoldoende deskundigheid in huis hebben om deze screening uit te voeren (Konijn et al. 2000). De cliënt wordt slechts in enkele gevallen door een ggz-professional gezien. Een (standaard) instrument om psychische stoornissen te signaleren ontbreekt in het BJZ (Konijn et al. 2002a). In 2002 is gestart met de ontwikkeling van een kort screeningsinstrument voor de BJZ's om psychische stoornissen te signaleren bij 4- tot en met 18-jarigen (Valenkamp et al. 2003). In 2003 wordt de kwaliteit van het instrument getoetst bij diverse BJZ's en ggz-instellingen in het land. Het doel is het screeningsinstrument vanaf medio 2004 landelijk te implementeren bij de BJZ's. Dan kan er structureel en op een gestandaardiseerde manier worden gekeken of een jeugdige die op het bureau is aangemeld, misschien een psychische stoornis heeft.

Kwaliteit van de indicatiestelling

In het najaar van 2002 liet het Landelijk Platform Jeugdzorg (LPJ) de kwaliteit van de indicatiestelling bij de BJZ's onderzoeken. Er werd een checklist van kwaliteitscriteria voor de jeugdzorg opgesteld en daarnaast werden vragenlijsten over de kwaliteit afgenomen, zowel bij de zorgaanbieders als bij de jeugdigen en hun ouders. Het onderzoek werd uitgevoerd bij één landelijke en vier regionale zorgaanbieders. In totaal zijn slechts 227 indicatiestellingen geanalyseerd. Het ging om indicatiestellingen die bij het BJZ al door het zorgtoewijzingsorgaan waren goedgekeurd. Uit het onderzoek blijkt dat in de meeste gevallen wel de juiste zorg wordt geïndiceerd, maar dat de indicatie onvoldoende wordt onderbouwd (Konijn et al. 2002a).

Effectiviteit van de zorg

Uit een onderzoek naar de effecten van jeugdzorg van Boendermaker, Van der Veldt en Booy blijkt dat er erg weinig onderzoek wordt gedaan naar de effectiviteit van de jeugdzorg in Nederland (Boendermaker et al. 2003). Bovendien is het onderzoek dat wel gedaan wordt vaak niet gestandaardiseerd, waardoor verschillende interventies moeilijk te vergelijken zijn.

Een andere belangrijke conclusie uit het rapport over dit onderzoek is dat onderzoekers verreweg de meeste aandacht besteden aan jongeren met ernstige gedragsstoornissen. Dit is begrijpelijk, omdat deze problemen maatschappelijke overlast veroorzaken en veel voorkomen. Maar ook angst- en stemmingsstoornissen komen relatief veel voor onder jeugdigen, en treden vaak op in combinatie met gedragsstoornissen. Toch wordt dit type problematiek relatief weinig onderzocht. Ook is er weinig onderzoek gedaan naar interventies voor milde gedragsproblemen, interventies voor gezinnen met meervoudige problematiek, en interventies voor jeugdigen met autisme-spectrumstoornissen. Andere probleemgebieden die weinig aandacht krijgen zijn middelenmisbruik en verslaving, kindermishandeling, seksueel misbruik en eetstoornissen.

Inspectie Jeugdzorg

De Inspectie Jeugdzorg houdt toezicht op de jeugdhulpverlening en jeugdbescherming, en geeft adviezen op deze gebieden. Jaarlijks legt de inspectie verantwoording af over haar taken in een jaarverslag. In de periode 2000 tot 2003 is de organisatie van de inspectie aangepast. De belangrijkste zaken waarmee de inspectie zich in de periode 2000 tot 2003 heeft beziggehouden, zijn:

- De kwaliteit van de jeugdzorg in de regio's, na signalen dat hier een tekort bestond.
- De toetsing van de behandelafdelingen van de justitiële jeugdinrichtingen (zie ook paragraaf 3.5).
- De manier van hulpverlening door de voogdij-instellingen.

De meeste klachten die bij de inspectie binnenkomen gaan over de manier van hulpverlening. In 2002 werd de kwaliteit van de voogdij onderzocht (Inspectie Jeugdhulpverlening en Jeugdbescherming 2003). Naar aanleiding van de onderzoeken van de inspectie wordt een landelijk toezichttraject uitgevoerd, zodat het ministerie van Justitie haar beleid voor de voogdij meer gefundeerd kan voeren.

In 2003 verscheen het landelijke rapport *Toezicht pleegzorg in Nederland* (Inspectie Jeugdhulpverlening en Jeugdbescherming 2003). De belangrijkste conclusies in dit rapport waren, dat er een gebrekkige communicatie is tussen de instellingen en dat de aansturing door de overheid er niet toe leidt dat de instellingen zorg leveren van vergelijkbare kwaliteit. De inspectie raadt overheid en provincies aan de aansturing van de sector pleegzorg beter af te stemmen. Hiervoor moeten ze een gemeenschappelijk toetsingskader gebruiken.

3.3.5 Internationaal

In Nederland zijn in verhouding tot bijvoorbeeld de Verenigde Staten nog maar weinig kwalitatief goede effectonderzoeken gedaan naar interventies in de jeugdzorg. Een relevante buitenlandse studie is die van Bickman (Bickman 1996) waarin de zorg voor jeugdigen in twee staten met elkaar wordt vergeleken: een staat waarin de zorg traditioneel werd gegeven (*care as usual*) en een staat waarin de zorg was geherstructureerd en verbeterd. In dit tweede geval was de toegang verbeterd en de zorg gesubstitueerd: veel residentiële hulp was omgezet in ambulante hulp, wat enigszins vergelijkbaar is met de huidige Nederlandse situatie. Er werden geen verschillen gevonden in klachtverbetering tussen de jeugdigen in de twee staten. De cliënten waren echter wel meer tevreden over de geherstructureerde zorg; er werden in die staat meer cliënten geholpen, maar de zorg was ook duurder geworden (Konijn 2003).

Internationaal is het meeste onderzoek gedaan naar de effecten van behandeling bij jeugdigen met ernstige gedragsstoornissen, zoals ADHD, conduct disorder en antisociaal gedrag, bij jeugdigen met angst- en stemmingsstoornissen, anorexia nervosa en bij jeugdigen met meervoudige problematiek (co-morbiditeit). Daarnaast komen interventies voor mishandelde kinderen, jeugdigen met psychosomatische problemen en kinderen met problemen als gevolg van echtscheiding van hun ouders veel in onderzoek aan bod. Relatief weinig meta-analyses en reviews zijn gericht op de behandeling van jongeren met identiteitsproblemen, acculturatieproblemen, schizofrenie, obsessief-compulsieve stoornissen (dwanggedachten en -handelingen), bipolaire stemmingsstoornissen, PDD-NOS (pervasieve ontwikkelingsstoornis) en adoptieproblematiek (Konijn 2003).

3.4 Ouderen

In de hulpverlening worden onder 'ouderen' doorgaans mensen van 65 jaar en ouder verstaan. In wetenschappelijk onderzoek gaat het vaak al om 55-plussers. De belangrijkste instanties voor de zorg voor ouderen met psychische stoornissen zijn:

- Ggz-instellingen.
- Verpleeghuizen met een psychogeriatrische functie, al dan niet gecombineerd met zorg voor mensen met een lichamelijke [somatische] aandoening.

Nog sterker dan voor de andere paragrafen geldt voor dit onderwerp dat de beschikbare bronnen hun beperkingen hebben. De cijfers over het zorgaanbod en zorggebruik komen voort uit registraties met een, juist voor ouderen, beperkte dekkingsgraad. Bovendien gaat een deel van de cijfers over het aanbod voor

volwassenen en ouderen samen. Ook de ouderen-ggz bespreken we hierna volgens het stramien zorgvraag; zorgaanbod en capaciteit; zorggebruik en productie; kwaliteit van zorg; internationale ontwikkelingen.

3.4.1 Zorgvraag

De zorgvraag wordt bepaald door verschillende factoren, waarvan de prevalentie van psychische stoornissen er maar één is. De behoefte aan zorg is een andere belangrijke factor. Bij ouderen overschrijden de zorgbehoefte vaak de sectorgrenzen (Depla et al. 2003a). Dat is te verklaren uit de complexe problemen van ouderen: naast psychische klachten hebben ze vaak somatische, sociale en financiële problemen. Dit geldt in versterkte mate voor kwetsbare ouderen, zoals verwaarloosde ouderen (De Boer et al. 2003) en allochtone ouderen (Poort et al. 2001; Smits et al. 2003).

In het brancherapport *GGZ-MZ 1998-2001* is uitgebreid aandacht besteed aan depressie, angst en dementie bij ouderen en aan de sociale en maatschappelijke gevolgen daarvan (Rigter et al. 2002). Er is weinig recent Nederlands onderzoek beschikbaar over hoe vaak deze en andere stoornissen voorkomen. Voor informatie over de prevalentie van deze stoornissen bij ouderen verwijzen wij daarom naar het vorige brancherapport en voor inhoudelijke informatie naar de Nationale Monitor Geestelijke Gezondheid (Schoemaker et al. 2003).

3.4.2 Zorgaanbod en capaciteit

De belangrijkste instanties voor de zorg voor ouderen met psychische stoornissen zijn 1) ggz-instellingen en 2) verpleeghuizen met een psychogeriatrische functie al dan niet gecombineerd met zorg voor mensen met een lichamelijke [somatische] aandoening.

- *Ggz-instellingen* rekenen alle psychische stoornissen van ouderen tot hun competentie. Voor dementie zien zij drie kerntaken:
 1. Diagnostiek van dementie (uitgezonderd de ongecompliceerde vorm van dementie van het Alzheimerstype: DSM-IV 290.0 en 290.1).
 2. Behandeling van dementie (o.a. met cholinesteraseremmers) en bijkomende psychische stoornissen, zoals psychose, depressie of delier.
 3. Begeleiding, casemanagement en ondersteuning thuis bij dementie met gedragsstoornissen.
- *Verpleeghuizen met een psychogeriatrische functie* leggen zich toe op de opvang en behandeling van personen met dementie.
- Ook onder bewoners van *verpleeghuizen zonder psychogeriatrische functie* bevinden zich ouderen met dementie.
- Veel ouderen met psychische stoornissen komen terecht bij eerstelijnsvoorzieningen in de ouderenzorg, vooral het *verzorgingshuis* en de *thuiszorg*. Deze hulp blijft in dit brancherapport buiten beschouwing, behalve waar het gaat om samenwerkingsprojecten met de gespecialiseerde instellingen.

Een relatief nieuwe zorgvariant is de 'geheugenpolikliniek'. Verhey definieert geheugenpoliklinieken als 'multidisciplinaire psychogeriatrische teams die zich bezighouden met de vroege diagnostiek en begeleiding van patiënten met dementie' (Verhey 2000; Verhey et al. 1995). De geheugenpoliklinieken komen voort uit regionaal verschillende samenwerkingsverbanden. Verhey stelde in 2000 vast dat alle poliklinieken ressorteren onder vakgroepen of afdelingen van algemene ziekenhuizen (Verhey 2000). Over de productie van geheugenpoliklinieken zijn geen recente data beschikbaar. Overigens functioneren binnen de ambulante afdelingen voor ouderen van ggz-instellingen ook multidisciplinaire teams met een zelfde doelstelling.

Psychiatrische meerzorg voor ouderen

Binnen verzorgingshuizen is een specifiek aanbod voor langdurig zorgafhankelijke ouderen gecreëerd in de vorm van psychiatrische meerzorg. Voor zover het daarbij gaat om zorg vanuit de ggz (begeleid wonen) neemt het aanbod toe. Actuele cijfers zijn echter niet bekend. We kunnen verwijzen naar een inventarisatie over het jaar 2000 die resulteerde in een schatting van 290 plaatsen, zoals vermeld in het vorige brancherapport. Onderzoek laat zien dat

deze zorgvorm enerzijds geen negatieve medische gevolgen heeft, anderzijds ook weinig meerwaarde heeft voor de kwaliteit van leven van deze ouderen. Ook dragen de meerzorgprojecten niet wezenlijk bij aan de vermaatschappelijking van ouderen met chronisch psychiatrische klachten (Depla et al. 2003b; Depla et al. 2003c).

Het gebruik van medicatie tegen psychische problemen

Minder dan 5 procent van de ouderen met depressieve klachten krijgt antidepressiva of bezoekt een psychiater of de ambulante ggz (Beekman et al. 2001). Voor depressie liggen de cijfers hoger, maar ook hier geldt dat de grote meerderheid geen adequate zorg ontvangt. Slechts 16 procent van de ouderen met een diagnose voor depressie gebruikt antidepressiva. Meer dan de helft van hen gebruikt bovendien een te lage dosis (Beekman et al. 2001; Sonnenberg et al. 2003). Toch bezoeken depressieve ouderen de huisarts regelmatig. Van alle depressieve ouderen krijgt 11 procent benzodiazepines (slaap- en kalmerende middelen). Vooral bij depressieve stoornissen is dit gebruik hoog: 24 procent. Slaap- en kalmerende middelen brengen juist bij ouderen risico's met zich mee, maar toch neemt het inadequate gebruik ervan bij depressie bij ouderen niet af. Voor het slaapmiddel temazepam werden in 2001, 2002 en in 2003 1,3 miljoen voorschriften voor ouderen geregistreerd. Voor het kalmeringsmiddel oxazepam werden in 2001 1,1 miljoen en in 2002 en 2003 1,2 miljoen voorschriften voor ouderen gemeld. Deze middelen behoren tot de meest gebruikte geneesmiddelen bij ouderen (Tinke et al. 2001; 2002; 2003).

Voor de ziekte van Alzheimer (dementie) zijn in Nederland sinds 1998 cholinesteraseremmers (rivastigmine) als behandelmedicatie geregistreerd. Deze middelen hebben nog maar een beperkt effect op hoe de getroffen ouderen functioneren. Omdat vaak bijwerkingen optreden, moet deze medicatie met grote voorzichtigheid worden voorgeschreven. Toch vinden ook sommige Nederlandse artsen, in navolging van de American Association for Neurology, dat iedere patiënt met de ziekte van Alzheimer een behandeling met cholinesteraseremmers moet kunnen proberen. Daarbij moeten geprotocolleerde richtlijnen worden gevolgd en goede voorlichting worden geboden (Verhey et al. 2003). Sinds 2003 is daarnaast het middel memantine (Ebixa®) geregistreerd. Dit middel werkt anders (NMDA-receptor antagonist) en is bestemd voor mensen met ernstige dementie. Overigens heeft ook dit middel slechts een beperkt effect.

Bedden capaciteit

Op het gebied van de capaciteit wordt door GGZ Nederland voor de deeltijdplaatsen geen onderscheid gemaakt tussen volwassenen (18-64 jaar) en ouderen (65 jaar en ouder). Hetzelfde geldt voor de toegelaten bedden per circuit. Deze cijfers (feitelijke en toegelaten deeltijdplaatsen, kort- en langdurend) staan beschreven in paragraaf 3.2.2. Voor de capaciteit in feitelijke bedden is wel een onderscheid naar leeftijd gemaakt. De cijfers voor ouderen over de afgelopen drie jaar staan vermeld in tabel 41. In 2002 waren in totaal 2.730 bedden feitelijk beschikbaar. De cijfers over 2000 tot 2002 fluctueren nogal voor ouderen. Het toegenomen aantal bedden voor langdurende zorg suggereert een tendens die in strijd is met de beoogde vermaatschappelijking van de ouderenzorg. Om deze suggestie te kunnen toetsen, moeten we echter ook de deeltijdplaatsen voor ouderen kennen, en cijfers daarover zijn niet beschikbaar. Voor volwassenen en ouderen samen is het aantal deeltijdplaatsen gestegen (zie paragraaf 3.2.2).

TABEL 41
Feitelijk aantal bedden voor ouderen

	2000	2001	2002
Kortdurend	900	980	920
Langdurend	1.710	2.020	2.200
Totaal	2.611	2.993	2.730

Bron: GGZ Nederland 2003

3.4.3 Zorggebruik en productie

In 2002 hadden 43.332 ouderen minimaal één zorgcontact met de ggz (APZ, ggz en RIAGG samen). Dit cijfer is sinds 2000 (39.965) met 8,4 procent gestegen. In tabel 42 staat bij hoeveel cliënten een diagnose is gesteld. Het aantal niet ingevulde diagnoses neemt de laatste jaren iets af, maar nog steeds is in bijna 70 procent van de gevallen de diagnose niet ingevuld. Dit maakt de overige diagnoses zeer onbetrouwbaar, en daarom splitsen we deze in de tabel niet uit naar aparte diagnosegroepen. Op basis van deze gegevens kan geen (kwaliteits)beleid worden vastgesteld en voor de mogelijke ontwikkeling van toekomstige cliëntvolgsystemen is dit ook niet goed. De invoering van het dbc-systeem kan hierdoor eveneens ernstig belemmerd worden, omdat dit systeem is gebaseerd op de diagnose.

TABEL 42
Diagnosegroep ouderen

	2000	2001	2002
Niet ingevuld	23.074	19.061	20.483
Onbekend	6.284	7.310	9.495
Totaal niet ingevuld/onbekend	29.358	26.371	29.978
(in %)	73,5	67,4	69,2
Totaal wel ingevuld	10.607	12.779	13.354
(in %)	26,5	32,6	30,8
Totaal	39.965	39.150	43.332
(in %)	100	100	100

Bron: GGZ Nederland 2003

Uit tabel 43 blijkt dat het in bijna een kwart van de gevallen niet bekend is wie de verwijzer is of dat de verwijzer niet is ingevuld. Het aantal verwijzingen naar de ouderen-ggz via de huisarts is toegenomen.

TABEL 43
Verwijzers naar ouderen-ggz

	2000	2001	2002
Geen (eigen initiatief of directe omgeving)	1.887	2.174	2.713
(in %)	5	6	7
Huisarts	17.495	18.077	23.074
(in %)	46	50	56
Overige gezondheidszorg	2.761	2.933	2.986
(in %)	7	8	7
Ggz	4.310	3.453	3.028
(in %)	11	10	7
Maatschappelijke dienstverlening	1.057	888	862
(in %)	3	2	2
Onbekend	4.123	3.257	3.760
(in %)	11	9	9
Niet verwezen of niet ingevuld	6.506	5.399	5.123
(in %)	17	15	12
Totaal	38.139	36.181	41.546
(in %)	100	100	100

Bron: GGZ Nederland 2003 (zie ook tabel 9 met CTG-productiegegevens over de geestelijke gezondheidszorg)

Wachlijsten in de ouderen-ggz

Volgens de *Landelijke rapportage inventarisatie wachtlijstgegevens ggz* (Taskforce Aanpak Wachlijsten 2003) nam de gemiddelde wachttijd in weken bij de onderzochte steekproef af (tabel 44). Over het jaar 2003 zijn voor de aanmeldfase en de behandelfase te weinig gegevens beschikbaar om het aantal wachtenden boven de Treeknormen te geven.

Hoewel de gemiddelde wachttijden voor ouderen zijn afgenomen, zijn de wachttijden en de lijst wachtende ouderen nog onaanvaardbaar lang. Over het percentage wachtenden buiten de Treeknorm in de aanmeldingsfase en de behandelingsfase zijn te weinig waarnemingen beschikbaar.

TABEL 44
Inventarisaties van de Wachttijstregistratie ouderen-ggz op 1 januari 2001, 1 januari 2002 en 1 januari 2003

	2001	2002	2003 ¹
Instellingen (aantal wachtenden)			
Aanmeldingsfase ²	2.530	2.327	± 1.700
Onderzoeksfase	2.696	3.263	± 2.700
Behandelfase	2.481	2.315	± 1.700
Weken (aantal weken)			
Aanmeldingsfase	6	7	6
Onderzoeksfase	12	15	11
Behandelfase	-	17	13
Percentage boven de Treeknormen³			
Aanmeldingsfase	52-76	53-76	-
Onderzoeksfase	71-89	75-90	66-83
Behandelfase	72-85	59-74	-

¹ De resultaten zijn in het eerste verslag van de Wachttijstregistratie ggz in alle peiljaren verschillend weergegeven. In de tabel geven we daarom de resultaten voor het peiljaar 2001, 2002 en 2003 verschillend weer.

² Aanmeldingswachttijd: tijd vanaf de aanmelding tot het eerste intakegesprek; onderzoekswachttijd: tijd tussen intake- en adviesgesprek; behandelwachttijd: tijd tussen het adviesgesprek en het eerste behandelcontact.

³ Aanmeldingsfase (Treeknorm = 4 weken), onderzoeksfase (Treeknorm = 4 weken), behandelingsfase (Treeknorm = 6 tot 13 weken).

Bron: Wachttijstregistratie ggz, peiljaar 1 januari 2001, 1 januari 2002 en 1 januari 2003

3.4.4 Kwaliteit van zorg

In deze subparagraaf over de kwaliteit van de ouderen-ggz bespreken we:

- Het medicijngebruik van ouderen
- De toegang die ouderen (en in het bijzonder allochtone ouderen) hebben tot de ggz
- De consultatie in de eerste lijn
- De samenhang in de geestelijke gezondheidszorg voor ouderen
- De ggz voor kwetsbare groepen ouderen
- De relevante kenniscentra

Medicijngebruik van ouderen

Aan ouderen wordt in het algemeen vrij vaak depressogene medicatie voorgeschreven. Vooral de hoeveelheid voorschriften voor benzodiazepines aan ouderen valt hierbij op (Dhondt et al. 2002). Mogelijk zijn huisartsen niet goed bekend met de diagnostiek en behandeling van depressie bij ouderen. Een postacademisch trainingsprogramma blijkt de kennis en het handelen van huisartsen rond farmacotherapie bij depressie (niet specifiek bij ouderen) te verbeteren (Van Os et al. 2002).

Het niet-adequate gebruik van slaap- en kalmerende middelen bij ouderen met dementie doet veronderstellen dat huisartsen wel de aanwezigheid van psychische problemen herkennen, maar dat kennelijk niet verder wordt gezocht naar een specifieke diagnose. Misschien schat de huisarts de mogelijke effecten van behandeling als laag in of zijn huisartsen beducht voor bijverschijnselen van psychofarmaca.

Toegang tot de ouderen-ggz

De toegankelijkheid van de ggz voor ouderen in Nederland is goed. De toegang kan nog beter worden door ggz-consultaties in de eerste lijn en door een verbeterde samenhang in de zorg. Ook nemen veel preventieafdelingen initiatieven rond depressie bij ouderen, zoals voorlichting, cursussen, deskundigheidsbevordering en intersectorale samenwerking (zie ook paragraaf 3.7).

Allochtone ouderen

De toegang tot de ggz is voor Turkse en Marokkaanse ouderen problematischer dan voor autochtone ouderen. Voor zover bekend zijn zij ondervertegenwoordigd in de ggz (Polikar et al. 2000). Het slechte bereik van de ggz voor oudere allochtonen wordt in factoren binnen het zorgaanbod (eerste lijn, ggz) en binnen de oudere allochtonen zelf gezocht. De ouderen-ggz doet onvoldoende aan interculturalisatie (Wennink et al. 2001). De beleving van psychische klachten bij oudere Turken en Marokkanen sluit niet aan bij het aanbod van de ggz (Smits et al. 2003). Psychische klachten zijn vooral bij traditionele Marokkaanse ouderen taboe en omgeven met schaamte. Veel klachten worden niet als psychisch benoemd, maar als horend bij het leven, of bij het ouder worden. Ook een beroep op de hulpverlening brengt soms schaamte met zich mee, omdat dan duidelijk wordt dat iemands problemen niet in de eigen kring kunnen worden opgelost. Een deel van de ouderen ziet de eigen problemen, maar beseft dat het lastig is om hulp te zoeken door de taalproblemen. Turkse en Marokkaanse ouderen zijn ook slecht bekend met de ggz.

Met de ondersteuning van de eerste lijn door middel van allochtone zorgadviseurs en voorlichters eigen taal en cultuur, proberen zorgaanbieders de toegankelijkheid van de zorg voor allochtonen te vergroten. Recentelijk heeft GGZ Nederland het initiatief genomen om binnen het Actieplan Interculturalisatie het ggz-aanbod aan oudere allochtonen te verbeteren (GGZ Nederland 2003). Vanuit onderzoek naar de beleving van psychische klachten heeft het Trimbos-instituut een handreiking voor hulpverleners geschreven (De Vries et al. 2003). Via informatieve huiskamerbijeenkomsten geven voorlichters informatie over psychische klachten en ouder worden en de mogelijkheden van zorgaanbieders aan oudere Turkse en Marokkaanse vrouwen (Smits 2003). Projecten waarbij instellingen over sectorgrenzen heen samenwerken zijn daarbij van belang.

Ggz-consultaties in de eerste lijn

Uit de *Rapportage monitoring consultatieve projecten 2003* blijkt dat het merendeel van deze projecten (68 procent) gericht is op patiënten van alle leeftijden. 13 procent was specifiek gericht op ouderen (Verhaak et al. 2003a). Van alle consultatieve contacten was 11 procent (3.079) gericht op patiënten van 65 jaar en ouder (Verhaak et al. 2003b). Vergeleken met de andere leeftijdsgroepen hebben oudere patiënten opvallend vaak (31 procent) problemen die thuishoren bij de zogenoemde grote psychiatrie. Dit komt geheel op het conto van de organische psychische stoornissen (dementie, delier). Tabel 45 specificeert de problemen van ouderen. In vergelijking met de totale groep patiënten hebben ouderen weinig consulten gevraagd over angst- en spanningsproblemen en psychosociale problematiek. Voor de angst- en spanningsproblemen zijn deze leeftijdsverschillen overigens niet significant.

TABEL 45
Probleemgebied (eerste prioriteit) voor ouderen en voor alle leeftijdsgroepen (in %)

	> 65 jaar n = 2.964	Alle leeftijds- groepen n = 27.642
Grote psychiatrie	31	8
Stemmingsstoornis	25	26
Angst en spanning	10	16
Somatoforme stoornis	3	3
Persoonlijkheid en gedrag	8	9
Psychosociale problematiek	10	23
Overige problemen	12	14

Bron: Verhaak et al. 2003b

Samenhang in de ouderen-ggz

De Gezondheidsraad stelde in 2002 vast dat de aard en omvang van de samenwerking rondom dementiepatiënten tussen huisartsen, geheugenpoliklinieken, thuiszorg, ggz-instellingen en verzorgings- en verpleeghuizen, en algemene ziekenhuizen per regio verschilt. Daarbij merkt de

raad op dat ook de samenwerking en afstemming met de mantelzorg vaak te wensen overlaat. Voor mensen met dementie zijn in enkele regio's initiatieven genomen om een samenhangend pakket van voorzieningen te ontwikkelen (Verschuur 2002). Ook werken er op sommige plaatsen casemanagers. Zij houden het totale wel en wee van de patiënt en diens verzorger in de gaten en zorgen ervoor dat de verschillende zorgvormen op elkaar en op de behoeften van de oudere worden afgestemd.

Ook wordt er vanuit verschillende regio's gewerkt aan zorgprogramma's. Een zorgprogramma is een geheel van gespecificeerde en op elkaar afgestemde activiteiten en maatregelen, dat erop gericht is bepaalde diensten te verlenen of bepaalde effecten te bewerkstelligen voor een gespecificeerde groep mensen met een overeenkomstige problematiek of zorgbehoefte (Salari et al. 2000). GGZ Nederland nam het initiatief om zes zorgprogramma's voor de ouderenzorg uit te werken (cognitieve, psychotische, depressieve, posttraumatische stress-, angst-, persoonlijkheidsstoornissen) (Salari et al. 2000). Op verschillende plaatsen werken de instellingen met zorgprogramma's, maar een goed overzicht ontbreekt. Ook zijn de ervaringen met de zorgprogramma's nog niet systematisch in kaart gebracht. Wel is duidelijk dat de praktijk weerbarstig is (Verschuur 2002). De ervaring leert dat uniformiteit en transparantie binnen de eigen schakel belangrijke voorwaarden zijn om circuits te vormen of ketenzorg te leveren. Door het aanbod transparanter te maken voor de eigen hulpverleners wordt duidelijker waar de overgang ligt tussen ambulante en klinische behandeling. De hulpverleners gaan meer 'circuitgericht' denken en de circuitafstemming verbetert (Balestra et al. 2003).

Kwetsbare groepen

De Algemene Rekenkamer (Ministerie van VWS 2003) concludeerde in haar onderzoek op lokaal niveau naar de resultaten van woon-zorgbeleid dat het aanbod voor zelfstandig wonende kwetsbare groepen te klein is om van vraaggestuurde zorg te kunnen spreken. Daarbij onderscheidde zij de volgende groepen: kwetsbare ouderen: ouderen met dementie, ouderen met het syndroom van Korsakov, dak- of thuisloze ouderen, zorgwekkende zorgmijders en psychiatrische patiënten. De Algemene Rekenkamer hekelt dat nationale standaarden ontbreken over het minimale niveau van verzorging van deze groepen.

Kenniscentra

Sinds 2003 is het Nederlands Kenniscentrum Ouderenpsychiatrie (NKOP) operationeel. Het NKOP stelt zich tot doel de kwaliteit van zorg aan ouderen met psychische en psychiatrische problemen te verbeteren. Het centrum richt zich op zowel de professional als het publiek. Een team van medewerkers werkt er onder andere dagelijks aan onderzoek te inventariseren en toegankelijk te maken, vragen van professionals te beantwoorden en onderzoekers praktisch te ondersteunen. Op 26 september 2003 opende het NKOP haar website (www.ouderenpsychiatrie.nl), die wekelijks bezocht wordt door meer dan 100 bezoekers.

3.4.5 Internationaal

Discriminatie en stigma

De WHO publiceerde in 2002 een consensusstatement over de aanpak van stigma en discriminatie van ouderen met psychische stoornissen. Doelstelling daarbij was het debat hierover te bevorderen, de aard, oorzaken en gevolgen ervan te omschrijven, en beleid en programma's voor te stellen. Het is niet duidelijk waar en in hoeverre (onderdelen van) deze consensusstatement inmiddels wordt toegepast (WHO et al. 2002).

Samenwerking

In Groot-Brittannië is de inbreng van de ggz in de eerste lijn al langer van groot belang. Recentelijk wordt daar voor de eerste lijn gewerkt aan de 'Primary care mental health guidelines'. In eerste instantie gaat het daarbij om depressie en dementie. Deze richtlijnontwikkeling moet worden gezien binnen de National Service Framework for Older People (NSFOP), van het ministerie van Gezondheid

(Department of Health 2003). Het NSFOP bevat een gedetailleerde inleiding tot de nationale standaarden voor zorgvoorzieningen voor ouderen met een geestelijke stoornis. Een aanvullende nota beschrijft de nationale prioriteiten, namelijk garanderen dat in april 2004 protocollen actief zijn over alle gezondheids- en maatschappelijkwerkvoorzieningen voor de zorg van ouderen met psychische problemen (Department of Health 2002).

3.5 Forensische zorg

De forensische zorg omvat tal van voorzieningen en soorten hulp op het terrein van VWS en Justitie. In de eerste plaats houdt forensische zorg de hulp in aan gedetineerden met psychische stoornissen in penitentiaire inrichtingen: huizen van bewaring en gevangenissen.

In de tweede plaats gaat het om de zorg voor personen aan wie een tbs-maatregel is opgelegd. Zij staan ook bekend als terbeschikkinggestelden of tbs'ers. Een prominente rol in deze tak van forensische zorg vervullen de forensisch-psychiatrische instituten (FPI's).

Ten derde gaat het om hulp aan jongeren met psychische stoornissen in justitiële jeugdinrichtingen. Daarvan bestaan twee soorten: voor opvang en voor behandeling. Jongeren kunnen daar geplaatst worden op strafrechtelijke of civielrechtelijke 'titel'.

De ggz levert onder de noemer van forensische zorg ambulante, semi-murale en intramurale hulp. Dit gebeurt niet alleen in de vier FPI's die van de ggz deel uitmaken, maar ook in reguliere instellingen.

De verwijzer of opdrachtgever varieert:

- De ggz doet werk in opdracht of op verzoek van Justitie en justitiële instellingen. Ook de politie doet geregeld een beroep op de ggz, bijvoorbeeld voor mensen in cellen op politiebureaus die in een crisis verkeren.
- De reclassering kan bemiddelen om passende nazorg te vinden in de ggz als de betrokkene ontslagen is uit een penitentiaire inrichting of met proefverlof is.
- De cliënt kan ook op eigen initiatief de stap naar de ggz zetten.

In deze paragraaf geven we de capaciteit en de productie zoals die zijn gepubliceerd in de jaarverslagen van de dienst Justitiële Inrichtingen (DJI) van het ministerie van Justitie (Dienst Justitiële Inrichtingen 2001; 2002a; 2003). Het is onduidelijk hoe groot de overlap van de registratiegegevens van GGZ Nederland is met de cijfers van de DJI. Daarnaast worden de gegevens van het CTG gebruikt (CTG-jaarverslag, 2002).

Omdat volwassenen en jeugdigen binnen het strafrecht verschillend worden behandeld, besteden we bij elk onderwerp apart aandacht aan jeugdigen.

3.5.1 Zorgvraag

In deze subparagraaf brengen we eerst de doelgroep van de forensische psychiatrie in beeld, daarna staan we stil bij de prevalentie van psychische stoornissen onder gedetineerden en ten slotte concentreren we ons op de jeugdige delinquenten en de psychische stoornissen die onder hen voorkomen.

Doelgroep van de forensische psychiatrie

De forensische psychiatrie is de psychiatrische zorg voor personen die met Justitie in aanraking (dreigen te) komen als gevolg van strafbaar gedrag. Het gaat om voorzieningen binnen de ggz, zoals forensisch-psychiatrische afdelingen (fpa's), zorgvoorzieningen in het gevangeniswezen, zoals individuele begeleidingsafdelingen (iba's), forensische observatie- en begeleidingsafdelingen (foba's), bijzondere zorgafdelingen (bza's) en FPI's. In deze voorzieningen worden verschillende doelgroepen bereikt: gedetineerden die een psychische stoornis hebben, personen bij wie de rechter in het vonnis rekening heeft gehouden met de stoornis (het delict hangt samen met de stoornis) en patiënten in de ggz die zodanig storend gedrag vertonen dat forensische zorg geboden is.

Psychische stoornissen onder gedetineerden

In het brancherapport *GGZ-MZ 1998-2001* werd een onderzoek beschreven dat was uitgevoerd in het Penitentiair Complex Scheveningen (PCS). Uit dit onderzoek bleek dat 71 procent van de gedetineerden in het voorgaande jaar een psychische stoornis, verslavingsproblematiek of een combinatie van beiden vertoonden. Daarnaast bleek uit dit onderzoek dat 15 procent van de gedetineerden een bijzondere zorgbehoefte had, die niet binnen het PCS geboden kon worden (Schoemaker et al. 1997). De resultaten van het onderzoek in het PCS wijken niet af van de resultaten van ander onderzoek onder 200 gedetineerde mannen in Penitentiaire Inrichting Nieuw Vosseveld. Daarbij werden bij 80 procent van de mannen in het voorgaande jaar symptomen gevonden van een of meer psychische stoornissen (Bulten et al. 1999). Hoewel deze onderzoeken beperkt zijn gebleven tot enkele penitentiaire inrichtingen en niet gezegd kan worden in hoeverre deze inrichtingen representatief zijn, is dit toch een indicatie dat bij gedetineerden vaker dan in de algemene bevolking ernstige psychische problematiek voorkomt. Dit wordt bevestigd in een recent overzicht van buitenlands onderzoek naar in totaal 23.000 gedetineerden (Fazel et al. 2002).

Jeugdigen: psychische stoornissen onder jeugddelinquenten

Onderzoek naar de prevalentie van psychische stoornissen onder jeugdige delinquenten in Nederland is schaars. Doreleijers et al. (2000) vonden dat 75 procent van een steekproef van 108 jongeren die voor de kinderrechter in Den Haag werden voorgeleid een DSM-As-I stoornis had; hiervan werd 65 procent zo ernstig belemmerd in hun functioneren dat behandeling noodzakelijk werd geacht (Doreleijers et al. 2000). Recent heeft een uitgebreider onderzoek naar een representatieve steekproef (n = 204) van jeugdigen in detentie, geleid tot een nog hoger percentage psychische stoornissen (90 procent) (Vreugdenhil 2003). Externaliserende stoornissen als gedragsstoornis (73 procent), ADHD (8 procent), oppositioneel-opstandige gedragsstoornis (14 procent) en middelenmisbruik (55 procent) overheersten daarbij.

3.5.2 Zorgaanbod en capaciteit

In het brancherapport *GGZ-MZ 1998-2001* wordt het zorgaanbod binnen de forensische psychiatrie uitgebreid besproken. In het huidige brancherapport komen vooral nieuwe zorgvormen aan bod en daarnaast de belangrijkste veranderingen in de bestaande zorgvormen. Omdat de tbs-maatregel een belangrijke rol speelt binnen de forensische psychiatrie, lichten we deze eerst kort toe. In het vorige brancherapport staat de tbs-maatregel uitgebreider beschreven. Daarna besteden we achtereenvolgens aandacht aan:

- Ambulante forensische psychiatrie
- Preklinische interventie
- Zorgprogramma's
- Long-stay
- Forensische psychiatrie voor jeugdigen
- Effecten van de nieuwe Wet op de jeugdzorg
- Justitiële jeugdinrichtingen
- Capaciteit van de forensische psychiatrie

Tbs-maatregel

De rechter mag alleen een tbs-maatregel opleggen bij een ernstig delict waarop een maximum gevangenisstraf van meer dan vier jaar staat, en als hij zich heeft laten adviseren over de stoornis van de verdachte, het recidiverisico en de op te leggen maatregel. De forensische rapportage *pro justitia* wordt gedaan door twee gedragsdeskundigen, waarvan er ten minste één psychiater moet zijn. Omdat de strafrechter het advies van de gedragsdeskundigen in nagenoeg alle gevallen volgt, zijn de gedragsdeskundigen dus in de praktijk de poortwachters van de tbs. De FPI's die tbs-gestelden opnemen, hebben als taak de maatschappij te beveiligen tegen herhaling van het delict door de tbs-gestelde. Op de korte termijn gebeurt dit door de tbs-gestelde op te nemen in een beveiligde inrichting. Op de lange termijn is de tbs-maatregel erop gericht een structurele en duurzame gedragsverandering bij de tbs-gestelde te bewerkstelligen, waardoor een verantwoorde terugkeer naar de samenleving mogelijk wordt. Elke twee jaar of soms elk jaar, afhankelijk van de verlengingsperiode die de rechter daarvoor heeft vastgesteld, oordeelt de rechter over de verlenging van de maatregel.

Delicten

In het gevangeniswezen vormen geweldsdelicten een derde van het totaal. Bij tbs-gestelden zijn de delicten echter voor 98 procent geweldsdelicten, al dan niet met een seksuele of vermogenscomponent. Bij ruim de helft van de delicten was het slachtoffer een bekende van de tbs'er. Bijna 30 procent heeft een seksueel delict gepleegd (Van Emmerik et al. 2001).

Psychische stoornissen bij tbs-gestelden

Bij 1 op de 4 tbs-gestelden is sprake van een ernstige psychische stoornis, bijvoorbeeld schizofrenie. In algemene psychiatrische ziekenhuizen is het percentage patiënten met een psychotische stoornis twee keer zo groot als in de FPI's, wanneer patiënten vergeleken worden op hoofddiagnose. Omgekeerd is het percentage patiënten met een persoonlijkheidsstoornis in de FPI's 4,5 maal zo groot en ook aan middelenmisbruik gerelateerde stoornissen komen in de FPI's aanmerkelijk vaker voor dan in de algemene psychiatrische ziekenhuizen (20 procent versus 6 procent) (Van Emmerik et al. 2001). In een recent onderzoek in de Dr. Henri van der Hoeven-kliniek, FPI te Utrecht, werd gevonden dat 47 procent van een steekproef van 98 opgenomen patiënten voldeed aan de diagnose misbruik/verslaving aan psychoactieve middelen (Hildebrand et al. 2004). Ten slotte heeft 1 op de 3 tbs-gestelden verminderde verstandelijke vermogens (IQ < 90) (Van Emmerik et al. 2001) en 70 procent van de tbs-gestelden heeft eerdere hulpverleningscontacten gehad (Van Emmerik et al. 2001). De samenstelling van de tbs-populatie is de afgelopen tien jaar nauwelijks veranderd.

Ambulante forensische psychiatrie

De doelgroep van de ambulante forensische psychiatrie zijn personen die met Justitie in aanraking zijn geweest of kunnen komen omdat ze delicten hebben gepleegd. Een voorwaarde is dat het reguliere ambulante aanbod van voorzieningen in de ggz ontoereikend is om op de hulpvraag in te gaan. Het doel is deze mensen met therapieën en activiteiten structuur te bieden in hun dagelijks leven om zo te voorkomen dat ze nog eens een delict plegen. Daartoe worden ze ook geholpen een gunstig sociaal netwerk op te bouwen en hun sociaal-emotionele en probleemoplossingvaardigheden te vergroten.

Forensische polikliniek

In 1992 werd de eerste forensische polikliniek, De Waag te Utrecht, opgericht door een van de FPI's, de Dr. Henri van der Hoeven-stichting. Die ontwikkeling kwam onder andere voort uit de behoefte aan nazorg voor ex-terbeschikkinggestelden. Nu heeft De Waag vestigingen in Den Haag en Amsterdam, en zijn er forensische poliklinieken in Nijmegen (Kairos) en Arnhem (De Transfer), Deventer (De Tender), Maastricht, Groningen en Rotterdam (Het Dok). Deze bieden een uitgebreid scala aan poliklinische en dagklinische interventies voor diverse doelgroepen: zedendelinquenten en geweldsdelinquenten van verschillende leeftijden. Ook fpa's ontwikkelen poliklinische en dagbehandelingactiviteiten, nu ze deze interventies ook kunnen aanbieden, zoals in de fpa in Eindhoven. Interventies worden individueel en groepsgewijs aangeboden, en er wordt met systeemtherapie gewerkt.

De effecten van deze behandelvormen worden tot nu toe nog relatief weinig geëvalueerd. Het Wetenschappelijk Onderzoek- en Documentatiecentrum (WODC) financiert op dit moment een studie (onderzoeker: R. Hornsveld) naar het effect van agressiehanteringstherapie (Goldstein et al. 1998). Ook een aantal forensische poli's, en een aantal dagklinieken financiert zelf onderzoek naar risicotaxatie en -hantering (Veen et al. 2003). In 2001 verscheen een exploratief onderzoek naar forensisch-psychiatrische poli- en dagklinieken (Plemper 2001). In deze studie werd de manier onderzocht waarop de forensisch-psychiatrische poli- en dagklinieken werken, en er wordt gekeken hoe de forensisch-psychiatrische poli- en dagklinieken functioneren binnen de vorming van de regionale ggz-centra (rgc's) en wat de meest succesvolle benadering van de forensisch-psychiatrische poli- en dagklinieken is.

In de studie van Plemper uit 2001 werd geconcludeerd dat de samenwerking met andere instellingen niet in alle gevallen goed verliep, maar dat forensisch-psychiatrische poli- en dagklinieken op diverse plaatsen samenwerken met instellingen voor de zorg voor verstandelijke gehandicapten, vooral met die voor de sterk gedragsgestoorde licht verstandelijke gehandicapten (sglvg's) (Plemper 2001).

Onderzoek naar de effecten van ambulante behandelaanbod

De internationale vakliteratuur (Hollin 2001) ondersteunt de noodzaak van een ambulante behandelaanbod voor de groep delictplegers. In buitenlands onderzoek blijkt dat ambulante behandeling op de lange termijn zelfs een gunstiger effect heeft op recidivepreventie dan een klinische behandeling. In Nederland moet onderzoek naar de effectiviteit en de doelmatigheid (kosteneffectiviteit) van ambulante behandeling van delictplegers nog van de grond komen. In het najaar 2002 heeft het ministerie van Justitie de projectgroep Terugdringen Recidive ingesteld, een initiatief waarmee dit onderzoek de komende jaren op de beleidsagenda wordt geplaatst.

Daderprojecten huiselijk geweld

In een aantal regio's zijn de afgelopen jaren daderprojecten huiselijk geweld gestart. Daarbij wordt partner- en kindermishandeling actief en integraal bestreden in een samenwerkingsverband van Justitie (inclusief politie, Openbaar Ministerie, reclassering), slachtofferhulp/vrouwenopvang en forensische poliklinieken (Warnaar et al. 2003). De deelnemende organisaties zijn enthousiast, maar het moet nog worden aangetoond of huiselijk geweld door deze projecten objectief vermindert (Vink 2002).

Preklinische interventie

Onder passanten verstaan we mensen die in penitentiaire inrichtingen wachten op plaatsing in een FPI voor tbs met dwangverpleging. Tbs-passanten kunnen zich voorbereiden op de aanstaande tbs-behandeling door preklinische interventie. Deze interventie gebeurt drie maanden voor de opname in het FPI. Deze preklinische interventie is een pilot en loopt tot 2006. Eind 2002 waren er vijf FPI's die in een penitentiaire inrichting preklinische interventie hebben aangeboden. Een wetenschappelijke evaluatie moet aantonen of deze nieuwe interventie bijdraagt aan een kortere behandelduur in de FPI's (dienst Justitiële Inrichtingen 2003).

Zorgprogramma's

Binnen de reguliere ggz wordt al geruime tijd aandacht besteed aan aspecten als continuïteit en kwaliteit van zorg. Dit gebeurt met instrumenten als zorgprogramma's en richtlijnen (zie ook paragraaf 3.2). Het Trimbos-instituut heeft van de ministers van Justitie en VWS de opdracht gekregen om basiszorgprogramma's uit te werken voor drie belangrijke doelgroepen in de forensische psychiatrie. Per 2004 zijn zorgprogramma's beschikbaar voor forensisch-psychiatrische patiënten met een persoonlijkheidsstoornis en agressieproblematiek, voor daders van zedendelicten en voor patiënten met een psychotische kwetsbaarheid (Verburg et al. 2004a; 2004b; 2004c). Deze basisprogramma's hebben per zorgregio nog nadere uitwerking nodig, voordat ze geïmplementeerd kunnen worden. Om deze zorgprogrammering te laten slagen, is samenwerking tussen de forensische ketenpartners, zoals pi's, FPI's, fpa's, reclassering en forensische poliklinieken een belangrijke randvoorwaarde. Dit gebeurt bijvoorbeeld in het Forensisch Psychiatrisch Circuit Noord-Nederland.

Long-stay

Een groep van circa tweehonderd tbs-gestelden kan ondanks de intensieve behandeling in een FPI niet in de samenleving terugkeren. Om de druk op de capaciteit van de FPI's van deze groep te verminderen komen zij in aanmerking om op een long-stayafdeling geplaatst te worden. Daar krijgen ze begeleiding en er zijn mogelijkheden voor een zinvolle dagbesteding, maar ze krijgen geen intensieve behandeling. De kosten van een long-stayplaats zijn lager dan die van een reguliere tbs-plaats (Doddema 2003). Er zijn formele criteria opgesteld waaraan een tbs-gestelde moet voldoen, om in aanmerking te komen voor plaatsing op de long-stay. In de eerste plaats moet hij minstens zes jaar zijn behandeld, en moeten er twee serieuze behandel pogingen zijn gedaan in verschillende klinieken. Verder moet er ondanks deze pogingen nog steeds een groot risico bestaan dat de tbs-gestelde zodanige delicten pleegt, dat opname in een niet-justitiële setting te grote risico's met zich meebrengt (Doddema 2003). Vanwege de aanhoudende vraag is de long-staycapaciteit uitgebreid met veertig plaatsen in de Pompestichting (dienst Justitiële Inrichtingen 2003). Uit een evaluatieonderzoek naar hoe de bestaande long-stay-afdeling in Veldzicht

functioneert, is gebleken dat deze aan de doelstellingen voldoet, maar dat er nog zeker punten voor verbetering zijn. Een suggestie is bijvoorbeeld om beleid en standaarden te ontwikkelen voor de kwaliteit van leven van de long-staybewoners (De Kogel et al. 2003).

Forensische zorg voor jeugdigen

Er wordt aan gewerkt de diagnostiek en behandeling in de forensische psychiatrie voor jeugdigen doelmatiger en effectiever te maken. Daarbij zijn Forensisch Psychiatrische Diensten (FPD's) belangrijk en vervult het Jeugdforensisch Platform Amsterdam (JPA) een voorbeeldfunctie.

- Jeugdforensische diagnostiek en behandeling

Jeugdforensische diagnostiek is diagnostiek waarvan de uitkomst getoetst wordt of kan worden door een gerechtelijke instantie. Deze diagnostiek gaat gepaard met voorlichting en advisering van de rechter in het kader van begeleiding en behandeling, zowel voor het strafrecht, het civiel recht, het administratief recht als het gezondheidsrecht.

Sinds juni 2002 heeft de directeur-generaal Preventie, Jeugd en Sanctiebeleid van het ministerie van Justitie een landelijk kader Forensische Diagnostiek in de Jeugdzorg (FDJ) bekrachtigd. Dit kader is ingevoerd in 2003 in de arrondissementen Amsterdam, Den Bosch en Leeuwarden. Het is de bedoeling dat in de komende jaren andere arrondissementen volgen. Het doel is: het forensisch psychologisch en psychiatrisch onderzoek bij jeugdigen doelmatiger maken, de kwaliteit van de rapportages verbeteren en de doorlooptijden bekorten. In de zomer van 2003 is een nulmeting uitgevoerd en later zal het FDJ worden geëvalueerd (Van der Heijden 2003).

- Forensisch Psychiatrische Diensten (FPD's)

De Forensisch Psychiatrische Diensten (FPD's) krijgen in deze nieuwe ontwikkeling een belangrijke taak, omdat alle rapportages van het FDJ via deze dienst moeten lopen. De FPD's adviseren bovendien aan de aanvrager over de vraag of het onderzoek strikt noodzakelijk is, welk type onderzoek wenselijk is (psychiatrisch, psychologisch en hoe diepgaand) en of de onderzoeksvragen wel scherp genoeg zijn geformuleerd. Als het onderzoeksrapport klaar is, toetst de FPD of de vraag voldoende is beantwoord en of de conclusie tot werkbare oplossingen leidt (Dullens 2003).

- Jeugdforensisch Platform Amsterdam

Het Jeugdforensisch Platform Amsterdam (JPA) werd opgericht in 1999 en komt voort uit een jarenlange samenwerking en netwerkvorming tussen instellingen in de jeugdforensische zorg in de regio Amsterdam. JPA-partners zijn alle 24 zorginstellingen in Amsterdam uit de jeugdhulpverlening, jeugdbescherming en jeugd-ggz.

Het JPA heeft in de periode 2002-2003 onder haar partners de inhoud en de organisatie geïnventariseerd van de jeugdforensische diagnostiek en de jeugdforensische zorg. Uit deze inventarisatie komt naar voren dat in de relatief korte tijd dat het JPA bestaat een goede samenwerking is ontstaan tussen de betrokken instellingen, maar dat er ook nog een aantal knelpunten zijn op de volgende gebieden: standaardisatie en protocollering, diagnostiek, risicotaxatie, informatievoorziening in de zorg en over de doelgroep, wacht- en doorlooptijden, communicatie tussen verschillende instanties en verloop van personeel en personeelstekorten. Op basis van deze inventarisatie zijn de doelstellingen van het JPA concreter gemaakt (Jeugdforensisch Platform Amsterdam, 2003).

Effecten van de nieuwe Wet op de jeugdzorg

De nieuwe Wet op de jeugdzorg heeft gevolgen voor de justitiële jeugdinrichtingen en voor de jeugdreclassering.

- Effecten op de justitiële jeugdinrichtingen

Voor de jji's biedt de nieuwe Wet op de jeugdzorg de mogelijkheid om de trajectbenadering te integreren in de werkwijze. Uitgangspunten als vraaggestuurd werken, hulp op maat, samenhang in de jeugdketen en *empowerment* zijn voor de sector nog grotendeels nieuw, maar wel heel

belangrijk om de reïntegratiedoelstelling van de jji's te realiseren. Hetzelfde geldt voor de kwaliteitszorg, de beleidsinformatie en de regiovisie. Hulp op maat bijvoorbeeld wordt op dit moment vormgegeven door met een individueel verblijfs- of behandelplan te werken (Boendermaker et al. 2003).

- Effecten op de jeugdreclassering

De jeugdreclassering krijgt binnen de nieuwe Wet op de jeugdzorg een plaats binnen het Bureau Jeugdzorg (BJZ). De jeugdreclassering omvat begeleiding en toezicht in het kader van het jeugdstrafrecht. Binnen het BJZ kan een reclasseringsmedewerker taken krijgen op het gebied van trajectbegeleiding en vrijwillige begeleiding, de uitvoer van leerstraffen, begeleiden bij scholings- en trainingsprogramma's, rapporteren en adviseren aan de Raad voor de Kinderbescherming, de rechter en de officier van justitie, en nazorg bij jeugd detentie.

De jeugdreclassering is binnen het BJZ gebracht om de jeugdzorg en de jeugdstrafrecht keten beter op elkaar te laten aansluiten. Vanuit het BJZ moet de relatie worden gelegd met de beschikbare voorzieningen voor de jeugdigen en hun gezin. De jeugdreclassering krijgt binnen het BJZ vorm als een herkenbare organisatorische eenheid (ministerie van VWS 2002).

Justitiële jeugdinrichtingen (jji's)

- PIJ-maatregel: plaatsing in een inrichting voor jeugdigen

De PIJ-maatregel is een strafrechtelijke maatregel. De rechter kan deze opleggen als jeugdigen een misdrijf hebben gepleegd. Deze jeugdigen hebben in veel gevallen een ontwikkelingsstoornis die tot het misdrijf heeft geleid. Behandeling van de ontwikkelingsstoornis moet de kans op nieuwe strafbare feiten na terugkeer in de samenleving verminderen. De PIJ-maatregel duurt aanvankelijk twee jaar. Voor plegers van een geweldsdelict of een seksueel delict kan deze nog eens verlengd worden met twee jaar. De PIJ-maatregel kan vervolgens nog een keer met twee jaar worden verlengd en kan daarmee maximaal zes jaar duren.

- Onderscheid tussen behandel- en opvanginrichtingen

We kunnen de jji's kunnen verdelen in opvanginrichtingen en behandelinrichtingen. In de opvanginrichtingen zijn jeugdigen opgenomen die een detentiestraf uitzitten of wachten op overplaatsing naar een behandelinrichting. De behandelinrichtingen bieden plaats aan jeugdigen met een PIJ-maatregel of een civielrechtelijke maatregel.

- Onderzoek naar de effectiviteit van opname in een jji

Er is nog maar beperkt onderzoek gedaan naar wat de resultaten zijn van opname in een jji. Heiden-Attema en Wartna vonden dat 25 procent van de jeugdigen die een behandelinrichting hadden verlaten binnen vier jaar een nieuw geweldsdelict pleegde (Heiden-Attema et al. 2000). Uit een follow-upstudie naar 34 jeugdigen die met een civielrechtelijke maatregel waren opgenomen in het Centrum voor Orthopsychiatrie De Fjord bleek dat 40 procent van hen een jaar na vertrek maatschappelijk goed functioneert (Bruinsma et al. 2001). De jongeren uit deze steekproef hebben echter voorafgaand aan de opname minder ernstige strafbare feiten gepleegd dan die in de jji-populatie. Het is belangrijk om te voorkomen dat gewelddadige jongeren te lang in detentie zijn, omdat dit leidt tot maatschappelijke vervreemding, afhankelijkheid van institutionele zorg en mogelijk ook tot verdere verharding (Lodewijks et al. 2003). Op dit moment lopen er binnen een aantal jji's onderzoeksprojecten waarin wordt onderzocht welke factoren samenhangen met het delict risico van een jeugdige (risicotaxatie), en hoe de geboden interventies eraan kunnen bijdragen die delict risico's te reduceren.

Capaciteit in de forensische psychiatrie

- Capaciteit van FPI's

In de jaren 90 waren er grote capaciteitsproblemen in de forensische psychiatrie, vooral in de FPI's. Eind jaren 90 (1997-1999) is een meerjarig capaciteitsplan gestart. Desondanks is er nog steeds een capaciteitstekort. Volgens een prognose van het WODC neemt de behoefte aan plaatsen de komende jaren nog toe (tabel 46). Het gebruikte model is echter niet nauwkeurig, en daardoor kan de voorspelde vraag in de komende jaren hoger of lager uitvallen (Moolenaar en Huijbregts 2003). Er is een betrouwbaar model in ontwikkeling om nauwkeurigere prognoses te maken (Felsö et al. 2002). De uiteindelijke doelstelling voor de capaciteit en de realisatie daarvan zit nog wel onder de prognose van Moolenaar en Huijbregts, maar volgt dezelfde lijn (tabel 46 en 47).

Voor de periode 2002-2006 verschuift het accent van het beleid in de tbs-sector van de capaciteit uitbreiden naar de beschikbare capaciteit efficiënter benutten. Door een betere planning kan bijvoorbeeld de capaciteit die beschikbaar is voor bepaalde categorieën patiënten, flexibeler worden benut (Sectordirectie TBS 2002).

TABEL 46
Prognose capaciteitsbehoefte FPI's¹

	2000	2001	2002	2003
Prognose ²	-	-	1.420	1.470
Prognose ³	-	1.300	1.380	1.430

¹ De aantallen zijn afgerond op tientallen en geven jaargemiddelden weer. De capaciteitsmarge is 1 procent.

² Bron: Moolenaar et al. 2003.

³ Bron: Moolenaar et al. 2002.

TABEL 47
Capaciteit van de FPI's

	2000	2001	2002 ¹
FPI's			
Doelstelling ²	1.234	1.222	1.336
Realisatie	1.183	1.231	1.313
Bruikbare capaciteit ³	1.099	1.190	

¹ Inclusief Pieter Baan Centrum

² De doelstelling zoals afgesproken met het Bestuursdepartement, in het Jaarverslag DJI 2002 wordt deze doelstelling weergegeven onder het kopje: kader.

³ Het aantal plaatsen in een justitiële inrichting dat daadwerkelijk gebruikt kan worden.

Bron: Jaarverslag DJI 2002

- Capaciteit in de ambulante forensische psychiatrie

De ambulante forensische psychiatrie is sterk in ontwikkeling en het aantal behandelplaatsen is de afgelopen jaren exponentieel toegenomen. Cijfers over de capaciteit van de ambulante forensische psychiatrie zijn niet voorhanden.

- Capaciteit in justitiële jeugdinstellingen

Nederland heeft zeventien jji's. Het aantal jeugdigen dat geplaatst kan worden binnen een forensisch-psychiatrische setting voor jeugdigen (tabel 48) is vooral in de jaren voor 2000 flink toegenomen, doordat de capaciteit is uitgebreid (Rigter et al. 2002).

TABEL 48
Capaciteit van de jji's

	2000	2001	2002
Opvangplaatsen	826	890	962
Behandelplaatsen	1.330	1.340	1.343
Totaal	2.156	2.230	2.305

Bron: Jaarverslagen DJI 2000; 2001; 2002

3.5.3 Zorggebruik en productie

Gebrek aan capaciteit was in de periode 2000-2003 en daarvoor een van de belangrijkste knelpunten in de forensische psychiatrie. De capaciteit en de productie zijn het sterkst toegenomen in de periode vóór 2000, maar uit de tabellen 49 en 50 blijkt dat de productie in de forensische psychiatrie in de periode 2000-2003 ook nog is toegenomen. Die uitbreiding komt deels doordat het aantal FPI-bedden is uitgebreid. Een groter deel van de capaciteitsuitbreiding is gerealiseerd door transmuralisering en opnames in een forensisch-psychiatrische kliniek of fpa (bijvoorbeeld in het kader van een voorwaardelijke tbs).

TABEL 49
Aantal tbs-gestelden in FPI's¹

	2000	2001	2002
Aantal personen	1.206	1.282	1.346
Bezettingsgraad (in %)	99	94	95

¹ De cijfers over 2003 waren nog niet beschikbaar.

Bron: DJI-jaarverslag, 2000; 2001; 2002

TABEL 50
Productieafspraken en werkelijke productie verpleegdagen in de forensische ggz¹

	2000		2001		2002	
	Afspraken	Werkelijk	Afspraak	Werkelijk	Afspraak	Werkelijk
Resocialisatie fpa	8.818	11.711	20.314	17.437	23.515	10.266
Behandeling fpa	57.948	42.902	71.246	62.342	78.301	73.251
Resocialisatie FPK	12.057	5.853	6.570	6.642	5.962	6.546
Behandeling FPK	54.325	54.706	62.920	60.467	64.696	65.115

¹ De cijfers over 2003 waren nog niet beschikbaar.

Bron: CTG-jaarverslag 2002

TABEL 51
Productieafspraken en werkelijke productie eerste opnamen¹

	2000		2001		2002	
	Afspraken	Werkelijk	Afspraak	Werkelijk	Afspraak	Werkelijk
Fpa	80	171	165	253	437	217
FPK	185	160	210	148	217	259

¹ De cijfers over 2003 waren nog niet beschikbaar.

Bron: CTG-jaarverslag 2002

Wachlijsten

Passanten zijn mensen die in penitentiaire inrichtingen wachten op plaatsing in een FPI voor tbs met dwangverpleging. Als een passant langer dan een jaar moet wachten voordat hij in een FPI geplaatst wordt, wordt een passantenvergoeding verstrekt. In de periode 2000 tot 2003 waren er minder FPI-passanten voorzien dan er in praktijk waren (tabel 52). Dit verschil is deels toe te schrijven aan de lagere formele capaciteit van de justitiële FPI's en aan de relatief lage bezettingsgraad van de niet-justitiële inrichtingen (FPK's). Hiermee liep ook de gemiddelde wachttijd van een tbs-passant op.

TABEL 52
Passanten in penitentiaire inrichtingen

	2000	2001	2002
Aantal passanten	140	136	153
Gemiddelde wachttijd in dagen	283	247	250

Bron: DJI-jaarverslag, 2002. (De cijfers van dit jaarverslag 2002 wijken af van de cijfers op de website DJI (Feiten in cijfers). De oorzaak hiervan is een verschillende definitiehantering.)

3.5.4 Kwaliteit van zorg

De Nederlandse forensische sector kent nauwelijks een empirische onderzoekstraditie. Ontwikkelingen uit het buitenland, op het gebied van gestructureerde risicotaxatie en effectief gebleken behandelmethoden, veroveren langzaam terrein. Het Trimbos-instituut ontwikkelt bijvoorbeeld, in opdracht van de ministeries van Justitie en VWS, zorgprogramma's voor enkele specifieke doelgroepen in de forensische psychiatrie. Binnen het programma Terugdringen Recidive van het ministerie van Justitie wordt er voor het gevangeniswezen en de reclassering aan gewerkt een diagnostisch instrumentarium te ontwikkelen, dat gericht is op risicotaxatie en waaraan interventiemethoden gekoppeld kunnen worden. Verschillende FPI's werken mee aan een onderzoek naar de effectiviteit van agressiehanteringstherapie bij geweldsdelinquenten (Hornsveld et al. 2004).

In deze subparagraaf kijken we naar de kwaliteit van de forensische psychiatrie aan de hand van de drie volgende thema's:

- Toezichtbezoeken Inspectie voor de Gezondheidszorg
- Expertisecentrum Forensische Psychiatrie
- Werken aan een gestandaardiseerde risicotaxatie
- Kwaliteit van de forensisch-psychiatrische zorg voor jeugdigen

Toezichtbezoeken Inspectie voor de Gezondheidszorg

Naar aanleiding van haar bevindingen bij de algemeen-toezichtbezoeken in 1999 heeft de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) tijdens de eerste bezoekronde twee keer geconcludeerd dat een inrichting in grote moeilijkheden verkeerde en in serieuze mate niet voldeed aan de eisen van de Kwaliteitswet zorginstellingen. Bij een follow-upbezoek in 2000 aan een van deze klinieken stelde de inspectie belangrijke verbeteringen vast. Vier andere inrichtingen bleken evenmin aan de eisen van de Kwaliteitswet zorginstellingen te voldoen, maar daar was al voor het inspectiebezoek een proces van verbetering ingezet, dat samenviel met of aansloot op een recente verandering in de samenstelling van de directie. Slechts drie instellingen bleken in redelijke tot ruime mate te voldoen aan de eisen voor verantwoorde zorg volgens de Kwaliteitswet zorginstellingen (Inspectie voor de Gezondheidszorg 2001). In 2003 heeft de IGZ opnieuw een evaluatie gedaan waaruit blijkt dat de samenwerking tussen de instellingen wel op gang komt, maar dat de doorstroming vanuit de tbs naar andere zorginstellingen nog niet optimaal is (Inspectie Jeugdhulpverlening en Jeugdbescherming 2001).

Expertisecentrum Forensische Psychiatrie

In 2002 is het Expertisecentrum Forensische Psychiatrie (EFP) opgericht met als doel de kwaliteit en doelmatigheid van de forensische psychiatrie te vergroten. Dit gebeurt door wetenschappelijk te onderzoeken hoe effectief behandeling is. De hoofdtaken van het EFP zijn: onderzoek coördineren en regisseren, kennis samenvoegen en overdragen, voorlichting geven en de werkzaamheden uitvoeren die hieraan gekoppeld zijn. Een van de aandachtspunten van het EFP is de informatievoorziening. Binnen de forensische psychiatrie wordt te weinig systematisch informatie verzameld (EFP 2002). Het EFP kent vier thema's:

1. Deskundigheidsbevordering en Informatievoorziening
2. Kwaliteit van de zorg
3. Fundamenteel onderzoek
4. Risicotaxatie

Gestandaardiseerde risicotaxatie

Uit een aantal recente studies (Hildebrand et al. 2003; De Vogel et al. 2003) blijkt dat een gestandaardiseerde risicotaxatie, die wordt gemaakt met een gestructureerde klinische checklist, zeer bruikbaar en waardevol is voor de forensische klinische praktijk. In Nederland is het schatten van het risico van recidive, vooral bij daders van zedenmisdrijven, bij uitstek relevant voor de strafrechtelijke maatregel tbs. De kans op herhaling van een soortgelijk misdrijf is een van de criteria op basis waarvan een tbs-maatregel wordt opgelegd. De tbs heeft tot doel de samenleving te beschermen tegen onaanvaardbare recidiverisico's. Zedendelinquenten bij wie het gedrag voortkomt uit een seksuele deviatie lopen een verhoogd risico om nieuwe seksuele delicten te plegen (Hildebrand et al. 2003). Zedendelinquenten met bijkomende psychopathische

kenmerken volgens de *Psychopathy Checklist (PCL-R)*, een instrument om psychopathie te meten, hebben een nog hoger recidiverisico. Dit illustreert dat het recidiverisico voor sommige typen delinquenten te voorspellen is op basis van daderkenmerken. Als het risico goed wordt getaxeerd, zoals beschreven in de zojuist genoemde studies, kunnen verlof- of verlengingsadviezen beter worden gefundeerd en kan beter worden bepaald welk niveau van toezicht en beveiliging noodzakelijk is. Daarnaast biedt de risicotaxatie aanknopingspunten voor behandeling die erop gericht is risicofactoren te verminderen.

In 2002 rapporteerde de dienst Justitiële Inrichtingen over een pilotstudy met de HKT-30, een risicotaxatie-instrument dat is opgebouwd uit dertig risicofactoren (Dienst Justitiële Inrichtingen 2002b). In de pilotstudy is enig bewijs gevonden voor de betrouwbaarheid van de HKT-30, maar de voorspellende waarde ervan is nog niet onderzocht. Enkele Forensisch Psychiatrische Diensten zijn bezig met een vergelijkend dossieronderzoek waarbij ze onder andere de HKT-30 onderzoeken.

Kwaliteit van de forensisch-psychiatrische zorg voor jeugdigen

Het komt de kwaliteit van de forensisch-psychiatrische zorg voor jeugdigen ten goede als die zorg wordt gebaseerd op cognitieve gedragstherapie. Daarbij is multisysteembehandeling, een methode die gericht is op gedragsveranderingen in de verschillende systemen, bewezen effectief.

Evidence-based practice

Onderzoek naar werkzame benaderingen bij jongeren met ernstig antisociaal gedrag laat zien dat cognitief gedragstherapeutische interventies goede resultaten geven. Jongeren leren in cognitief gedragstherapeutische interventies praktische, sociale en probleemoplossende vaardigheden aan. Ze leren ook om irrationele vervormingen in hun denken te veranderen en hun morele ontwikkeling wordt gestimuleerd. Het is belangrijk deze aanpak te combineren met praktijkgericht onderwijs, medicatie, interventies in het gezin en nazorg. Interventies waarin planmatig gewerkt wordt en waarin een helder theoretisch concept en een gefaseerde aanpak gehanteerd worden, blijken beter te werken dan interventies waarbij dit niet het geval is. Erg belangrijk daarbij is de programma-integriteit: de vraag of het programma zo uitgevoerd wordt als de bedoeling is. Dit vergt een investering in training en scholing van personeel (Boendermaker et al. 2003).

Multisysteemtherapie

Multisysteemtherapie (MST) is een voorbeeld van een *evidence-based* interventie waarbij gebruikgemaakt wordt van theorievorming rond risico- en beschermende factoren die van invloed zijn op hoe ernstige gedragsproblemen ontstaan en in stand blijven. Uit onderzoek blijkt dat MST een effectieve interventie is, omdat de gedragsproblematiek vermindert en er minder delicten door gepleegd worden (Berger et al. 2003). MST is bedoeld voor jeugdigen bij wie het grootste probleem is dat ze zich zowel antisociaal gedragen als ernstige delicten plegen.

MST is gericht op concrete gedragsveranderingen binnen de verschillende systemen (de jeugdigen zelf, de ouders, de school, enz.) die de omgeving van de jeugdigen bepalen. Het doel van MST is:

- Criminaliteit terugdringen
- Antisociaal gedrag (bijvoorbeeld druggebruik) terugdringen
- Hiermee kosten besparen, doordat er minder gebruikgemaakt hoeft te worden van maatregelen als uithuisplaatsing, opname of behandeling

Kansen in de keten

In het rapport *Kansen in de keten: een gemeenschappelijk referentiekader voor de justitiële jeugdinrichtingen* (Boendermaker et al. 2003) wordt een gezamenlijke visie vanuit de jji's gepresenteerd met als kernelementen:

- De invloed van risicofactoren verminderen op de ontwikkeling van de jongeren die aan de jji's zijn toevertrouwd en de invloed van beschermende factoren vergroten.

- Werken vanuit een pedagogische visie die rekening houdt met de ontwikkelingstaken waar jongeren voor staan en de opvoedingsopgaven die dit voor de jji's met zich meebrengt. Hierbij is er expliciet oog voor het specifieke karakter van de opvoedingsopgaven in een 'gesloten' inrichting en wordt er rekening gehouden met het multiculturele karakter van de inrichtingspopulatie.
- Samenwerken met de ketenpartners en aansluiten op de landelijke vernieuwingstrajecten in de jeugdzorg.

Deze gezamenlijke visie wordt vormgegeven in het kader van het eerste meerjarenbeleidsplan voor de sector justitiële jeugdinrichtingen (Sectordirectie TBS, 2002).

3.5.5 Financiering

TABEL 53
Tbs: begroting en realisatie 2002 (in € 1000)

	Begroot	Realisatie
Budget tbs (inclusief overhead)	173.827	p186.227
Kostprijzen per dag per plaats (in €)		
Rijksinrichtingen	460,6	519,9
Particuliere Inrichtingen	386,1	408

Bron: Jaarverslag DJI 2002

Het kabinet heeft voor de periode 2001-2003 extra geld uitgetrokken om de ggz-capaciteit in de forensische psychiatrie uit te breiden (tabel 54).

TABEL 54
Extra financiering voor de uitbreiding van de productie forensische psychiatrie (ggz) 2001-2003 (in € mln)

	2000	2001	2002	2003
Totaal bedrag forensische psychiatrie	-	3,9	1,5	
Volwassenen forensische psychiatrie	-	3,3	1,0	
Jeugd forensische psychiatrie	-	0,6	0,5	
Niet omgezet in productie ¹	-	0,3	0,2	

¹ Wat niet is omgezet in productie wordt in het jaar daarna ingezet om de productie te vergroten.

Bron: CTG-jaarverslag 2001

3.5.6 Internationaal

Uit een onderzoek van de commissie Beleidsvisie Tbs blijkt dat de Nederlandse forensische psychiatrie in nogal wat opzichten verschilt van die in andere landen (commissie Beleidsvisie Tbs 2001). Ten eerste zijn er in Nederland meer verminderd toerekeningsvatbaar verklaarde daders, omdat hier ook een persoonlijkheidsstoornis, en niet alleen een psychotische stoornis, aanleiding kan zijn om iemand verminderd toerekeningsvatbaar te verklaren. Ten tweede duurt de intramurale forensisch-psychiatrische behandeling meestal korter en ten derde zijn er in Nederland meer forensisch-psychiatrische patiënten met een persoonlijkheidsstoornis.

Nederland heeft in tegenstelling tot andere landen een tweesporenbeleid, wat betekent dat binnen het strafrecht twee modaliteiten voor een delict bestaan: de gevangenisstraf en de tbs-maatregel. Het succes van de behandeling heeft geen invloed op de duur van de gevangenisstraf, zoals in Duitsland en Engeland. In veel landen kan niet voor gevangenisstraf én dwangverpleging gekozen worden. In Nederland besluit de rechter of de tbs-maatregel beëindigd mag worden en zijn de rechter en het ministerie van Justitie betrokken bij het toezicht op de behandeling, terwijl in andere landen de ggz hieraan een veel grotere bijdrage levert. Omdat de systemen per land zo verschillen, is het moeilijk om de effectiviteit te vergelijken.

3.6 Verslavingszorg

Tot de verslavingszorg horen allereerst de instellingen of eenheden van instellingen die, tegenwoordig als onderdeel van de ggz, hulp bieden aan mensen die problemen ervaren met het gebruik van 'middelen': alcohol, drugs, geneesmiddelen, gokken. Die instellingen waren lange tijd gespecialiseerd in ambulante of intramurale zorg. Daaraan is in de afgelopen decennia grotendeels een eind gekomen doordat die instanties zijn gefuseerd.

Hoewel die fusies niet hebben geleid tot uniformiteit, is het overheersende beeld op dit moment dat van grote instellingen die zowel ambulante, semi-murale als intramurale verslavingszorg bieden. In een enkel geval verleent een instelling ook geestelijke gezondheidszorg in strikte zin (hulp aan mensen met psychische stoornissen anders dan misbruik of afhankelijkheid van middelen). De verslavingszorg is echter ruimer dan alleen de bewuste instellingen. Ook andere instanties verlenen hulp aan mensen die problemen hebben met het gebruik van middelen. Daarbij kunnen we denken aan het gevangeniswezen, de reclassering, de algemene gezondheidszorg en de maatschappelijke opvang.

In deze paragraaf bespreken we naast de cijfers over vraag en aanbod aan de hand van een aantal verbeterprojecten, de belangrijkste vernieuwingen binnen de verslavingszorg.

3.6.1 Zorgvraag

Voor een uitgebreide definitie van verslaving en een bespreking van de middelen verwijzen we naar het brancherapport *GGZ-MZ 1998-2001* (Rigter et al. 2002).

In het vorige brancherapport werd aan de hand van verschillende bronnen, zoals het Nationaal Prevalentie Onderzoek, het Peilstationonderzoek Scholieren en NEMESIS, een beeld geschetst van het vóórkomen van middelengebruik in de algemene bevolking. Deze cijfers waren afkomstig uit het *Jaarbericht 2002* van de Nationale Drug Monitor (Van Laar et al. 2002). Sindsdien zijn er geen nieuwe gegevens verschenen over het middelengebruik in de algemene bevolking. Bovendien zijn deze gegevens maar gedeeltelijk relevant voor de zorgvraag, want het gebruik van alcohol, drugs en andere middelen leidt niet altijd tot problemen, zoals verslaving.

Actuele schattingen van het aantal probleemgebruikers – een betere indicator voor de potentiële zorgvraag - zijn niet beschikbaar. Volgens de laatste cijfers telde Nederland in 1999 tussen 26 en 30 duizend probleemgebruikers van (ook) opiaten. Er zijn geen betrouwbare schattingen van de omvang van het problematische gebruik van cannabis, cocaïne, ecstasy en amfetamine. In 1996 bedroeg het aantal volwassenen met de diagnose alcoholmisbruik- of afhankelijkheid ongeveer 820 duizend (Van Laar et al. 2002).

Bereik van de zorg

Lang niet alle personen die problemen hebben met het gebruik van alcohol of drugs, komen in contact met de hulpverlening. Vooral in het geval van problematische drinkers is het bereik van de verslavingszorg erg laag. Naar schatting één op de tien mensen met problematisch alcoholgebruik komt terecht bij de hulpverlening, waaronder de ambulante verslavingzorg. Het bereik van de verslavingszorg voor problematische opiaatgebruikers is veel hoger. Tussen de 65 en 75 procent van deze groep komt in de loop van een jaar in contact met de hulpverlening (Van Laar et al. 2003).

3.6.2 Zorgaanbod en capaciteit

Het zorgaanbod voor druggebruikers kwam uitgebreid aan de orde in het vorige brancherapport en sinds die tijd is er weinig veranderd. In deze paragraaf geven we daarom geen uitgebreid overzicht van het reguliere zorgaanbod, maar we vatten de belangrijkste typen zorg samen. We besteden wel aandacht aan projecten die in de periode 2000 tot 2003 van start zijn gegaan en aan projecten die in deze periode zijn geëvalueerd. De cijfers over de capaciteit zijn afkomstig van het College Tarieven Gezondheidszorg (CTG) (CTG 2003) en de Stichting Informatievoorziening Zorg (IVZ) (Ouweland et al. 2003).

Algemene gezondheidszorg

Huisartsen zijn in veel gevallen de eerste hulpverlener bij wie mensen met psychische klachten aankloppen. Dit geldt doorgaans ook voor mensen die problemen hebben met het gebruik van alcohol (Verdurmen et al. 2003), maar niet voor problematische druggebruikers. Vaak worden problemen met middelengebruik niet herkend (Van Gageldonk et al. 1997). In de behandeling van druggebruikers speelt de huisarts een marginale rol. Een groep huisartsen in Amsterdam vormt daarop een uitzondering. Zij hebben een rol in de behandeling van methadoncliënten, dat zijn de doorgaans goed geïntegreerde, niet-problematische opiaatgebruikers (Van Brussel et al. 2002). In 2003 ging het om circa 200 huisartsen met 930 methadoncliënten.

Naast huisartsen zijn ook ziekenhuizen en GGD'en betrokken bij de zorg voor verslaafden. In Amsterdam en Rotterdam werkt de GGD mee aan de verstrekking van methadon. Bij de GG&GD Amsterdam is daarnaast nog laagdrempelige gezondheidszorg beschikbaar in de vorm van poliklinieken voor specifieke groepen gebruikers en een polikliniek voor medische heroïnebehandeling (Van Brussel et al. 2002).

Ggz-instellingen voor verslavingszorg

De verslavingszorg was lange tijd georganiseerd naar type zorginstelling, bijvoorbeeld alleen ambulante of alleen intramurale zorg. Door fusies beschikken we tegenwoordig over instellingen die zowel ambulante, semi-murale als intramurale verslavingszorg bieden. Tabel 55 geeft de toelatingen voor het aantal bedden en deeltijdbehandelplaatsen voor verslavingszorg, zoals weergegeven in de jaarverslagen van het CTG (CTG 2003). In 2002 worden voor het eerst ook de plaatsen van psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen (PAAZ'en) meegerekend. Het aantal toelatingen blijft gelijk en neemt ondanks de toevoeging van de plaatsen binnen de PAAZ niet toe.

TABEL 55
Toelatingen voor ggz-instellingen voor verslavingszorg¹

	2000	2001	2002
Toegelaten bedden	1.593	1.504	1.565
Toegelaten gesubstitueerde bedden		99	76
Toegelaten deeltijdplaatsen	228	236	236

¹ Over 2003 zijn nog geen cijfers beschikbaar.

Bron: CTG

Verslavingszorg en psychiatrie gaan samen

Een belangrijke ontwikkeling in de periode 2000 tot 2003 was de integratie van de ggz en de verslavingszorg in een aantal regio's. Parnassia in Den Haag was in 1999 al ontstaan uit een fusie. In Rotterdam werd besloten tot een fusie tussen Bouman Verslavingszorg en het Delta Psychiatrisch Ziekenhuis. Ook op andere plaatsen in het land zijn deze fusies actueel. Een belangrijk argument voor de fusie tussen de verslavingszorg en de ggz is het besef dat verslaving een chronische ziekte is, die soms tot onomkeerbare veranderingen in de hersenen leidt en waarbij co-morbiditeit meestal een belangrijke rol speelt (Nolten 2003). Wetenschappelijk onderzoek toont een hoge co-morbiditeit aan tussen middelengebruik en psychische problematiek, zoals persoonlijkheidsstoornissen, angststoornissen en depressie (Brook et al. 2002; Farrell et al. 2001; Sareen et al. 2001).

Justitiële verslavingszorg en verslavingsreclassering

In de justitiële verslavingszorg en de verslavingsreclassering zijn in de periode 2000 tot 2003 enkele vernieuwende projecten gestart of geëvalueerd, zoals de Vroeghulp Interventie Aanpak (VIA), de Forensische Verslavingskliniek (FVK) en de Strafrechtelijke Opvang Verslaafden (SOV). De effecten van de VIA vielen tegen, zowel wat betreft de instroom als wat betreft de effecten op verslavingsgedrag en verslavingsgerelateerde problemen (Koeter 2002). De effecten van de FVK en SOV worden nu geëvalueerd. De resultaten komen beschikbaar in 2004 en 2006. Voor meer informatie en kerncijfers over de justitiële verslavingszorg en verslavingsreclassering verwijzen wij naar het Jaarbericht 2003 van de NDM (Van Laar et al. 2003) en naar het vorige brancherapport.

Alcohol actieplan

In het kader van de Alcoholnota uit 2000 streeft het ministerie van VWS ernaar het percentage probleemdrinkers te verlagen van 9 procent (1,1 miljoen) in 2001 naar 8 procent (990.000) in 2004, een daling van 120.000 (Ministerie van VWS 2000). Een landelijke peiling in 2004 moet uitwijzen of dit streven is gehaald. Daarnaast heeft het ministerie van VWS vanaf 2002 € 7,7 miljoen per jaar beschikbaar gesteld om mensen met problematisch alcoholgebruik intensievere zorg te bieden. De instellingen voor verslavingszorg hebben toegezegd met dit budget in 2002 een toename van 1850 cliënten te realiseren. In 2002 is dit streven voor 76 procent gerealiseerd: er zijn in dat jaar ruim 1400 cliënten meer bereikt dan in 2001 (GGZ Nederland 2003). Daarnaast zal de verslavingszorg de zorg toegankelijker maken voor nieuwe doelgroepen. Op allerlei gebieden worden maatregelen genomen. Zo worden interactieve vormen van voorlichting gestimuleerd, bijvoorbeeld door een computer-zelftest te ontwikkelen, en door zomercampagnes te organiseren, waarbij voorlichting wordt gegeven vóór jongeren dóór jongeren. De 18 instellingen die in 2002 extra geld hebben ontvangen, hebben in totaal 81 extra projecten gestart (GGZ Nederland 2003).

3.6.3 Zorggebruik en productie

Gegevens over het aantal opnames in verslavingsklinieken en algemene psychiatrische ziekenhuizen werden tot 1 januari 2000 geregistreerd in het Patiëntenregister Intramurale Geestelijke Gezondheidszorg (PIGGz). Deze registratiegegevens zijn echter onbetrouwbaar geworden, omdat in het aantal instellingen dat registratiegegevens leverde in de periode 1996-1999 met ruim 70 procent terugliep. Sinds januari 2003 leveren de instellingen voor intramurale verslavingszorg hun gegevens aan bij het nieuwe Zorginformatiesysteem van de ggz-sector (Zorgis). Het is de bedoeling dat dit systeem in de toekomst gegevens over de hele verslavingszorg, inclusief de ambulante zorg bevat. Door de overgang naar Zorgis en de lage betrouwbaarheid van het PIGGz zijn over de hele periode 2000 tot 2003 geen betrouwbare gegevens te krijgen over het zorggebruik en de productie in de intramurale verslavingszorg. Over de ambulante zorg zijn gegevens beschikbaar van het Landelijk Alcohol en Drugs Informatiesysteem (LADIS). Het LADIS publiceert in principe elk jaar kerncijfers over het gebruik van de ambulante verslavingszorg en tot op zekere hoogte ook van de justitiële verslavingszorg en de verslavingsreclassering. De cijfers van het LADIS komen van de instellingen voor verslavingszorg, GG&GD Amsterdam (sinds 2001) en via het cliëntvolgsysteem (cvs) van Stichting Reclassering Nederland.

Zorggebruik

Het aantal personen dat zich aanmeldde bij de ambulante verslavingszorg steeg van 2000 naar 2002 met 4,4 procent (tabel 56). Bijna 1 op de 5 cliënten komt voor het eerst in aanraking met de verslavingszorg via Justitie (tabel 57). Door maatregelen als VIA en de SOV komen verslaafden voor kleinere vergrijpen toch in aanraking met de verslavingszorg. Dit heeft als doel het patroon van de 'draaideurcrimineel' te doorbreken. In de afgelopen jaren is het aantal heroïnecliënten gestabiliseerd, met uitzondering van een toename van 2000 naar 2001 (tabel 58). Deze stijging valt geheel te verklaren uit de eerste aanlevering van data van de GG&GD Amsterdam aan het LADIS in 2001. Het aantal cliënten die problemen hebben door cocaïne (inclusief crack) blijft het sterkst groeien.

TABEL 56
Ingeschreven personen naar geslacht in de ambulante verslavingszorg (per peiljaar)¹

	2000	2001	2002
Man	41.774	41.860	43.552
(in %)	78	78	78
Vrouw	11.654	11.876	12.231
(in %)	22	22	22
Totaal	53.428	53.736	55.783
(in %)	100	100	100

¹ Over 2003 zijn nog geen cijfers beschikbaar.

Bron: LADIS, IVZ

TABEL 57
Verwijzers van bij de ambulante verslavingszorg nieuw ingeschreven cliënten¹

	2000	2001	2002
Justitie	3.014	3.679	3.769
(in %)	16	19	19
Gezondheidszorg	2.381	2.475	2.510
(in %)	13	13	13
Ggz	1.026	973	997
(in %)	6	5	5
Overig	11.385	11.681	11.399
(in %)	61	61	57
Niet	844	478	1.264
(in %)	5	2	6
Totaal	18.650	19.286	19.939
(in %)	101	100	100

¹ Over 2003 zijn nog geen cijfers beschikbaar.

Bron: LADIS, IVZ

TABEL 58
Ingeschreven cliënten in de ambulante verslavingszorg naar primaire problematiek

	2000	2001	2002
Alcohol	22.365	22.353	23.849
(in %)	42	42	43
Opiaten			
Heroïne	14.387	15.400	14.627
(in %)	27	29	26
Morfine	39	30	37
(in %)	0	0	0
Methadon	900	971	1.084
(in %)	2	2	2
Overige opiaten	218	279	295
(in %)	0	1	1
Cocaïne/crack	6.103	6.463	7.774
(in %)	11	12	14
Cannabis	3.443	3.432	3.701
(in %)	6	6	7
Amfetaminen	623	482	543
(in %)	1	1	1
Ecstasy	241	225	250
(in %)	0	0	0
Gokken	3.526	2.989	2.635
(in %)	7	6	5
Overige	1.583	1.112	988
(in %)	3	2	2
Totaal	53.428	53.736	55.783
(in %)	99	101	101

Bron: LADIS, IVZ

TABEL 59
Aantal ingeschreven personen ten opzichte van het voorgaande jaar naar primaire problematiek (in %)

	2000	2001	2002
Alcohol	0,8	-0,1	6,7
Heroïne	-0,9	7,0	-5,0
Cocaïne/crack	7,3	5,9	20,3
Cannabis	4,9	-0,3	7,8
Amfetaminen	-23,1	-22,6	12,7
Ecstasy	-4,4	-6,6	11,1
Gokken	-11,3	-15,2	-11,8

Bron: LADIS, IVZ

Productie

We kijken hierna naar de productie in de ambulante en in de klinische verslavingszorg en we bespreken hoe de cliëntenpopulatie is samengesteld.

Ambulante verslavingszorg

De in- en uitstroom in de ambulante verslavingszorg staat in tabel 60. Het aantal inschrijvingen neemt licht toe en het aantal uitschrijvingen neemt af. Het aantal ingeschrevenen op 31 december is in alle jaren hoger dan het aantal ingeschreven cliënten op 1 januari. Dit is het gevolg van onduidelijkheden in de in- en uitschrijfadministratie. Tabel 61 geeft het aantal contacten met cliënten in de ambulante verslavingszorg. Het valt op dat de aantallen contacten in 2001 en 2002 afnemen ten opzichte van 2000. Dit komt deels door wijzigingen in de registratiepraktijk, waardoor niet alle contacten meer worden geregistreerd.

TABEL 60
In- en uitstroom van cliënten in de ambulante verslavingszorg¹

	2000	2001	2002
Aanwezig op 1 januari	34.778	34.450	35.844
Ingeschreven gedurende het jaar	18.650	19.286	19.939
Totaal aantal inschrijvingen	53.428	53.736	55.783
Uitschrijvingen	20.135	16.758	16.487
Over op 31 december	33.293	36.978	39.296

¹ Over 2003 zijn nog geen cijfers beschikbaar.

Bron: LADIS, IVZ

TABEL 61
Aantal contacten met cliënten in de ambulante verslavingszorg¹

	2000	2001	2002
Alcohol	207.991	168.574	177.823
Drugs	318.339	224.027	245.513
Gokken	21.180	14.304	13.095
Overig	15.342	6.855	6.027
Totaal	562.672	413.760	442.458

¹ Over 2003 zijn nog geen cijfers beschikbaar.

Bron: LADIS, IVZ

Klinische verslavingszorg

De gegevens over de productie in de algemene psychiatrische ziekenhuizen en verslavingsklinieken zijn afkomstig van het College Tarieven Gezondheidszorg (CTG 2003). De tabellen 62 en 63 zetten de productieafspraken van de instellingen met het college af tegen de werkelijke productie. In 2000 en 2001 blijft het totale aantal afgesproken en gerealiseerde verpleeg- en verzorgingsdagen ongeveer gelijk. In 2002 neemt de werkelijke productie toe, ongeveer een kwart meer dan in voorgaande jaren en 15 procent meer dan afgesproken voor 2002. Deze toename is vooral toe te schrijven aan de crisisinterventies.

Het aantal gerealiseerde dagen deeltijdbehandeling was in 2002 15 procent hoger dan in de twee voorgaande jaren. Deze groei kan worden toegeschreven aan de behandelingen met beperkte begeleiding.

Voor zowel de opnames als de deeltijdbehandelingen is de (voorlopige) afgesproken productie voor 2003 hoger dan die voor de drie voorafgaande jaren.

TABEL 62
Verpleeg- en verzorgingsdagen in de verslavingszorg (x 1000)

	2000		2001		2002		2003
	Afspraak	Werkelijk	Afspraak	Werkelijk	Afspraak	Werkelijk ¹	Afspraak ¹
Groepsgewijze behandeling met beperkte begeleiding	129,0	118,6	120,1	107,5	101,2	104,5	98,1
Groepsgewijze behandeling met volledige begeleiding	84,9	73,6	66,6	65,7	68,8	74,4	72,4
Individuele behandeling met beperkte begeleiding	50,0	51,0	65,4	65,3	79,1	60,0	65,4
Individuele behandeling met volledige begeleiding	187,2	171,9	188,5	181,9	199,8	206,2	227,2
Behandeling met continue tot zeer intensieve bescherming	71,6	63,6	65,1	63,0	76,1	58,7	71,5
Crisisinterventie	24,3	26,7	28,8	28,3	36,8	42,0	61,1
Totaal	547,0	505,4	534,4	511,7	561,7	646,3	595,8

¹ Voorlopige cijfers.

Bron: CTG

TABEL 63
Aantal dagen deeltijdbehandeling in de verslavingszorg (x 1000)

	2000		2001		2002		2003
	Afspraak	Werkelijk	Afspraak	Werkelijk	Afspraak	Werkelijk ¹	Afspraak ¹
Deeltijdbehandeling	42,5	39,4	40,1	37,2	38,8	34,4	38,9
Met beperkte begeleiding	24,8	21,0	27,5	22,3	27,0	34,7	37,3
Totaal	67,3	60,4	67,6	59,5	65,8	69,0	76,2

¹ Voorlopige cijfers.

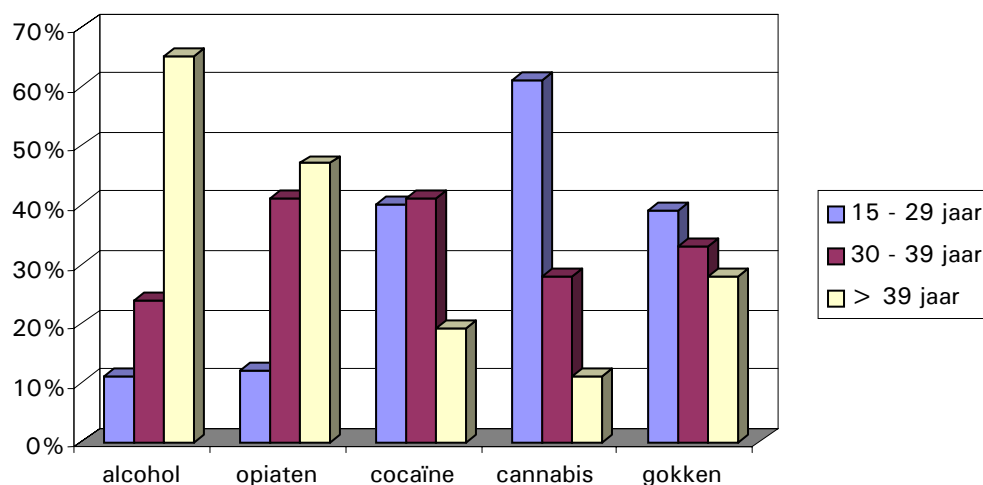
Bron: CTG

Samenstelling van de cliëntenpopulatie

De verhouding tussen mannelijke en vrouwelijke cliënten in de ambulante verslavingszorg blijft in de periode 2000 tot 2002 stabiel (78 procent man versus 22 procent vrouw). De gemiddelde leeftijd verschilt sterk per primaire problematiek. In 2002 hadden alcoholcliënten gemiddeld de hoogste leeftijd (44 jaar), gevolgd door opiaatcliënten (39 jaar), gokcliënten (34 jaar) en cannabiscliënten (28 jaar). Figuur 1 laat zien dat de jongere groepen cliënten (15-29 jaar) vooral te kampen hebben met cannabisproblematiek. Onder opiaat- en alcoholcliënten bevinden zich naar verhouding veel oudere cliënten (>40 jaar) (respectievelijk 47procent en 65 procent). Deze gegevens suggereren dat verschillende middelen typerend zijn voor bepaalde leeftijdsgroepen. Een mogelijke verklaring voor de oudere leeftijd van alcoholcliënten is ook dat alcoholproblematiek pas na langere tijd zichtbaar wordt voor de buitenwereld. Daarom wordt vaak pas in een laat stadium hulp ingeroepen (Raad voor de Volksgezondheid en Zorg et al. 1999), wat mogelijk ook samenhangt met het legale karakter van alcohol.

De leeftijd van de opiaatcliënten stijgt al jaren en dit was ook zichtbaar tussen 2000 en 2002. De gemiddelde leeftijd nam in deze periode toe van 37 naar 39 jaar.

FIGUUR 1
Leeftijdverdeling van cliënten bij de ambulante verslavingszorg naar primaire problematiek, 2002



Bron: LADIS, IVZ

Dat het cliëntenbestand in de verslavingszorg veroudert, vooral van de opiaatgebruikers, brengt een aantal specifieke zorgvragen met zich mee. Naarmate de cliënten ouder worden, neemt de kans op 'gewone' ouderdomskwalen toe, en overlijden ze vaker aan aandoeningen zoals longaandoeningen, carcinomen en hart- en vaatziekten. Het aantal druggebruikers met COPD⁴ neemt toe en het eindstadium van dit ziektebeeld is ernstig longemfyseem die een sterke invaliditeit met zich meebrengt (Van Brussel et al. 2002).

3.6.4 Kwaliteit van zorg

Om de kwaliteit binnen de verslavingszorg te bevorderen, zijn diverse vernieuwingsprojecten opgestart. In deze paragraaf bespreken wij een aantal van deze projecten om een beeld te schetsen van de belangrijkste ontwikkelingen.

Resultaten Scoren

Het programma Resultaten Scoren is een door VWS geïnitieerd kwaliteits- en zorginnovatieprogramma voor de verslavingszorg en verslavingspreventie. Een belangrijk onderdeel is dat er volgens protocollen gewerkt wordt. Daarbij wordt gestimuleerd dat de behandelmethoden en zorgvormen wetenschappelijk onderbouwd zijn. *Evidence-based practice* en *best practice* zijn hierin kernbegrippen. In de zojuist beëindigde eerste programmafase van vijf jaar is een groot aantal publicaties verschenen over kwaliteitsverbetering, kennisoverdracht en implementatie (Van Es 2003). In totaal zijn ruim dertig projecten voltooid, waaronder protocollen die worden opgesteld voor situaties als: intake en zorgtoewijzing; gedragstherapie voor verslaving; detoxificatie; zelfhulp; en dubbele diagnose. Uit een landelijke evaluatie blijkt dat onderdelen van dit programma al worden gebruikt (leefstijltrainingen). In de volgende fase worden vooral de ontwikkelde protocollen geïmplementeerd (Van Es 2003).

Verslavingszorg herijkt

Op verzoek van VWS hebben de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) en de Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling (RMO) onder de titel *Verslavingszorg Herijkt* (1999) een probleemanalyse uitgevoerd voor de verslavingszorg (RVZ et al. 1999). De problemen hadden betrekking op drie onderwerpen:

⁴ COPD = Chronic Obstructive Pulmonary Disease (chronische obstructie van de luchtwegen)

- Herkenning van verslavingsproblematiek (vooral alcoholproblematiek) in de eerste lijn
- Gebrekkige kwaliteit en effectiviteit van de verslavingszorg
- Afstemming en regie op verschillende niveaus

De RMO en de RVZ adviseerden de overheid haar beleid voor de verslavingszorg te herijken, met als kernpunten de bestuurlijke organisatie, de kwaliteit van de zorg en organisatie van de hulpverlening.

Naar aanleiding van het rapport van de RVZ en RMO is het project Verslavingszorg Herijkt gestart. De kern van dit project bestaat uit drie pilots die als doel hebben de organisatie (bestuurlijk, financieel) en de kwaliteit van verslavingszorg beter op elkaar af te stemmen. De drie projecten lopen in Amsterdam (Support) en in de regio's Limburg en Rotterdam. De pilot in Amsterdam is in 1999 gestart. Van de pilots in de andere twee regio's zijn nog geen concrete resultaten bekend. Het Amsterdamse project Support is bestemd voor mensen met chronische psychische problemen en verslaving aan drugs of alcohol. Deze groep cliënten is meestal dakloos en in aanraking gekomen met de politie omdat ze de openbare orde verstoorden. De bedoeling is deze mensen een persoonlijke mentor te geven vanuit de Jellinek, de Regenboog, ggz of GG&GD, die ervoor zorgt dat de verschillende aspecten van hulpverlening, zoals onderdak, inkomen (uitkering), dagactiviteiten en somatische als psychiatrische zorg, op elkaar afgestemd worden. Daarnaast wordt een cliëntvolgsysteem gerealiseerd. Begin 2003 hadden in totaal 679 mensen een indicatie voor het Supportproject en maakten er 505 ook werkelijk gebruik van.

Experimentele behandelingen heroïneverslaving

Heroïnegebruik is, in tegenstelling tot bijvoorbeeld cocaïnegebruik, wel medicamenteus behandelbaar, omdat er vervangende middelen zijn zoals methadon en naltrexon (Bureau NDM 1999). Bovendien ontstaat bij opiaten na gebruik een lichamelijke 'verzadiging', terwijl dit bij cocaïne niet gebeurt. Dit maakt experimentele behandeling bij cocaïnemisbruik en -afhankelijkheid problematisch. De drie experimentele behandelingen van heroïneverslaving die we hierna beschrijven, draaien om 1) snelle detoxificatie, 2) hogere doses methadon en 3) heroïneverstrekking onder medisch toezicht.

- Snelle detoxificatie van opiaten

Vijf instellingen voor verslavingszorg - Jellinek (Amsterdam), Kentron (Breda en Tilburg), Novadic (Sint-Oedenrode), Parnassia (Den Haag) en De Griff (Arnhem) - namen deel aan een studie naar hoe effectief alternatieve methoden van detoxificatie zijn bij heroïneverslaving. In deze studie werden drie methoden van detoxificatie onderzocht: 1) de traditionele afbouw met methadon; 2) de snelle detoxificatie via inductie met een opiaatantagonist (naltrexon) met algehele anesthesie; én 3) datzelfde zonder algehele anesthesie. Deelnemers aan de studie moesten voldoen aan criteria voor de DSM-IV-diagnose voor opiaatafhankelijkheid, ouder dan 18 jaar zijn en geen ernstige lichamelijke aandoeningen of psychotische symptomen hebben. Uit de eerste resultaten van de studie bleek dat de methode van snelle detoxificatie met naltrexon het meest effectief was. Naar aanleiding van deze resultaten werd aanbevolen deze methode te handhaven binnen de instellingen die deelnamen aan het experiment, met eventueel uitbreiding naar andere instellingen. De aanvulling 'met algehele narcose' bleek geen meerwaarde te hebben, maar wel veel meer te kosten. Naar aanleiding van de studie wordt aanbevolen een centrale indicatiestelling te ontwikkelen voor snelle detoxificatie met naltrexon (De Jong et al. 2002).

- Effecten van hoge doses methadon

Op negen methadonposten van de verslavingszorginstellingen - Boumanhuis (Dordrecht, Rotterdam), Brijder Verslavingszorg (Haarlem, Beverwijk), Kentron (Breda, Tilburg), Tactus (Enschede, Almelo, Hengelo) - is een project gedaan om de effecten te onderzoeken van hoge doses methadon op de algehele en psychische gezondheidstoestand en het sociaal functioneren van heroïnegebruikers. In totaal hebben 247 methadoncliënten aan het experiment deelgenomen: 121 deelnemers werden toegewezen aan de controleconditie (de in Nederland gangbare dosis) en 126 aan de experimentele conditie (de hoge dosis).

De resultaten van dit onderzoek zijn in 2003 gepubliceerd en daaruit blijkt dat het heroïnegebruik in de experimentele groep inderdaad is afgenomen. Ook de lichamelijke conditie was na 22 maanden hoge doses beter dan bij lage doses. Er is ook een positief maar gering effect van hoge doses methadon op het psychisch welzijn. De sociale situatie blijft dezelfde als voor het experiment en het verschil in dosering maakt hierbij niet veel uit (Driessen et al. 2002; 2003).

- **Heroïne op medisch voorschrift**

Sinds begin 1999 (na afronding van een succesvolle testperiode) loopt in de regio's Amsterdam, Rotterdam, Den Haag, Groningen, Heerlen en Utrecht een onderzoek naar de effecten van heroïneverstrekking op medisch voorschrift. De kernvraag hierbij luidt of heroïne op medisch voorschrift een positiever effect heeft op de lichamelijke gezondheid en het psychisch functioneren dan methadon. Daarnaast wordt bestudeerd of dit ook positieve effecten heeft op het gedrag, het sociale en maatschappelijke functioneren. In samenhang daarmee wordt ook gekeken of illegaal druggebruik en de daaraan gerelateerde overlast afneemt. Deelnemers zijn mensen met een langdurige (≥ 5 jaar) heroïneafhankelijkheid (meestal ex-deelnemers aan methadonprogramma's die in aanmerking kwamen voor hoge doseringen methadon). Vrijwel allemaal hadden ze een slechte lichamelijke conditie, psychische problematiek en gebruikten ze dagelijks heroïne. In 2002 verscheen de eindrapportage van de Centrale Commissie Behandeling Heroïneverslaafden (Van den Brink et al. 2002) die dit project ontwikkelde en uitvoerde. De commissie concludeerde dat de gecontroleerde verstrekking van heroïne een nuttige aanvulling kan zijn op het bestaande behandelaanbod. Het experiment om heroïne te verstrekken op medisch voorschrift wordt voortgezet in de bestaande regio's (ministerie van VWS 1999; Commissie Invoeringaspecten Behandeling Heroïneverslaving 2003). Uitbreiding naar andere regio's staat ter discussie (ministerie van VWS 2003).

Gebruiksruimten

Gebruiksruimten bieden aan van tevoren geselecteerde druggebruikers de mogelijkheid om in een rustige omgeving, zonder de hectiek van de straatscène, hun drugs te gebruiken. Het aantal gebruiksruimten is de laatste jaren sterk toegenomen. In 2001 waren er twintig gebruiksruimten (Linssen et al. 2002), in 2003 waren dat er 32 (Bransen et al. 2004). De voornaamste doelstelling van de meeste gebruiksruimten is de gezondheidsschade te beperken en daarnaast overlast te beperken. Deze ruimten worden gezien als een belangrijke stap in de rehabilitatie van langdurig verslaafden. Alle gebruiksruimten hanteren naast strikte huisregels ook toelatingscriteria. Uit een evaluatie van het Trimbos-instituut en het Landelijk Steunpunt Druggebruikers blijkt dat gebruikers en hun organisaties tevreden zijn over deze voorzieningen (Linssen et al. 2002). Ook lokale beleidsmakers zijn positief en gemeenten nemen nu regelmatig mede het initiatief tot nieuwe gebruiksruimten op te zetten.

Hostels in Utrecht

Eind december 2001 is het eerste hostel voor verslaafde daklozen in Utrecht geopend: Hostel De Hoek. Het is uiteindelijk de bedoeling dat de opvangvoorzieningen in Utrecht worden uitgebreid met zes van dit soort 24-uursopvangvoorzieningen. Er is ook een hostel speciaal voor vrouwen geopend, onder de naam 'Habitanten'. In de zomer van 2002 heeft de GG&GD Utrecht een eerste nulmeting verricht om de drie opgerichte 24-uursopvangvoorzieningen te evalueren. Uit de resultaten van deze nulmeting blijkt dat de hostels vooral worden bewoond door Nederlandse mannen van gemiddeld 42 jaar. De bewoners hebben vaak lichamelijke klachten, psychische problematiek en sociaal maatschappelijke problemen. Zij zijn over het algemeen tevreden over de hostels en het verblijf lijkt positieve effecten te hebben op hun algehele welzijn (Vermeulen et al. 2003).

Co-morbiditeit

Co-morbide stoornissen of *dual diagnosis* patiënten komen vaker voor dan aanvankelijk werd gedacht. Omdat bij deze groep zowel psychiatrische stoornissen als verslaving een rol spelen, vallen cliënten vaak tussen de wal (ggz) en het schip (verslavingszorg), of ze komen terecht in tijdelijke projecten die gericht zijn op andere doelgroepen (Cool 2002). Co-morbiditeit staat dan ook in

de aandacht, omdat het om een zeer kwetsbare groep gaat (Van 't Land et al. 2003). In de verslavingszorg wordt momenteel druk geëxperimenteerd met combinaties van behandelingen (achtereenvolgend, parallel of geïntegreerd) voor deze categorie patiënten. In Drenthe is al langere tijd een vorm van psychiatrische thuiszorg in ontwikkeling (Hofman et al. 1997; Van den Doel et al. 2002) en in Bilthoven en Rotterdam wordt geëxperimenteerd met vormen van geïntegreerde zorg (Noorlander 2000; Vitale et al. 2002). Voor ADHD-patiënten met verslavingsproblemen werden protocollen ontworpen (Van de Glind et al. 2003).

Informatievoorziening

Om een betrouwbaar beeld te krijgen van het middelengebruik in Nederland is het noodzakelijk periodiek gegevens te verzamelen over het gebruik onder een representatieve steekproef van de bevolking en onder specifieke risicogroepen. Op deze manier kan inzicht verkregen worden in trends in gebruik en mogelijke risicofactoren voor de gezondheid zodat het mogelijk wordt hier tijdig op in te spelen. In het kader van de wijziging van de Wet collectieve preventie volksgezondheid (WCPV) die op 1 januari 2003 is ingegaan, zijn lokale overheden verplicht informatie te verzamelen over het middelengebruik in de algemene bevolking.

Daarnaast is in de afgelopen jaren een aantal initiatieven gestart om systematisch gegevens te verzamelen over middelengebruik in heel Nederland. Een van die initiatieven is de Nationale Drug Monitor (NDM). De NDM is in 1999 opgericht op initiatief van de minister van VWS en vervult twee belangrijke functies:

- Overkoepeling van en afstemming tussen de in Nederland lopende peilingen en registraties van het gebruik van genotmiddelen (drugs, alcohol, tabak) en verslaving. De NDM streeft ernaar monitoringsactiviteiten in Nederland te verbeteren en te harmoniseren, rekening houdend met internationale richtlijnen voor gegevensverzameling.
- Synthese van gegevens en rapportage aan nationale overheden en aan internationale en nationale instanties. Tot de internationale organisaties waaraan de NDM rapporteert horen de Verenigde Naties en het European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA).

In maart 2004 verscheen het vijfde Jaarbericht van de NDM.

In opdracht van ZonMw startte de NDM in 2003 in samenwerking met het Instituut voor Onderzoek naar Leefwijzen & Verslaving (IVO) een inventarisatie naar de vele lokale en nationale monitoringsprojecten in Nederland op het terrein van alcohol en drugs.

Landelijke Centrale Middelen Registratie

De Landelijke Centrale Middelen Registratie (LCMR) is een informatiesysteem dat behandelaars ondersteunt de juiste dosering van het vervangende middel voor te schrijven aan cliënten in het kader van een opiaatverslaving. Met biometrie en *chipcards* wordt geprobeerd het systeem alleen toegankelijk te maken voor daartoe bevoegde personen. De hoofddoelstelling van het LCMR is om met een landelijk informatiesysteem zorgverleners die vervangende middelen voorschrijven, te ondersteunen om kwalitatief goede zorg te bieden. Daarnaast is het de bedoeling dat onjuist gebruik en misbruik van Opiumwetmiddelen wordt tegengegaan. Het LCMR is ook een belangrijke informatiebron over het gebruik van de zorg.

Het LCMR is in juni 2003 in gebruik genomen en op het moment dat dit rapport verscheen, kon uit dit systeem nog geen informatie worden verkregen.

3.6.5 Internationaal

Het eerder genoemde EMCDDA is een agentschap van de Europese Unie met als doel om objectieve, (wetenschappelijk) betrouwbare en vergelijkbare informatie te verzamelen over druggebruik en verslaving in de landen van de Europese Unie. Jaarlijks publiceert het EMCDDA een jaarverslag waarin de gegevens van de verschillende Europese landen, waaronder Nederland, worden gepresenteerd en vergeleken (Europees Waarnemingscentrum voor drugs en drugsverslaving 2003).

Voor Nederland is het bureau NDM bij het Trimbos-instituut als *focal point* verantwoordelijk om de gegevens te leveren over druggebruik en verslaving in Nederland. Het jaarbericht van de NDM geeft eveneens een internationale vergelijking. Voor meer informatie verwijzen we naar het *Jaarbericht NDM 2003* (Van Laar et al. 2003).

3.7 Preventie

Ggz-preventie staat voor activiteiten vanuit de gezondheidszorg om ernstige psychische problemen te voorkomen, of vroeg op te sporen om de kans te vergroten dat behandeling succes heeft. Daarnaast zijn er preventieve acties om iemand die al een psychische stoornis heeft voor erger te behoeden, bijvoorbeeld door de gevolgen ervan te verzachten of te voorkomen dat er andere stoornissen ontstaan. Ggz-preventie hoort tot de taken van ggz-instellingen. Verder zijn er GGD'en, scholen en instellingen voor jeugdhulpverlening actief op dit gebied.

Verslavingspreventie staat vooral op de agenda van instellingen voor verslavingszorg en GGD'en. Het gaat om preventieve interventies (maatregelen, acties) met het doel:

- Middelengebruik te voorkomen
- Het eerste gebruik van genotmiddelen uit te stellen
- De consumptie van die middelen te verminderen
- Problematisch gebruik en daarmee samenhangende gezondheidsschade te voorkomen

Onder 'verslavingspreventie' valt dus meer dan alleen verslaving voorkomen. Het gaat ook om de preventie van (gevolgen van) middelengebruik waarbij verslaving niet aan de orde is.

Samenwerking brancherapporten GGZ-MZ en Preventie

Deze paragraaf over preventie voor het brancherapport *GGZ-MZ* is geschreven in samenwerking met het RIVM, dat verantwoordelijk is voor het brancherapport *Preventie*. Hierdoor wijkt het stramien van deze paragraaf af van de overige paragrafen in dit hoofdstuk. In deze paragraaf komen achtereenvolgens de volgende vormen van preventie aan bod:

- Preventie van depressie en angststoornissen
- Preventie van alcoholmisbruik
- Preventie van drugsmisbruik

3.7.1 Psychische aandoeningen

In het brancherapport *GGZ-MZ 1998-2001* gaven we een overzicht uit het NEMESIS-onderzoek naar de prevalentie van psychische stoornissen in de algemene bevolking (Rigter et al. 2002). De gegevens van NEMESIS zijn weliswaar van goede kwaliteit, maar enigszins verouderd (1996). Voor een toegankelijke samenvatting van de NEMESIS-gegevens, verwijzen we naar een recent verschenen publicatie over het NEMESIS-onderzoek (Vollebergh et al. 2003). De belangrijkste conclusie uit de NEMESIS-studie is dat één op de vier volwassenen (ruim 23 procent) een psychische stoornis had in de twaalf maanden die aan het onderzoek voorafgingen. De meest voorkomende stoornissen waren depressie en angststoornissen en problemen met alcohol en drugs.

In Nederland staan psychische aandoeningen in de toptwintig van aandoeningen met de grootste ziektelast, zoals blijkt uit de recente *Volksgezondheid Toekomstverkenning* (VTV) van het RIVM (Van Oers 2002). In de nota *Beleidsvisie Geestelijke Gezondheidszorg* wordt het belang van preventie en vroegsignalering in de ggz benadrukt als middel om de groeiende zorgvraag af te remmen en de 'geestelijke gezondheidsschade' te beperken (Ministerie van VWS 1998).

Er werd lange tijd vanuit de ggz weinig aandacht besteed aan preventie (Smit et al. 2003). In de preventienota *Langer gezond leven* (ministerie van VWS 2003a) zijn psychische aandoeningen benoemd tot een van de prioritaire aandoeningen en wordt een belangrijke rol toegekend aan preventie ervan.

De interventies die in de periode 2000 tot 2003 zijn uitgevoerd waren er vooral op gericht depressies te voorkomen. Preventie van angststoornissen is een snelgroeiend thema dat echter nog vooral in de analyse- en ontwikkelingsfase zit (Bohlmeijer et al. 2001). Primaire preventie van psychose en eetstoornissen blijkt vaak niet mogelijk, vroegsignalering van psychosen lijkt veelbelovend (Bohlmeijer et al. 2001). Preventie van suïcide gebeurt nauwelijks in Nederland.

3.7.2 Depressie en angststoornissen

De verschillende interventies voor depressie en angststoornissen staan in tabel 64. Tabel 65 geeft vervolgens aan hoe groot het bereik is van de interventies die zijn ontwikkeld voor depressie en angststoornissen. Ten slotte ziet u in tabel 66 of de ontwikkelde interventies bewezen effectief zijn bij depressie en angststoornissen.

Aanbod van interventies voor depressie en angststoornissen

Tabel 64 geeft de verschillende interventies weer voor depressie en angststoornissen, die zijn ontwikkeld voor de specifieke doelgroepen. De interventies zijn gegroepeerd naar aanpak, zoals voorlichtingsactiviteit, screeningsinstrument of cursus.

TABEL 64
Preventie van depressie en angststoornissen naar methode, specifieke activiteit en doelgroep

Methodie	Interventie	Doel/doelgroep/opmerking
Depressie		
Voorlichting	Grip op je Dip	Voorlichtingscampagne voor jongeren over depressie
	Ondersteuning mantelzorgers	Depressie bij mantelzorgers voorkómen
	Kinderen van ouders met psychiatrische problemen (KOPP)	Depressie bij kinderen van depressieve ouders voorkómen
Cursussen	Omgaan met depressie: In de Put, uit de Put	Volwassenen, 55-plussers en adolescenten, met depressieve klachten.
	Stemmingmakerij	Adolescenten met depressieve klachten
	Omgaan met depressie: Lichte Dagen, Donkere Dagen	Allochtone ouderen met depressieve klachten
	Verlies en Dan Verder	Verweduwden
	Aanbod zelfhulp cursus, gebaseerd op 'In de Put uit de Put', in huisartspraktijk	Huisartspatiënten
Overig	Depressiezelftest van de Depressie Stichting (vanaf februari 2002)	Iedereen met depressieve klachten
	Depressiezelftest en forum op www.zwaarweer.nl * als onderdeel van 'Grip op je Dip' van Stichting Korrelatie (vanaf oktober 2000)	Jongeren van 18 tot 24 jaar met depressieve klachten
	'Kenniswaik' depressie-interventie via Internet (vanaf maart 2003)	Geselecteerde groep 55-plussers
Angststoornissen		
Cursussen	Geen Paniek: leren omgaan met panieklachten	Mensen van 18 tot 60 jaar met panieklachten

* De site www.zwaarweer.nl is onderdeel van een bredere voorlichtingscampagne voor jongeren over het thema depressie (Teunis 2001).

Productie en gebruik van interventies voor depressie en angststoornissen
 In tabel 65 kunt u nagaan hoe groot het bereik is van de interventies die genoemd zijn in de tabel hiervoor.

TABEL 65
Indicatie van bereik van interventies voor depressie en angststoornissen

Methode	Interventie	Bereik	Bron
Depressie			
Voorlichting	Grip op je Dip	Acht instellingen bieden deze cursus aan.	Databank LSP 2003
Settingspecifieke projecten	Zelfhulp cursus onder huisartspatiënten met telefonische begeleiding (N.B. deze cursus is gebaseerd op de groepscursus Omgaan met depressie: In de Put uit de Put)	Vijf ggz-instellingen bieden deze zelfhulp cursus aan.	Willemse et al. 2004a
	Ondersteuning mantelzorgers	24 ggz-instellingen bieden cursussen ter preventie van depressie aan mantelzorgers.	Databank LSP 2003
	Kinderen van ouders met psychiatrische problemen (KOPP)	31 instellingen bieden een doe-praatgroep voor KOPP; 38 instellingen bieden een puber-KOPP-groep; 8 instellingen bieden een gezinsinterventie volgens Beardslee (Beardslee et al. 2003); 18 instellingen bieden een moeder-baby-interventie voor depressieve moeders met zeer jonge kinderen.	Databank LSP 2003
Cursussen	Omgaan met depressie: In de Put, uit de Put	Dertig instellingen bieden deze cursus voor volwassenen; 35 instellingen bieden deze voor 55-plussers.	Databank LSP 2003
	Stemmingmakerij	6 instellingen bieden deze cursus aan.	Databank LSP 2003
	Omgaan met depressie: Lichte Dagen, Donkere Dagen	Veertien instellingen bieden deze cursus aan.	Databank LSP 2003
	Verlies en Dan Verder	Drie instellingen bieden deze cursus aan.	Databank LSP 2003
Overig	Depressie zelftest van de Depressie Stichting.	Informatie over het bereik van deze site is niet beschikbaar.	Depressie Stichting
	Depressie zelftest en forum op www.zwaarweer.nl van de stichting Korrelatie.	Informatie over het bereik van deze site is niet beschikbaar.	Stichting Korrelatie
	'Kenniswaik': depressie-interventie via internet (vanaf maart 2003)	12.500 55-plussers in Eindhoven worden gescreend op depressieve klachten.	Senten et al. 2003
Angststoornissen			
	Geen Paniek: leren omgaan met panieklachten	Elf instellingen bieden de cursus aan (proefimplementatie).	Databank LSP 2003

Financiering

De gegevens over de financiering van de preventie van angststoornissen en depressie waren helaas niet tijdig beschikbaar.

Kwaliteit en effectiviteit van interventies voor depressie en angststoornissen

In tabel 66 geven we de preventieve interventies weer waarvan een effectstudie is uitgevoerd. De kwaliteit van deze studies is voor dit brancherapport niet nader beoordeeld.

TABEL 66
Effectiviteit van interventies voor depressie en angststoornissen

Methode	Interventie	Effectiviteit	Bron
Depressie			
Voorlichting	Grip op je Dip	Vermindering van depressieve klachten	Voordouw et al. 2002
Settingspecifieke projecten	Zelfhulp cursus onder huisartspatiënten met telefonische begeleiding	Na 1 jaar significant minder depressieve klachten in de experimentele groep en significant lagere kans op ontstaan depressie. Na 2 jaar geen effecten op depressie.	Willemse et al. 2004b
Cursussen	Omgaan met depressie: In de Put, uit de Put	Depressieve klachten verminderen na het volgen van de cursus.	Cuijpers et al. 2001
Angststoornissen			
	Geen Paniek/ leren omgaan met panieklachten	Het Trimbos-instituut voert een pilotstudie uit naar de effectiviteit van deze cursus.	

3.7.3 Alcohol

Alcohol is het meest gebruikte verslavende middel in Nederland. Van de Nederlandse bevolking van 12 jaar en ouder heeft 92 procent wel eens alcohol geprobeerd (CBS). Bij een vergelijking van alcohol met andere verslavende middelen, valt op dat 79 procent van deze leeftijdsgroep ook in de laatste maand alcohol heeft gebruikt. Bij anderen middelen is het verschil veel groter tussen de groep die ooit gebruikt heeft en de groep die recent nog gebruikt heeft. Een deel van deze groep heeft problemen met alcoholgebruik, ze gebruiken bijvoorbeeld zo veel dat dit gezondheidsrisico's of een verslaving met zich meebrengt. Omdat de groep gebruikers zo groot is, zijn preventie- en voorlichtingsactiviteiten gericht op alcoholgebruik heel belangrijk. Van de leeftijdsgroep van 12 jaar en ouder is 12 procent een zware drinker, waarvan meer mannen dan vrouwen (CBS). De groep van 18 tot 24 jaar scoort hierbij het hoogst. In de laatste jaren is het aandeel van jongeren dat drinkt, toegenomen. De opkomst van mixdrankjes gericht op deze groep draagt waarschijnlijk bij aan deze toename.

In totaal voldoen ruim 800.000 mensen volgens de DSM-criteria aan de definitie van alcoholmisbruik of afhankelijkheid (Verdurmen et al. 2003). Dit houdt in dat verschillende facetten van hun leven negatief beïnvloed worden door hun drankgedrag, of dat zij hun gebruik niet kunnen matigen. Een deel van deze groep zoekt hulp bij een instelling voor verslavingszorg. Naar schatting komt één op de tien mensen met een alcoholprobleem terecht bij de hulpverlening. Ook in ziekenhuizen komen veel patiënten terecht door drankgebruik van zichzelf of anderen. Daarbij kan het gaan om acute of chronische gezondheidsproblemen door alcoholgebruik, maar ook om de gevolgen van rijden onder invloed of geweld.

De gevolgen van drankgebruik zijn heel divers en alcoholmisbruik kan zowel voor het individu als voor de maatschappij grote gevolgen hebben. Daarom is preventie en voorlichting rond alcoholgebruik zo belangrijk.

Aanbod van interventies voor preventie van alcoholmisbruik

In tabel 67 geven we de verschillende op alcohol gerichte interventies weer, die voor de specifieke doelgroepen zijn ontwikkeld. Deze zijn gesplitst naar aanpak en focus, zoals massamediale en andere voorlichtingscampagnes en interventies vanuit de branche.

TABEL 67
Weergave van interventies om alcoholmisbruik te voorkomen, naar methode, activiteit en doelgroep

Methode	Interventie	Doel/doelgroep/opmerking
Campagnes met massamediale component	Ik ben Zat... en Wie ben Jij? (1998-nu)	(Eerstejaars)studenten
	Ben jij Sterker dan Drank? Sinds 2003 is de slogan veranderd in 'De Kater komt Later'.	Jongeren van 15 tot 25 jaar.
Voorlichting	Alcoholinfolijn	Publieksvoorlichting over alcohol en voorlichting aan professionals
	Informatieve internetsites voor consument: - www.alcoholinfo.nl - www.alcoholpreventie.nl - www.dekaterkomtlaten.nl, - www.alcoholvoorlichting.nl Informatieve internetsites voor professionals/opvoeders: - www.alcoholenopvoeding.nl - www.alcoholreclame.nl Brochures: - Wat doet drank met u? - Wat drinkt u? - Alcohol, tabak, drugs en medicijnen in Nederland	- Onderdeel van de campagne 'Wat doet drank met u?' Gericht op volwassenen. - Publieksinformatie over alcohol en informatie voor professionals en beleid. - Jongeren van 15 tot 25 jaar. - Volwassenen. - Ondersteuning voor opvoeders - Beleidsinformatie en informatie voor het grote publiek - Regelmatige drinkers, vooral mannen, in de leeftijd van 35 tot 55 jaar - Allochtone volwassenen en anderstaligen - Asielzoekers en vluchtelingen
Settingspecifieke projecten	Rij Alcohol Vrij, BOB en Educatieve Maatregel Alcohol en verkeer (zie ongevalletsels en vergiftigingen)	Automobilisten
	Peer prevention zomercampagne Drankjewel (www.drankjewel.nl) Sterke Drank, Zwak Werk	Jongeren 15 tot 25 jaar Jongeren van 12 tot 18 jaar en volwassenen vanaf 18 met ouders met een drankprobleem
Cursussen	De Gezonde School en Genotmiddelen Leefstijl voor Jongeren I (STIVA) Leefstijl voor Jongeren II (STIVA) Sociale hygiëne	Scholieren van 10 tot 18 jaar Scholieren van 12 tot 14 jaar Scholieren van 14 tot 18 jaar Verplichte cursus voor horecaondernemers, slijters en leidinggevendenden in sportkantines Vrijwilligers achter de bar in sportkantines, clubhuizen en studentensociëteiten
	Instructie verantwoord alcoholgebruik	
Vroegsignalering	Protocol 'Vroegsignalering in de huisartsenpraktijk'	Patiënten in de huisartsenpraktijk
Wet- en regelgeving	- Drank- en horecawet - Wetboek van strafrecht - Warenwet - Wet op de accijns - Reclamecode voor alcoholhoudende drank - Regels voor verantwoord alcohol verstrekken in de horeca - Regel voor verantwoorde verkoop van alcoholhoudende drank	Wetgeving gericht op producent/verstrekker
	- Wetboek van strafrecht - Wegenverkeerswet - Wet luchtverkeer - Scheepvaartverkeerswet	Wetgeving gericht op consument en beroepsgroepen
Interventies vanuit alcoholbranche	Geniet, maar drink met mate	Consumenten van alcoholhoudende drank
	Soms moet je nee verkopen Drank kopen kent zijn leeftijd	Jongeren en verstrekkers van alcohol Jongeren en verstrekkers van alcohol
Overig	Internetsites met kennis- of signaleringstesten: www.jellinek.nl www.stiva.nl www.drinktest.nl	Algemene publieksvoorlichting

Gebruik en productie van interventies voor preventie van alcoholmisbruik
In tabel 68 leest u hoe groot het bereik is van de interventies die genoemd zijn in de tabel hiervoor.

TABEL 68
Indicaties voor het bereik van interventies om alcoholmisbruik te voorkomen

Methoden	Activiteit	Bereik	Bron
Campagnes met een massamediale component	Bekendheid van de campagne 'Ik ben Zat...en Wie ben Jij?' onder studenten	Informatie kon niet aangeleverd worden.	
	Bekendheid van de campagne 'Ben jij Sterker dan Drank?' onder jongeren	75% van de jongeren blijkt een of meer campagne uitingen te herkennen.	NIPO 2003; De Pauw 2001
	Bezoekers op de website www.dekaterkomlater.nl Sinds juli 2003 in gebruik.	Periode juli-november 2003: 49.533	NIGZ 2003
Voorlichting	Mensen die de Alcoholinfolijn bellen (onderdeel van project Alcohol Voorlichting en Preventie)	2001: 9.748	NIGZ 2001
	Bezoekers van www.alcoholinfo.nl	Periode juni-oktober 2003: 21.324	NIGZ 2003
	Bezoekers van www.alcoholvoorlichting.nl	2003: 142.862	NIGZ 2001
	Bezoekers van www.alcoholpreventie.nl	2003: 16.752	STAP 2004
	Bezoekers van www.alcoholreclame.nl	2003: 7.451	STAP 2004
Settingspecifieke projecten	Bezoekers van www.alcoholenopvoeding.nl	2003: 12.090	STAP 2004
	Bekendheid van 'Rij alcohol vrij'	Gegevens zijn nog niet beschikbaar.	VNW/AVV 2003*
	Bekendheid van de BOB-campagne	91% van de doelgroep kent de campagne.	RVD/Publiek en Communicatie 2002
	Peer prevention zomercampagne	Niet bekend	
	Website van voorlichtingscampagne 'Drankjewel'	Periode mei-november 2003: circa 25.000	Trimbos-instituut 2003
Aantal exemplaren van de brochures en deelnemende bedrijven:			Overzicht 1999 - 2003, NIGZ- GBW
	Werknemersbrochure: Sterke drank zwak werk	2002: 4327	
	Werkgeversbrochure; Zevenstappenplan Sterke drank zwak werk	2002: 963 (301 bedrijven)	
Cursussen	Scholen van het voortgezet onderwijs die 'De Gezonde School en Genotmiddelen' uitvoeren	50%	Lemmers et al. 2003
	Leerlingen van het voortgezet onderwijs die jaarlijks 'De Gezonde School en Genotmiddelen' ontvangen	50% van de leerlingen uit klas 1,2 en 3 van het vmbo, havo en vwo. 40% van de leerlingen in het speciaal voortgezet onderwijs	Lemmers et al. 2003
Wet- en regelgeving	Verstrekkers die de leeftijdsgrens voor zwak alcoholhoudende drank kennen, zoals vastgesteld in de Drank- en Horecawet	2001: 95%	Bieleman et al. 2002
	Verstrekkers die de leeftijdsgrens voor sterk alcoholhoudende drank kennen, zoals vastgesteld in de Drank- en Horecawet	2001: 82%	Bieleman et al. 2002
	Verstrekkers die het onderscheid kennen tussen zwak alcoholhoudende drank en sterke drank	2001: 34%	Bieleman et al. 2002
	Bestuurders die een EMA-cursus krijgen	6.000 jaarlijks	VWS 2002
Overig	Bezoekers van www.drinktest.nl	Periode jan-okt 2003: 248.949 73% maakt deel 1 (bestemd voor matige drinkers); 40% maakt deel 1 en deel 2 (bestemd voor overmatige drinkers)	NIGZ 2003

Financiering

De gegevens over de financiering van de preventie van alcoholmisbruik waren helaas niet tijdig beschikbaar.

Kwaliteit en effectiviteit van interventies voor preventie van alcoholmisbruik

De effecten van de verschillende activiteiten staan in tabel 69. Voor dit brancherapport is de kwaliteit van de effectstudies niet beoordeeld. De activiteiten zijn gesplitst naar aanpak, zoals preventie die gebruikmaakt van de verschillende media of preventie die gericht is op specifieke doelgroepen.

Aangenomen wordt dat massamediale campagnes op zichzelf riskant gedrag bij de doelgroep niet beïnvloeden. Wel is het mogelijk dat deze campagnes het effect van kleinschaliger interventies versterken (Smit et al. 2003).

Het is niet mogelijk om de invloed en effectiviteit van internetsites op drankmisbruik (of op het alcoholbeleid) vast te stellen.

TABEL 69
Effectiviteit van preventieactiviteiten gericht op drankmisbruik

Methodie	Activiteit	Effecten
Campagnes met een massamediale component	Ben jij Sterker dan Drank? (1997-2003). Vanaf 2003 is de slogan van deze campagne 'De Kater komt Later'	Uit een evaluatie van de jongerencampagne 'Ben jij sterker dan drank', blijkt dat jongeren aangeven overtuigd te zijn van de nadelen van het drinken van te veel alcohol. Het drankgebruik bij de jongeren in het NIPO-onderzoek is iets gedaald ten opzichte van 2001 (De Pauw 2001).
	Peerbenadering	Uit een evaluatie van de peerbenaderingcampagne in de zomer van 2002 blijkt dat jongeren in de steekproef die de voorlichting hebben gekregen geven aan meer over alcohol te weten dan jongeren die geen voorlichting hebben gekregen. Jongeren die voorlichting hebben gekregen gaven aan minder te hebben gedronken tijdens hun vakantie dan jongeren die geen voorlichting hebben gekregen (De Graaff 2003).
Cursussen	De Gezonde School en Genotmiddelen	Uit onderzoek is gebleken dat in een steekproef leerlingen die hadden meegedaan aan 'De Gezonde School' significant minder tabak, alcohol en marihuana gebruikten dan leerlingen die niet hadden meegedaan (ResCon 1999; Lemmers et al. 2003)
Vroegsignalering	Protocol 'Vroegsignalering in de huisartsenpraktijk'	Voorlichting over alcoholproblematiek, draagt bij aan de mate waarin huisartsen patiënten met alcoholproblematiek behandelen (Anderson 2003).

3.7.4 Drugs

Vergeleken met alcohol, worden illegale middelen niet vaak gebruikt. Terwijl 75 procent van de Nederlanders boven de 12 jaar in de laatste maand alcohol gebruikte, heeft minder dan 3 procent cannabis gebruikt. Ecstasy, cocaïne en amfetamine werden recent slechts gebruikt door minder dan 0,5 procent. Drugs worden gebruikt door een klein deel van de bevolking, op experimentele basis of langdurig. De meeste preventieprojecten die we hier beschrijven, zijn gericht op experimenteel of incidenteel gebruik van drugs.

Cannabis is de meest gebruikte drug, gevolgd door ecstasy, cocaïne en amfetamines. Andere middelen worden binnen bepaalde groepen vaker gebruikt, maar dit aantal is klein op de gehele bevolking. Het wisselt erg door de tijd heen welke middelen populair zijn bij een bepaalde groep. Dat maakt het moeilijk om hier gericht preventie activiteiten voor te ontwikkelen. Om informatie over deze 'nieuwe' drugs te verspreiden, zijn bijvoorbeeld websites over drugs (www.drugsinfo.nl) en de drugsinformatielijn belangrijk. Maar informatieve internetsites hebben natuurlijk ook een functie om feiten over effecten en risico's van bekendere middelen naar buiten te brengen.

Jongeren beginnen gemiddeld twee jaar eerder met roken en drinken dan met andere drugs. De piek in het gebruik van drugs ligt in de leeftijdsgroep van 20 tot 24 jaar. Kenmerkend is het grote verschil tussen het percentage jongeren dat een drug ooit geprobeerd heeft en het percentage dat het recent gebruikt heeft.

Bijvoorbeeld bijna 40 procent van de 20- tot 24-jarigen zegt ooit cannabis gebruikt te hebben, terwijl maar 11 procent het recent heeft gebruikt (Abraham et al. 2002).

Opvallend is dat mannen veel vaker aangeven ooit drugs gebruikt te hebben dan vrouwen, voor de meeste drugs bijna twee maal zo vaak. De verschillen tussen het gebruik in de laatste maand zijn veel kleiner.

Problemen met chronisch drugsgebruik treden vooral op met cocaïne en met heroïne. De groep heroïnegebruikers die zich bij de instellingen voor verslavingszorg aanmelden, wordt steeds ouder en neemt niet in grootte toe, terwijl de groep mensen met cocaïneverslaving de laatste jaren wel sterk toeneemt. De groepen die chronisch cocaïne en heroïne gebruiken, krijgen met heel andere gezondheidsproblemen te maken dan de groep die experimenteert met (party)drugs. Zo is de kans veel kleiner dat deze laatste groep gemarginaliseerd wordt.

Er is in Nederland goed zicht op welke 'uitgaansdrugs' voorkomen en hoe ze zijn samengesteld. In het geval van levensbedreigende toevoegingen kan er zeer efficiënt een 'Red alert campagne' gestart worden om het publiek te waarschuwen (Scholten et al. 2003).

Voor meer informatie over middelengebruik in Nederland verwijzen we u naar het jaarbericht van de Nationale Drug Monitor (NDM 2003).

Aanbod van interventies voor de preventie van drugsmisbruik

In tabel 70 geven we de verschillende op drugs gerichte interventies weer, die voor de specifieke doelgroepen zijn ontwikkeld. Deze zijn gesplitst naar aanpak en focus, zoals massamediale en andere voorlichtingscampagnes of activiteiten.

TABEL 70
Interventies voor de preventie van drugsmisbruik, naar methode, activiteit en doelgroep

Methode	Interventie	Doel/doelgroep/opmerking
Campagnes met een massamediale component	Drugs, laat je niets wijsmaken	Jongeren in de leeftijd van 12 t/m 19 en ouders/verzorgers met kinderen in de leeftijd van 12 t/m 19 jaar
Voorlichting	<ul style="list-style-type: none"> - www.drugsinfo.nl Deze website is onderdeel van de campagne 'Drugs, laat je Niets Wijsmaken'. - Drugs Infolijn 	<ul style="list-style-type: none"> - Jongeren in de leeftijd van 12 t/m 19 en ouders/verzorgers met kinderen in de leeftijd van 12 t/m 19 jaar Jongeren in de leeftijd van 12 t/m 19 en ouders/verzorgers met kinderen in de leeftijd van 12 t/m 19 jaar
Settingspecifieke projecten	<ul style="list-style-type: none"> - Testen van uitgaansdrugs (DIMS) - Gezonde School en Genotmiddelen (zie school) - Community interventies: Home Party's - Peereducatieproject voor Marokkaanse jongeren 	<ul style="list-style-type: none"> - Gebruikers van uitgaansdrugs - Scholieren van 10 tot 18 jaar - Allochtone en Nederlandse ouders - Marokkaanse jongeren van 15 tot 20 jaar
Wetten en regels	<ul style="list-style-type: none"> - Opiumwet - Wet op de geneesmiddelen - Wijzigingswet Wet Luchtverkeer (bewijzen van bevoegdheid, bestrijding drank- en drugsgebruik) - Overlast- of exploitatievergunning - Evenementenbepaling in de Algemene Plaatselijke Verordening (voorschriften die zijn verbonden aan het houden van evenementen) 	<ul style="list-style-type: none"> - Handhaving door politie, lokale overheid, Horecaondernemers, (potentiële) gebruikers - Algemeen - Luchtvaartpersoneel - Horecaondernemers - Organisatoren van evenementen
Overig	<ul style="list-style-type: none"> - Regionale activiteiten van instellingen voor verslavingszorg 	<ul style="list-style-type: none"> - Algemeen

Gebruik en productie interventies voor de preventie van drugsmisbruik
Tabel 71 geeft aan hoe groot het bereik is van de interventies die gericht zijn op drugpreventie.

TABEL 71
Bereik van de interventies voor de preventie van drugsmisbruik

Methode	Interventie	Bereik	Bron
Campagnes met een massamediale component	Drugs, Laat je Niets Wijsmaken'	Bekendheid onder 12- tot 19-jarigen: 55%; ouders: 27%; Deelname regionale instellingen: 86%	Jaarbeeld Zorg, 2002 (VWS 2003b)
Voorlichting	www.drugsinfo.nl	2001: 179.318. Bereik voor 2002 en 2003 kon niet weergegeven worden.	Jaarverslag Drugs Infolijn, 2001 (Kok et al. 2002)
	Drugs Infolijn	2002: 24.873. Bereik voor 2003 kon niet weergegeven worden.	Jaarverslag Drugs Infolijn, 2002 (Kok et al. 2003)
Settingspecifieke projecten	Testen van uitgaansdrugs (DIMS)	17 DIMS-deelnemers, verspreid over 23 steden in Nederland, bestaande uit in totaal 27 testdan wel inleverpunten. In 2002 zijn 4802 monsters ingeleverd bij DIMS-deelnemers.	Rapportage DIMS, 2002 (Scholten et al. 2003)
	Gezonde School en Genotmiddelen	Landelijk: 50% van de leerlingen uit klas 1,2 en 3 van het vmbo, havo en vwo. 40% van de leerlingen in het speciaal voortgezet onderwijs	Lemmers et al. 2003
	Home party	Het project heeft gedraaid in 2 pilotregio's met medewerking van Tactus en de stichting CAD.	Bolier et al. 2003
	Peereducatieproject Marokkaanse jongeren	Regionale instellingen voor verslavingszorg (Tiel, Rivierenland)	LSP databank 2003

Financiering

De gegevens over de financiering van de preventie van drugsmisbruik waren helaas niet tijdig beschikbaar.

Kwaliteit en effectiviteit van interventies voor de preventie van drugsmisbruik

De effecten van de verschillende activiteiten staan in tabel 72. De kwaliteit van de effectstudies zijn voor dit brancherapport niet beoordeeld. Er kunnen weinig effectstudies worden gepresenteerd in tabel 72. Hier zijn een aantal verklaringen voor te geven. Van één interventie wordt het effect nog geëvalueerd, het gaat hier om de Home Party's. Een andere reden waarom effectstudies ontbreken, is dat massamediale campagnes op zichzelf riskant gedrag bij de doelgroep niet beïnvloeden. Wel is het mogelijk dat deze campagnes het effect van kleinschaliger interventies versterken (Cuijpers et al. 2003). Dit is echter moeilijk waar te nemen.

TABEL 72
Effectiviteit van interventies voor de preventie van drugsmisbruik

Methode	Interventie	Effecten	Bron
Settingspecifieke interventie	De Gezonde School en Genotmiddelen	Uit onderzoek is gebleken dat in een steekproef leerlingen die hadden meegedaan aan 'De Gezonde School' significant minder tabak, alcohol en marihuana gebruikten dan leerlingen die niet hadden meegedaan.	ResCon 1999

3.8 Maatschappelijke zorg

De maatschappelijke zorg omvat: de maatschappelijke opvang - inclusief de vrouwenopvang -, het algemeen maatschappelijk werk (amw), en andere maatschappelijke dienstverlening. Binnen de maatschappelijke zorg neemt de openbare geestelijke gezondheidszorg (oggz) een belangrijke plaats in. Kenmerkend voor de oggz is dat het geen domein is van een aparte voorziening of sector. Verschillende instellingen bieden hulp binnen de oggz, en ze werken daarbij meestal onderling samen. Door de vele raakvlakken met de al genoemde sectoren kan dit tot begripsverwarring leiden.

In de subparagrafen 3.8.1 tot en met 3.8.4 beschrijven we eerst de oggz voor mensen in de marge in de samenleving. Wat is hun zorgvraag, wat heeft de oggz hun te bieden en hoe is het gesteld met de financiering van deze zorg? Daarna komt vanaf 3.8.5 de maatschappelijke opvang, inclusief de vrouwenopvang, aan bod. Omdat de hulpverlening voor zwerfjongeren een bijzondere plaats heeft in de maatschappelijke opvang, besteden we daar een aparte paragraaf (3.8.11) aan. Paragraaf 3.8.13 behandelt het algemeen maatschappelijk werk (amw). De maatschappelijke zorg overlapt met de geestelijke gezondheidszorg (ggz), waaronder verslavingszorg. Waar dat relevant is, verwijzen we daarom naar andere paragrafen in dit brancherapport.

De gegevens in dit brancherapport over de opvangsector komen uit het *Jaarbericht 2003* van de Monitor Maatschappelijke Opvang (MMO) (Wolf et al. 2003a). In dit jaarbericht is uitgegaan van een indeling van opvangvoorzieningen die bij de praktijk aansluit, en die in de begeleidingscommissie van de MMO ook werd vastgesteld. In de flyer van de Federatie Opvang staan gegevens over 2002. Omdat de voorzieningen in de flyer anders worden ingedeeld dan in het jaarbericht was het helaas niet mogelijk de gegevens over 2002 in dit brancherapport op te nemen. Hiervoor verwijzen wij naar deze flyer (Federatie Opvang 2002).

3.8.1 Oggz: zorgvraag

Oggz is zorg voor mensen die daar meestal niet zelf om vragen, maar die deze wel nodig hebben (De Jonge 2000). De vraag om hulp is veelal afkomstig van familie, buren, omstanders of politie. Omdat de oggz niet het domein is van concrete voorzieningen, maar eerder een aandachtsgebied, is het niet eenvoudig om de 'zorgvraag' te definiëren. Om de zorgvraag te kunnen bepalen is niet alleen inzicht nodig in de mensen die daadwerkelijk met de oggz in contact staan, maar in iedereen met problematiek die voor oggz-achtige hulp in aanmerking komt. Er kan dan een onderscheid worden gemaakt in potentiële en bereikte doelgroepen (Wolf et al. 2000):

- Potentiële doelgroepen zijn bijvoorbeeld: mensen met meervoudige psychische en sociale problemen die onder het bestaansminimum leven, personen zonder vaste woon- of verblijfplaats, mishandelde vrouwen, mensen die verkwild zijn in een huisuitzettingsprocedure, personen met grote schulden, mensen die in logementen of goedkope hotels verblijven en personen die vertrekken uit zorginstellingen, asielzoekerscentra en gevangenissen.
- Bereikte groepen zijn te lokaliseren bij opvangvoorzieningen, de ggz, de verslavingszorg en de GGD. Het gaat om zowel residentiële als ambulante opvang (paragraaf 3.8.6). De bereikte doelgroep hoeft niet per se overeen te komen met de beoogde doelgroep.

TABEL 73
Overzicht recente omvangschattingen van groepen sociaal kwetsbare mensen in Nederland

Populatie	Aantal personen	Bron
Dak- en thuislozen	25.000 - 35.000	Monitor Maatschappelijke Opvang (2000)
Sociaal kwetsbare mensen	50.000 - 65.000	Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling (2001)
Dak- en thuislozen	66.000	Leger des Heils (2002)
Problematische gebruikers harddrugs	26.000 - 30.000	Nationale Drug Monitor (2002)
Verkommerden en verloederen	110.000	Research voor Beleid (2002)
Mensen met ernstige en langdurige psychische problemen	50.000 - 90.000	Taskforce Vermaatschappelijking ggz (2002)
Zwerfjongeren	3.200 - 4.700	Algemene Rekenkamer (2003)

Tabel 73 geeft een indruk van de omvang van de groepen sociaal kwetsbare mensen. De schattingen hierover lopen sterk uiteen, ook doordat er uiteenlopende definities en schattingsmethoden worden gebruikt.⁵ Onduidelijk is in hoeverre deze groepen wel of niet bereikt worden.

In een onderzoek naar de praktijk van de oggz voor sociaal kwetsbare mensen is in overleg met *expert panels* de volgende definitie van sociaal kwetsbare mensen opgesteld (Bransen et al. 2001). Het gaat om mensen die:

- Niet of niet voldoende in staat zijn om in de eigen bestaansvoorwaarden te voorzien (dak boven het hoofd, voedsel, inkomen, sociale contacten, zelfverzorging).
- Meer problemen tegelijk hebben, maar in ieder geval ernstige en langdurige psychische en/of verslavingsproblemen.
- Vanuit de optiek van professionele hulpverleners niet de zorg krijgen die zij nodig hebben om zich in de samenleving te handhaven, en
- Geen stabiel contact hebben met de geestelijke gezondheidszorg en/of de verslavingszorg.

Op basis van een clusteranalyse van deze groep volwassen 'sociaal kwetsbaren' zijn verschillende groepen onderscheiden (Bransen et al. 2001). De verschillende groepen geven een indicatie van hoe verscheiden de aard en omvang van de zorgvraag is. In alle groepen gemarginaliseerde mensen die in de praktijk voorkomen, komen immers dezelfde soort problemen voor en alleen de mate waarin en de combinatie ervan verschilt. De groepen verschillen vooral in de mate van marginalisering en uitsluiting. Het lijkt erop dat hoe sterker mensen gemarginaliseerd zijn, des te moeilijker zij bereikbaar en benaderbaar zijn en des te meer moeite zij ook hebben een hulpvraag te formuleren die past bij de reguliere hulpverlening (Bransen et al. 2001).

3.8.2 Oggz: zorgaanbod en capaciteit

Er bestaan diverse (lokale) beschrijvingen die inzicht geven in oggz-activiteiten (Lohuis et al. 2000; Van der Hallen et al. 2003; Toet et al. 2003), maar het ontbreekt aan betrouwbare, landelijke gegevens over het aanbod in de oggz. In deze subparagraaf staan we stil bij de uitkomsten van een onderzoek naar de uitvoering van oggz-taken door diverse instanties in zeven Nederlandse gemeenten (Bransen et al. 2001).

Taakuitvoering in de oggz

Het Trimbos-instituut onderzocht de taakuitvoering in zeven gemeenten (Bransen et al. 2001). Onderdeel van het onderzoek was het oggz-aanbod nader te bepalen. Met een factoranalyse zijn alle oggz-taken in negen clusters gegroepeerd. Voor de diverse oggz-partners kunnen de volgende taakprofielen worden afgeleid:

⁵ Per onderzoek verschilt de gehanteerde tel- en berekeningsmethodiek. Voor een toelichting verwijzen we naar paragraaf 2 van het rapport Verkommerden en verloederden (Lourens et al. 2002).

- De bijdrage van de maatschappelijke opvang aan de oggz onderscheidt zich door de zorg voor basisbehoeften.
- De rol van de ggz exclusief de verslavingszorg ligt vooral in zorgcoördinatie, medische zorg en crisisopvang en verder in begeleiding bij het dagelijks functioneren.
- De verslavingszorg draagt aan de oggz bij in velerlei vorm: middelengebruik inventariseren, begeleiden bij het dagelijks functioneren, medische zorg uitvoeren en ernaar verwijzen, crisisopvang regelen en zorgen voor basisbehoeften.
- Typische oggz-taken van GGD'en zijn zorgcoördinatie - iets minder dan voor de ggz - en verwijzing naar medische zorg.
- Alle partners inventariseren de behoeften van betrokkenen aan zorg en proberen hen te motiveren om hulp te accepteren.

De gegevens wijzen er over het algemeen op dat taken waarvan een substantieel deel door alle sectoren wordt gedaan, weinig intensief worden uitgevoerd. Hulpverleners uit de praktijk geven hierop als reactie dat er nu eenmaal taken zijn die in alle sectoren uitgevoerd moeten worden. Tegelijkertijd benadrukken zij echter dat die overlap in taken ook betekent dat geen enkele sector de verantwoordelijkheid neemt, waardoor de taken zo weinig intensief uitgevoerd worden. De zorg kan dus intensiever en beter onderling afgestemd worden. Ditzelfde onderzoek laat namelijk zien dat voorzieningen vooral binnen de eigen sector samenwerken en dat ze over die samenwerking - in vergelijking met die met voorzieningen buiten de eigen sector - nog het meest te spreken zijn. Een onderzoek naar de kwaliteit van laagdrempelige zorg voor langdurig verslaafden bevestigt deze uitkomsten (Van 't Land et al. 2003). De taakuitvoering is weinig intensief, er is veel overlap in taken, de eindverantwoordelijkheid voor de zorg is niet helder en er wordt vooral binnen de eigen sector samengewerkt.

3.8.3 Oggz: zorggebruik en productie

Bronnen en kwaliteit van de gegevens

Er bestaan geen landelijk representatieve gegevens over zorggebruik in de oggz.

3.8.4 Oggz: financiering

De uitgaven op het terrein van de oggz zijn niet eenvoudig te bepalen. Gegevens wijzen erop dat de financiering zeer versnipperd is, en vaak ook nog een tijdelijk karakter heeft. Voor een toelichting verwijzen we naar het vorige brancherapport. Sinds 1999 bestaat de subsidieregeling 'Initiatieven op het gebied van de oggz'. In 2003 bedroeg het subsidiebedrag ruim € 6 miljoen (Ministerie van VWS 2003).

3.8.5 Maatschappelijke opvang, inclusief vrouwenopvang

De maatschappelijke opvang heeft tot doel kwetsbare, soms sterk gemarginaliseerde personen zo veel mogelijk aan de maatschappij te laten deelnemen. De sector heeft de afgelopen tien jaar een stormachtige ontwikkeling doorgemaakt. Het aanbod bestaat al lang niet meer uitsluitend uit residentiële voorzieningen met een aanbod van bed, bad en brood. Naast de residentiële voorzieningen heeft zich het afgelopen decennium een breed spectrum ontwikkeld van ambulante opvang en dienstverlening. Verder betekent maatschappelijke opvang niet alleen mensen opvangen die (gedwongen) de thuissituatie hebben verlaten of dreigen te verlaten en (tijdelijk) niet in staat zijn zich op eigen kracht in de samenleving te handhaven, maar ook voorkomen dat het zover komt en ervoor zorgen dat mensen herstellen, zodat ze kunnen uitstromen. De aandacht voor preventie en herstel is toegenomen (Ministerie van VWS 2003). De grenzen met voorzieningen uit aanpalende sectoren, zoals de ggz inclusief verslavingszorg, vervagen. Het is daardoor niet eenvoudig helder zicht te krijgen op de maatschappelijke opvang.

De maatschappelijke opvang bestaat uit dak- en thuislozenopvang, vrouwenopvang en crisisopvang (ministerie van VWS 2003).

- De kerntaak van de dak- en thuislozenopvang is verblijf bieden, variërend van één dag tot een permanent verblijf, gekoppeld aan zorgverlening en

psychosociale begeleiding. Binnen de dak- en thuislozenopvang zijn er de 24-uursopvang, sociale pensions, meerzorgafdelingen (ziekenboegen), passantenverblijven en internaten, (ambulante) woonbegeleiding (als opstap naar zelfstandig wonen), dag- of nachtopvang en dienstencentra. Het doel van de drie laatste laagdrempelige vormen van opvang is de meest elementaire hulp te bieden, om daarmee te voorkomen dat mensen die zwerven verder afglijden.

- De vrouwenopvang kent vrouwenopvangcentra en blijf-van-mijn-lijfhuizen die zich richten op mishandelde vrouwen en hun kinderen. Daarnaast bestaan er de FIOM-huizen die zich primair richten op opvang en hulp aan zwangere vrouwen en meisjes. Ook kent de vrouwenopvang voorzieningen voor begeleid wonen en woonbegeleiding. De kerntaak van de vrouwenopvang is tijdelijk verblijf bieden, gekoppeld aan zorgverlening, psychosociale begeleiding en crisisinterventie aan vrouwen met of zonder kinderen.
- De algemene crisisopvang heeft als kerntaak onderdak en hulp bieden aan mensen die dakloos zijn geworden als gevolg van een (psychosociale) crisissituatie. Doel is de crisis wegnemen en de cliënten op weg helpen naar een geschikte vervolgsituatie.

In de paragrafen 3.8.6 en 3.8.7 presenteren we de meest recente cijfers over vraag en aanbod in de maatschappelijke opvang, inclusief de vrouwenopvang. Door een nieuwe indeling in voorzieningen, zoals die door de Federatie Opvang wordt gehanteerd, wijken de gegevens af van die in het vorige brancherapport.

3.8.6 Maatschappelijke opvang: zorgvraag

Er is in Nederland weinig bekend over de omvang en samenstelling van de groep mensen die voor maatschappelijke opvang in aanmerking komen. Om de omvang van de vraag naar maatschappelijke opvang te kunnen schatten, moet eerst helder zijn wie precies tot de doelgroep behoren. In paragraaf 3.8.1 is het onderscheid gemaakt tussen bereikte en potentiële doelgroepen. Alleen over de bereikte doelgroep zijn registratiegegevens beschikbaar.

Om verschillende redenen is de omvang van de bereikte groep mensen niet precies te bepalen (Wolf et al. 2003a):

- Er zijn geen gegevens over cliënten die gebruikmaken van de voorzieningen die niet bij de Federatie Opvang zijn aangesloten.
- Over cliënten die gebruikmaken van ambulante hulpverlening en dag- en nachtopvang zijn geen landelijk representatieve gegevens bekend. Bij het Leger des Heils zijn deze gegevens overigens wel beschikbaar (zie tabel 78).
- Niet alle voorzieningen die bij de Federatie Opvang zijn aangesloten, registreren met het registratiesysteem waarvan de gegevens voor het landelijk overzicht worden gebruikt. Daarnaast levert een aantal organisaties hun gegevens niet of onvolledig aan.
- De registratiegegevens bevatten dubbeltellingen, omdat met het huidige registratiesysteem geen unieke personen kunnen worden geïdentificeerd. Het registratiesysteem van het Leger des Heils kan dit wel.

Cliënten van de dak- en thuislozenopvang, de crisisopvang en de vrouwenopvang (paragraaf 3.8.5) worden gerekend tot de bereikte groep. Tabel 74 geeft een overzicht van de geregistreerde problemen van cliënten in de residentiële opvangvoorzieningen. Het gaat daarbij om een indruk van de medewerkers in de opvangvoorzieningen.

TABEL 74
Problemen van cliënten in de residentiële opvangvoorzieningen in 2000 (in %)

	Vrouwen- opvang (n = 3.999)	Crisisopvang (n = 4.729)	Dak- en thuislozen (n = 2.262)
Problemen met huisvesting	18	52	70
Seksueel geweld	77	23	8
Relatieproblemen	45	49	18
Psychosociale problemen	26	35	24
Psychische stoornissen	4	9	12

	Vrouwen- opvang (n = 3.999)	Crisisopvang (n = 4.729)	Dak- en thuislozen (n = 2.262)
Verslaving	6	15	26
Materiële problemen, waaronder financiële problemen	10	19	12

Bron: MMO Jaarbericht 2003 (Wolf et al. 2003a)

Uit tabel 74 blijkt dat de problemen van de cliënten in de drie opvangvormen nogal van elkaar verschillen. De cliënten in de vrouwenopvang kampen voornamelijk met problemen rond seksueel geweld en relaties. De cliënten in de crisisopvang hebben vooral problemen met huisvesting en relaties, en de cliënten in de opvang voor dak- en thuislozen hebben vooral huisvestingsproblemen.

3.8.7 Maatschappelijke opvang: zorgaanbod en capaciteit

Aantal instellingen voor maatschappelijke opvang

De opvanginstellingen die aangesloten zijn bij de Federatie Opvang bieden hun hulp vanuit eenheden (voorzieningen). In 2001 ging het om 497 eenheden, ruim 10 procent meer dan in 2000. Daarin waren 59 sociale pensions begrepen (in 2000: 58). Van deze eenheden bood (eind 2001) 41 procent dak- en thuislozenopvang, 22 procent vrouwenopvang, 10 procent crisisopvang en 27 procent overige opvang (begeleid wonen en woonbegeleiding). Tabel 75 toont het aantal eenheden van bij de Federatie aangesloten instellingen. Daarbij zijn de voorzieningen ingedeeld, zoals Federatie Opvang die registreert.

Ten opzichte van 2000 nam het totale aantal eenheden toe met 10 procent. Het aantal voorzieningen in de vrouwenopvang en de crisisopvang nam licht toe. Zowel bij de dak- en thuislozenopvang als de overige opvang nam het aantal voorzieningen met 14 procent toe.

TABEL 75
Aantal voorzieningen dat bij de Federatie Opvang is aangesloten

	2000	2001	2002 ¹
Vrouwenopvang			
Vrouwenopvangcentrum/FIOM	39	40	-
Blijf van m'n Lijf	23	23	-
Begeleid wonen en woonbegeleiding	43	46	-
Algemene crisisopvang			
Crisisopvangcentrum	49	50	-
Dak- en thuislozenopvang			
Dak- en thuislozeninternaat	43	45	-
Sociaal pension	58	59	-
Passantenverblijf	69	88	-
Meerzorgafdeling	10	14	-
Overige opvang			
Overige begeleid wonen en woonbegeleiding	115	132	-
Totaal	449	497	-

¹ Cijfers over 2002 zijn nog niet beschikbaar.

Bron: MMO Jaarbericht 2003 (Wolf et al. 2003a)

Andere maten van capaciteit

Tabel 76 vat de capaciteit (bedden en ambulante plaatsen) samen van de bij Federatie Opvang aangesloten instellingen. Op 31 december 2001 was de totale capaciteit van de aangesloten opvangvoorzieningen 12.295, in 2000 was die 11.575, dat is een stijging van 720 of 6 procent.

TABEL 76
Capaciteit van bij de Federatie Opvang aangesloten opvangvoorzieningen

	2000	2001	2002 ¹
Vrouwenopvang			
Vrouwenopvangcentrum/FIOM	1.191	1.282	-
Blijf van m'n Lijf	671	571	-
Begeleid wonen en woonbegeleiding	600	621	-
Algemene crisisopvang			
Crisisopvangcentrum	914	967	-
Dak- en thuislozenopvang			
Dak- en thuislozeninternaat	1.938	2.027	-
Sociaal pension	1.474	1.372	-
Passantenverblijf	1.534	2.091	-
Meerzorgafdeling	196	278	-
Overige opvang			
Overige begeleid wonen en woonbegeleiding	3.057	3.086	-
Totaal	11.575	12.295	-

¹ Cijfers over 2002 zijn nog niet beschikbaar.

Bron: MMO Jaarbericht 2003 (Wolf et al. 2003a)

Van de totale capaciteit⁶ hoorde eind 2001 20 procent tot de vrouwenopvang, 8 procent tot de crisisopvang, 47 procent tot de dak- en thuislozenopvang en 25 procent tot de overige opvang (begeleid wonen en woonbegeleiding). De residentiële capaciteit (exclusief begeleid wonen en woonbegeleiding) bleef bij de vrouwenopvang ongeveer gelijk, nam bij de crisisopvang licht toe (5 procent) en nam bij de daklozenopvang flink toe (12 procent). De capaciteit van overige opvang (begeleid wonen en woonbegeleiding) nam licht toe bij de vrouwenopvang (3 procent) en bleef ongeveer gelijk bij de overige opvang⁷.

Instroomcijfers Leger des Heils

De capaciteit van de Leger-des-Heilsvoorzieningen maakt bijna een kwart van de totale opvangcapaciteit uit van de maatschappelijke opvang die is aangesloten bij de Federatie Opvang. Tabel 77 geeft een overzicht van de capaciteit en aanmeldingen in de periode 2000 tot 2002. De cijfers slaan niet alleen op residentiële opvang en groeps- en begeleid wonen, maar ook op dag- en nachtopvang. Anders dan de cijfers van de Federatie Opvang, hebben de Leger-des-Heilscijfers betrekking op unieke personen.

TABEL 77
Capaciteit, aanmeldingen en gehonoreerde hulpvragen bij Leger-des-Heilsvoorzieningen

	2000	2001	2002	Gemiddelde groei (in %)
Totale capaciteit Leger des Heils ¹	2.684	2.823	2.912	4,2
Totaal aantal aanmeldingen	12.704	14.279	16.604	15,3
Totaal aantal aangemelde unieke personen	9.537	10.014	10.705	6,1
Totaal aantal gehonoreerde hulpvragen, inclusief opnamen	12.100	13.773	15.424	13,7
Totaal aantal unieke personen met gehonoreerde hulpvraag	6.403	6.973	7.694	10,1

¹ Capaciteit bestaat uit: dagopvang (2002: 686), nachtopvang (2002: 417), 24-uursopvang (2002: 635), sociaal pension (2002: 503), opvang voor zwerfjongeren (2002: 163), groeps- en begeleid wonen (2002: 508).

Bron: MMO Jaarbericht 2003 (Wolf et al. 2003a)

⁶ Apart kan worden onderscheiden de capaciteit van de Evangelische opvang. Daar bedroeg de capaciteit van de residentiële opvang 58 plaatsen in 2001. De capaciteit van begeleid wonen en woonbegeleiding was er 24 in 2001.

⁷ Overige begeleid wonen en woonbegeleiding betreft dit type voorzieningen in vooral de crisisopvang en dak- en thuislozenopvang. Uitsplitsing hiernaar is niet mogelijk.

Bij het Leger des Heils was er in de periode 2000 tot 2002 een stijging van:

- Aanmeldingen met 30 procent (tot 16.604 in 2002)
- Aangemelde unieke personen met 12 procent (tot 10.705 in 2002)
- Gehonoreerde hulpvragen met 27 procent (tot 15.424 in 2002)
- Gehonoreerde hulpvragen bij unieke personen met 20 procent (tot 7.694 in 2002)

3.8.8 Maatschappelijke opvang: zorggebruik en productie

Verwijzingen in de maatschappelijke opvang

Het aantal aanmeldingen bij de residentiële maatschappelijke opvang inclusief woonbegeleiding in 2001 bedroeg bijna 51.000 (tabel 78). Dit waren er ruim 6.000 meer dan in 2000. Van hen kwam 36 procent bij de vrouwenopvang terecht, 45 procent in de crisisopvang, 16 procent in de opvang voor dak- en thuislozen en 3 procent bij de overige opvang. In de residentiële vrouwenopvang nam het aantal aanmeldingen (exclusief meegenomen kinderen, met dubbeltellingen) toe van 17.650 in 2000 tot 18.249 in 2001, dat is een stijging van 3 procent.

Ongeveer 1 op de 4 cliënten meldde zich in 2001 bij de maatschappelijke opvang op eigen initiatief, de overigen werden verwezen. Het verwijzingspatroon in 2001 kwam overeen met dat in de twee voorgaande jaren. De verwijzers waren:

- Ambulante hulp voor volwassenen (welzijn) (12 procent);
- Maatschappelijke opvang (12 procent)
- Geestelijke gezondheidszorg (10 procent)
- Politie (6 procent)
- Jeugdzorg (5 procent)
- Familie en kennissen (7 procent)
- Overige (10 procent)

TABEL 78

Aanmeldingen¹ bij residentiële opvanginstellingen, inclusief begeleid wonen en woonbegeleiding

	2000	2001	2002 ²
Vrouwenopvang, residentieel	17.650	18.249	-
Vrouwenopvang, begeleid wonen en woonbegeleiding	258	297	-
Crisisopvang, residentieel	19.870	22.931	-
Dak- en thuislozenopvang, residentieel	6.079	8.166	-
Overige opvang, begeleid wonen en woonbegeleiding	838	1.183	-
Totaal	44.695	50.826	-

¹ Het betreft aanmeldingen van cliëntsystemen, exclusief meegekomen kinderen. Meestal gaat het hierbij om één persoon, maar soms ook om (echt)paren, bijvoorbeeld bij de crisisopvang en begeleid wonen en woonbegeleiding, overige opvang.

² Cijfers over 2002 zijn nog niet beschikbaar.

Bron: MMO Jaarbericht 2003 (Wolf et al. 2003a)

Opnamen in de maatschappelijke opvang

Tabel 79 laat het aantal opnamen zien. Niet iedereen die zich aanmeldde of werd verwezen, werd opgenomen. Er werden in 2001 11.818 opnamen geteld (nieuw opgenomen: jaarincidentie). Dat zijn er ruim 1.100 minder dan in 2000, een daling van 9 procent. Hierbij is onbekend om hoeveel personen of heropnamen het ging. De sterkste relatieve dalingen van opnamen waren er bij de vrouwenopvang. Het aantal opnamen in de residentiële vrouwenopvang (exclusief meegenomen kinderen, met dubbeltellingen) nam af van 4.305 in 2000 tot 3.766 in 2001, dat is een daling van 14 procent.

De sterkste relatieve stijging van opnamen deed zich voor bij de overige opvang, begeleid wonen en woonbegeleiding. In 2001 werden 5.709 kinderen met hun begeleider(s) bij de opvangvoorzieningen (mee)opgenomen. Om hoeveel unieke kinderen het bij de opnamen ging, was door de dubbeltellingen in de registratie niet vast te stellen. Opmerkelijk is de relatieve stijging van mee opgenomen kinderen bij de dak- en thuislozenopvang en bij begeleid wonen en

woonbegeleiding van de overige opvang. Deze cijfers lijken de signalen te bevestigen dat er steeds meer vrouwen met kinderen en ook meer gezinnen bij de daklozenopvang aankloppen. Vooral nog gaat het in absolute zin om kleine aantallen.

TABEL 79

Aantal opnamen¹ van cliënten in residentiële opvanginstellingen, inclusief begeleid wonen en woonbegeleiding

	2000	2001	2002 ²
Vrouwenopvang, residentieel	4.305	3.766	-
Vrouwenopvang, begeleid wonen en woonbegeleiding	179	161	-
Crisisopvang, residentieel	5.269	5.261	-
Dak- en thuislozenopvang, residentieel	2.663	1.905	-
Overige opvang, begeleid wonen en woonbegeleiding	560	725	-
Totaal	12.976	11.818	-

¹ Het betreft opnamen van cliëntsystemen, exclusief meegekomen kinderen. Meestal gaat het hierbij om één persoon, maar soms ook om (lecht)paren, bijvoorbeeld bij de crisisopvang en begeleid wonen en woonbegeleiding, overige opvang.

² Cijfers over 2002 zijn nog niet beschikbaar.

Bron: MMO Jaarbericht 2003 (Wolf et al. 2003a)

Verblijfsduur in de maatschappelijke opvang in de periode 2000-2001

Verblijfsduur in de residentiële vrouwenopvang

- Van de aanwezige vrouwen is 40 procent binnen een week vertrokken. Driekwart was binnen drie maanden weg.
- Er is sprake van een lichte relatieve stijging van vrouwen die langer blijven. In 2000 was 24 procent van de vrouwen binnen zes weken vertrokken, in 2001 was dit 23 procent. Het percentage vrouwen dat zes maanden of langer in de vrouwenopvang verbleef was in 2000 23 tegenover 27 in 2001.

Verblijfsduur in de residentiële crisisopvang

- Er is sprake van een verschuiving naar langer verblijf. Was in 2000 72 procent van de mensen binnen 6 weken vertrokken, in 2001 ging het om 66 procent. Het percentage mensen dat 6 maanden of langer in de crisisopvang verbleef nam toe van 14 in 2000 tot 19 in 2001. De gemiddelde verblijfsduur in dagen steeg van 42 dagen in 2000 naar 63 in 2001.

Verblijfsduur in de residentiële daklozenopvang

- Ook bij de residentiële dak- en thuislozenopvang was er een verschuiving in de richting van een langer verblijf. De vraag is hierbij wel wat de invloed is van de verschillende aantallen mensen waarop de cijfers over de verblijfsduur in de jaren betrekking hebben. De gemiddelde verblijfsduur was 278 dagen in 2000 en 480 dagen in 2001.

Verblijfsduur bij begeleid wonen en woonbegeleiding

- Van begeleid wonen en woonbegeleiding maken mensen over het algemeen langer gebruik dan van de residentiële opvang.
- Bij begeleid wonen en woonbegeleiding van de vrouwenopvang lag in 2000 en 2001 het percentage langverblijvers - 1 jaar of langer - op 22 en 21. De gemiddelde verblijfsduur in dagen steeg in de periode 2000 tot 2001 van 269 naar 373.
- Bij begeleid wonen en woonbegeleiding van de overige opvang steeg het percentage langverblijvers ook, zij het veel minder sterk. De gemiddelde verblijfsduur nam toe van 311 dagen in 2000 tot 475 in 2001.

Bij alle typen opvang steeg in de periode 2000 tot 2001 de gemiddelde verblijfsduur. Doordat cliënten die langdurige begeleiding nodig hebben niet in andere voorzieningen of huisvesting terecht kunnen, dreigt de maatschappelijke opvang hierdoor verstopt te raken.

Instream vrouwenopvang

Het onderzoek naar de instroom in de vrouwenopvang (Wolf et al. 2003b) laat zien dat er bij vrouwenopvangvoorzieningen vaak geen plaats is. Op ongeveer 45 procent van de geregistreerde aanmeldingen - ongeveer 17.500 per jaar - volgde in de periode 2000 tot en met 2001 geen intake, en op ongeveer 60 procent van de intakes die wel plaatsvonden - ongeveer 9.500 per jaar - volgde in die periode geen opname. De belangrijkste reden om niet op te nemen was plaatsgebrek. Geen opname na intake door plaatsgebrek kwam in 2000 en 2001 respectievelijk 3.252 en 2.744 keer voor. Door de vele dubbeltellingen in de registratie is niet na te gaan om hoeveel unieke vrouwen het hierbij gaat. Onduidelijk is hoe groot het capaciteitstekort is.

Knelpunten zijn de strenge en zeer uiteenlopende inclusiecriteria. Voorzieningen gaan verschillend om met een onzekere of onduidelijke verblijfstatus, de motivatie van vrouwen om aan hun problemen te werken en hun vermogen om voor zichzelf en hun kinderen te zorgen. Ook psychische problemen, verslavingsproblemen, zwakbegaafdheid of lichamelijke problemen bemoeilijken de afhandeling. De criteria die voorzieningen hanteren, zijn allerm minst hard en worden soms dagelijks aangepast. Medewerkers signaleren een toestroom van vrouwen met zware problemen. Zij hebben de indruk dat het aanbod niet meer goed is toegesneden op de groep vrouwen die binnenkomt. Het is moeilijk de gewenste kwaliteit te bieden.

Als oplossing wordt gemeenschappelijk beleid ontwikkeld voor de toegankelijkheid van de vrouwenopvang. De verantwoordelijkheden van de opvang voor de vrouwen tijdens het aanmeldingsproces moeten worden vastgelegd. Er moet kwaliteitsbeleid worden gemaakt voor het aanmeldingsproces. Daarbij moet bijvoorbeeld de maximale tijdsduur tussen aanmelding en plaatsing worden vastgesteld en de bereikbaarheid buiten kantooruren. Ook pleiten de onderzoekers ervoor om snel een nieuw registratiesysteem in te voeren met de mogelijkheid om unieke personen te onderscheiden en hun gang door de vrouwenopvang te volgen.

3.8.9 Maatschappelijke opvang: financiering

De maatschappelijke opvang wordt uit diverse bronnen gefinancierd. De belangrijkste hiervan is de specifieke uitkering die jaarlijks door het ministerie van VWS aan de centrumgemeenten worden verstrekt (Ministerie van VWS 2003). Het gaat om twee specifieke uitkeringen, namelijk maatschappelijke opvang en verslavingsbeleid en vrouwenopvang. Het gezamenlijke bedrag liep op van € 175 miljoen in 2000, tot € 221 miljoen in 2003. Andere bronnen zijn: middelen van het ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties op basis van de Bijdrageregeling sociale integratie en veiligheid, eigen bijdragen van gemeenten, eigen bijdragen van cliënten, en reïntegratiemiddelen en AWBZ-middelen.

3.8.10 Maatschappelijke opvang: kwaliteit van zorg

De Federatie Opvang, koepel van de professionele opvanginstellingen, heeft in 2002 een kwaliteitssysteem ontwikkeld op basis van de systematiek van de stichting Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector (HKZ). Het systeem is gepubliceerd in de brochure *Normen van beoordeling*. Alle opvanginstellingen hanteren de kwaliteitsnormen uit dit systeem als basis voor hun interne kwaliteitsbeleid. Het systeem verplicht de instellingen éénmaal per twee jaar een interne *audit* uit te voeren. Alleen de instellingen die de HKZ-normen hanteren, kunnen lid worden van de Federatie Opvang. Een certificatieschema voor de sector moet nog ontwikkeld worden. De Federatie Opvang heeft besloten in 2004 een verzoek in te dienen bij de stichting HKZ om een certificatieschema te ontwikkelen, zodra het ministerie van VWS de middelen hiervoor beschikbaar stelt. Het streven is dat certificering van instellingen mogelijk wordt vanaf 2007.

3.8.11 Opvang van zwerfjongeren

De opvang van zwerfjongeren neemt een bijzondere plaats in. Deze opvang bevindt zich op het kruispunt van de maatschappelijke opvang, de jeugdzorg en aanpalende terreinen. Slechts een deel van de hulp is specifiek gericht op zwerfjongeren. We presenteren hierover geen afzonderlijke deelparagrafen over zorgvraag, zorgaanbod, of zorggebruik. Beschikbare informatie is afkomstig uit diverse onderzoeken en uit rapportages van de Algemene Rekenkamer (Algemene Rekenkamer 2002; 2003).

Het Trimbos-instituut (Planije et al. 2003) inventariseerde het hulpaanbod voor zwerfjongeren. Uit de studie blijkt dat er nog veel te wensen overblijft. Bij de specifiek op zwerfjongeren gerichte opvang zijn slechts een paar honderd bedden beschikbaar. Gezien de omvang van de doelgroep is deze opvangcapaciteit erg krap. De Algemene Rekenkamer (Algemene Rekenkamer 2002; 2003) bevestigt dit beeld. De kamer schat het aantal zwerfjongeren op minimaal 3.200 terwijl er circa 320 opvangplaatsen zijn.

Hulpverlening

Van de bijna zeventig geïnventariseerde voorzieningen hanteren er relatief veel exclusiecriteria, zoals ernstige psychische problemen, verslaving, een illegale verblijfsstatus, gezondheidsproblemen die veel lichamelijke verzorging vragen, agressief gedrag of zwakbegaafdheid. Gezien de problematiek van veel zwerfjongeren werpen de voorzieningen daarmee forse drempels op (Planije et al. 2003).

Er is geen sluitende keten van hulp en opvang voor zwerfjongeren. De indruk is dat het aanbod als 'los zand' aan elkaar hangt, lokaal zeer verschillend is en weinig overzichtelijk. In haar vervolgonderzoek naar de opvang voor zwerfjongeren concludeert de Algemene Rekenkamer (Algemene Rekenkamer 2002; 2003) nog eens dat er onvoldoende aandacht is voor samenhangende activiteiten voor zwerfjongeren op het terrein van preventie, signalering, (crisis)opvang, begeleidings- en vervolgtrajecten en nazorg.

Op dit moment zijn nog geen wetenschappelijk onderbouwde uitspraken mogelijk over de effectiviteit van interventies of voorzieningen voor zwerfjongeren in Nederland.

Profiel van de zwerfjongeren

Maatschappelijk gezien verkeren zwerfjongeren in een forse achterstandspositie en is hun isolement relatief groot. Het merendeel is man (70 procent) en tussen de 16 en 21 jaar (58 procent). Ruim één derde is allochtoon. Opvallend is het door hulpverleners geschatte deel zwakbegaafden onder de zwerfjongeren: bijna een kwart. De indruk bestaat dat het aandeel zwakbegaafde jongeren toeneemt als gevolg van het veranderde instroombeleid bij Sociaal Pedagogische Diensten. Werkers in de opvang schatten dat 2 op de 5 zwerfjongeren een bedreiging vormt voor de veiligheid van anderen, bijvoorbeeld door fysiek of verbaal bedreigend gedrag of kleine criminaliteit. Bijna 40 procent heeft regelmatig contact met de politie. Eén derde heeft frequent contacten met de crisishulpverlening (Planije et al. 2003).

Financiering

Er is geen speciale financieringsbron voor hulpverlening aan zwerfjongeren. Uit de inventarisatie blijkt dat de zorg wordt gefinancierd uit onder meer uitkeringen voor maatschappelijke opvang, verslavingsbeleid en vrouwenopvang. Onduidelijk is welk deel van het budget besteed wordt aan zwerfjongeren. Een groot aantal voorzieningen ontvangt financiering uit particuliere bronnen, zoals giften van particulieren, fondsen en bijdragen van bewoners. Opvallend is, zeker gezien de problematiek van de zwerfjongeren, dat maar weinig voorzieningen AWBZ-middelen ontvangen (Planije et al. 2003).

In 2002 verhoogde de Tweede Kamer het budget voor maatschappelijke opvang/verslavingsbeleid met € 16,3 miljoen tot € 177,4 miljoen. Daarvan werd € 3 miljoen voor de opvang van zwerfjongeren bestemd. Uit onderzoek van de Algemene Rekenkamer (Algemene Rekenkamer 2003) blijkt dat van de € 3 miljoen ruim één derde ten goede is gekomen aan de opvang van zwerfjongeren.

Verder is één derde besteed aan de maatschappelijke opvang. De rest van de middelen is gereserveerd (de helft hiervan is bestemd voor plannen voor opvang van zwerfjongeren, die al ontwikkeld waren).

Sinds 2002 zijn verschillende initiatieven (nieuwe Wet op de jeugdzorg, Landelijk Beleidskader Jeugdzorg, operatie JONG) genomen om het lokaal jeugdbeleid en de jeugdzorg beter op elkaar af te stemmen. De Algemene Rekenkamer concludeert dat het nog te vroeg is om te zeggen of deze initiatieven effectief zijn.

3.8.12 Internationaal

Het zicht op internationale ontwikkelingen in de maatschappelijke zorg is beperkt. Relevante internationale organisaties zijn EMCDDA (paragraaf 3.6.5) en FEANTSA (European Federation of National Organisations working with the Homeless).

3.8.13 Algemeen maatschappelijk werk (amw)

Het amw is een eerstelijns functie op het gebied van psychosociale hulpverlening, voor iedereen bereikbaar en betaalbaar, die veelal hulp biedt in de thuissituatie of op de vindplaats (*outreach*). Kenmerkend voor het amw is haar 'scharnierfunctie tussen zorg en welzijn'. Maatschappelijk werk heeft traditioneel te maken met de verwevenheid van materiële en immateriële problemen. In de relatie met de zorgsector heeft het amw een dubbele opdracht: aan de ene kant voorkomen dat burgers in 'zware' voorzieningen terechtkomen en er aan de ander kant voor zorgen dat 'uitbehandelde' cliënten uit dergelijke instellingen opgevangen worden (reïntegratie- en rehabilitatiefunctie). In het kader van (lokaal) welzijnsbeleid heeft het amw de taak haar cliënten zodanig te activeren dat ze weer volwaardig gaan deelnemen aan het maatschappelijke verkeer.

We bespreken in deze paragraaf achtereenvolgens de zorgvraag, het zorgaanbod en de capaciteit, het zorggebruik en de productie, de financiering van het amw en de kwaliteit van het amw.

Zorgvraag in het amw

Er is weinig bekend over de behoefte aan amw onder de bevolking. Uit het beschikbare onderzoek blijkt dat het amw traditioneel een vast publiek heeft dat de weg naar deze hulpverlening weet te vinden. Het gaat daarbij in hoofdzaak om de lageropgeleiden en lager betaalden in de samenleving. Minderheden maken daar een substantieel deel van uit.

Zorgaanbod en capaciteit in het amw

Aantal instellingen

Nederland telt ruim 150 amw-instellingen die laagdrempelig zijn. Die 150 instellingen beschikken over 750 bureaus en ongeveer 400 spreekuuradressen. Dat betekent dat er per instelling gemiddeld 7,5 bereikbaarheidspunten zijn (VOG 2001). Er is dus een bereikbaarheidspunt per 14.000 inwoners. Amw-instellingen voeren verschillende aanvullende functies uit, zoals crisisdiensten, bereikbaarheidsdiensten, groepswerk, participatie in gezondheidscentra en hometeams, schuldhulpverlening, raadsliedenwerk, echtscheidingsbureaus, enzovoort.

Personeel

Het amw beschikte op 1 januari 2002 over 2.100 formatieplaatsen uitvoering (2.850 personen). Dit komt neer op een formatieplaats per 7.700 inwoners. Het aantal formatieplaatsen steeg de afgelopen jaren licht, ook door de arbeidstijdverkorting. Het amw beschikte op 1 januari 2002 over 180 formatieplaatsen leiding (250 personen), over 100 formatieplaatsen combinatie uitvoering/leiding (170 personen) en over 40 formatieplaatsen inhoudelijk stafpersoneel (65 personen).

Er werken twee keer zo veel vrouwen als mannen in het amw. In de leidinggevende functies waren ze jarenlang ondervertegenwoordigd, maar in de afgelopen jaren veranderde dat snel. Was in 1994 nog 40 procent van de leidinggevenden vrouw, in 1999 was dat gestegen tot 60 procent. Een integrale kostprijsberekening van het VOG leert dat een uur maatschappelijk werk € 40 kost. Hierin is alle overhead meegenomen (VOG 1999).

Vrijwel alle uitvoerend maatschappelijk werkers hebben een hbo-opleiding maatschappelijk werk. Daarnaast heeft een groot aantal een voortgezette opleiding (vo) of andere post-hbo-opleiding voltooid. De laatste jaren zijn er met behulp van Angelsaksische universiteiten masteropleidingen opgezet, maar die worden nu omgezet in reguliere opleidingen in het nieuwe bachelor-mastersysteem.

Het ziekteverzuimpercentage belooft ongeveer 8,5 procent.

Zorggebruik en productie in het amw

Ruim 40 procent van de cliënten van het amw komt op eigen initiatief. De rest wordt verwezen door andere instanties. De huisarts is met 30 procent van de aanmeldingen de belangrijkste verwijzer naar het amw. Huisartsen verwezen in de jaren 90 gemiddeld 35.000 cliënten per jaar naar instellingen voor algemeen maatschappelijk werk die deelnamen aan het landelijke registratieproject. Daarnaast zijn de ggz, de thuiszorg, de Gemeentelijke Sociale Dienst (GSD) en de politie verantwoordelijk voor een groot deel van de resterende instroom. De advocatuur, de politie, arbeidsinstellingen, de GSD, huisvestingsinstanties en de gezondheidszorg zijn belangrijke samenwerkingspartners. Een belangrijke deel van de cliënten stroomt uit naar de ambulante ggz: per jaar betreft dit ongeveer 6.000 cliënten. Ook naar huisvestingsinstanties en de GSD worden relatief veel cliënten vanuit het amw verwezen. In tabel 80 geven we de verwijzing en samenwerking (per jaar, gemiddeld over de jaren 90) voor de belangrijkste instellingen in het netwerk in absolute aantallen weer.

TABEL 80

Verwijzing en samenwerking amw (per instelling, in absolute aantallen)

	Bij amw aangemeld door	Door amw samengewerkt	Door amw verwezen naar
Huisarts	36.476	17.505	342
Familie/kennissen	9.724	0	0
Maatschappelijk werk	10.104	4.955	4.648
Thuiszorg	3.554	4.926	405
RIAGG/ambulante ggz	4.906	7.474	5.896
Semi-/intramuraal ggz	698	1.306	782
Huisvestingsinstanties	1.881	7.380	1.370
GSD	3.017	5.049	664
Informatie-/adviesdiensten	820	1.217	492
Arbeidsvoorzieningen	1.301	3.088	288
Sociaal-cultureel werk	476	570	288
Kredietinstanties	420	2.051	286
Politie	3.082	2.978	82
Kinderbescherming	459	1.170	347
Reclassering	241	393	76
Advocatuur	552	2.352	791
Overig justitie	149	620	54

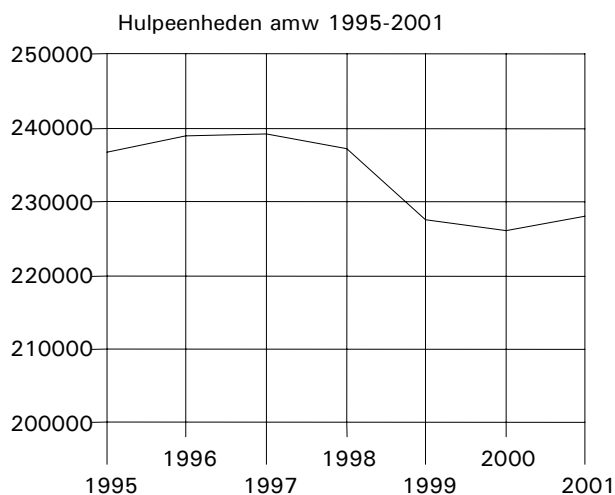
Bron: Landelijke databank amw

Om meer zicht te geven op het zorggebruik en de productie in het amw bespreken we hierna eerst de hulpeenheden: het amw helpt individuen, maar soms bijvoorbeeld ook gezinnen. Daarna gaan we in op de cliënten die bereikt worden en de problematiek waarmee mensen bij het amw aankloppen. Vervolgens kijken we hoe lang de hulpverlening duurt en hoe lang mensen erop moeten wachten. Ten slotte staan we kort stil bij het type hulpverlening dat de amw biedt.

Hulpeenheden

Het amw bereikt jaarlijks een half miljoen burgers. Dat is ruim 3 procent van de bevolking. Vaak bestaat een hulpeenheid uit meer personen, bijvoorbeeld bij een gezinsbehandeling. Dit betekent dat het aantal hulpeenheden aanzienlijk minder is dan een half miljoen. Dat kan bepaald worden op ongeveer 230.000 (VOG 2001). Tussen 1985 en 1995 steeg het aantal hulpeenheden met 17 procent. Tot aan 1992 zette de stijging door, daarna trad er enige stabilisatie op. Sinds 1998 is er een dalende trend. In 2001 was er weer een lichte stijging te zien (zie figuur 2).

FIGUUR 2
Trendmatige ontwikkeling hulpeenheden in het amw



Bron: Landelijke databank amw

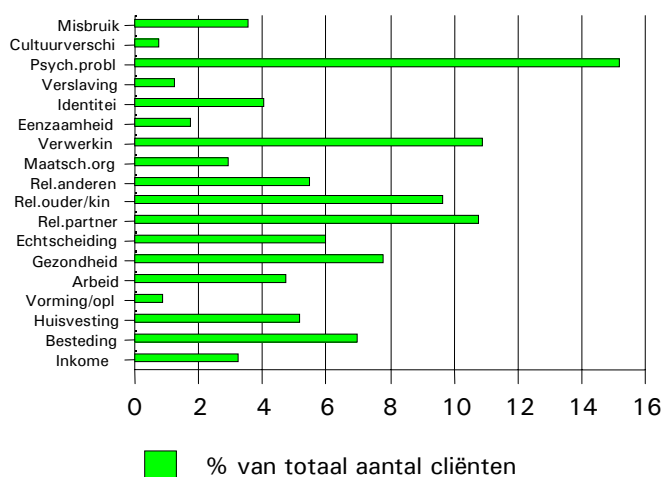
Bereikte cliënten

Van de amw-cliënten is 65 procent vrouw. Het percentage vrouwen is toegenomen van 57 in 1985 tot 66 in 2001. Alleenstaanden en eenoudergezinnen zijn oververtegenwoordigd (in vergelijking met de bevolkingssamenstelling). Uit diverse onderzoeken blijkt dat juist deze groepen specifieke problemen hebben. Er is bijvoorbeeld een relatie tussen financiële problemen en de samenstelling van het huishouden. Zo kunnen we uit de Armoedemonitor 1997 afleiden dat eenoudergezinnen met minderjarige kinderen over het algemeen in de lagere inkomenscategorieën zitten. Ruim 63 procent van deze groep moest in 1995 rondkomen van een laag inkomen. Ook het percentage alleenstaanden met een laag inkomen is hoog. Overigens verschilt de samenstelling van het cliëntensysteem in het amw tussen stad en platteland: stedelingen komen vaker alleen naar het amw. Ook voor de 'primaire leefsituatie' zijn er in dit opzicht verschillen: stedelingen zijn vaker alleenstaand. Het percentage AOW'ers onder de cliënten is lager dan onder de bevolking. Dit komt omdat het amw relatief weinig ouderen bereikt. Toch vragen per jaar zo'n 50.000 ouderen in Nederland bij het amw om hulp bij psychosociale problemen. Bijna de helft van alle amw-cliënten heeft een inkomen uit een vorm van betaalde arbeid. Eén derde van de cliënten heeft een uitkering. Ook deze verhouding verschilt tussen stad en platteland. In de stedelijke gebieden is het percentage werkenden onder de cliënten 40 en het percentage bijstandsgerechtigden 20. In landelijke gebieden liggen deze percentages op 55 en op 10 (Van der Laan 1998). De laatste twintig jaar doen minderheden een toenemend beroep op het amw. In Den Haag werd al in 1990 het (keer)punt bereikt dat allochtonen meer dan de helft van het cliëntenbestand uitmaakten, wat hen tot 'meerderheden' bevorderde.

Problematiek

De hulpvraag bestaat doorgaans uit (een mengeling van) materiële problemen (25 procent), relatieproblemen (25 procent) en psychosociale problemen (50 procent). In de grote steden worden relatief meer materiële hulpvragen naar voren gebracht. Dat heeft onder meer te maken met een hoger percentage uitkeringsgerechtigden in de urbane gebieden. Figuur 3 geeft een schets van de problematiek van de cliënten van het amw in 2001. Omdat per cliënt meer problemen kunnen worden gescoord, komt het totaal boven de honderd procent uit.

FIGUUR 3
Problemen waarmee mensen een beroep doen op het amw (2001)



Bron: Landelijke databank amw

Hulpverleningsduur

Sinds de jaren negentig is er - ondanks de geleidelijke invoering van zeer kortdurende behandelingen (het vijfgesprekkenmodel) - weinig verandering opgetreden in de hulpverleningsduur:

- Bij 20 procent duurt het contact minder dan een maand.
- Bij 30 procent duurt het contact tussen 1 en 3 maanden.
- Bij 25 procent duurt het contact tussen 3 en 6 maanden.
- Bij 15 procent duurt het contact tussen een half en een heel jaar.
- Bij 10 procent duurt het contact langer dan een jaar.

Wachttijd

Onder wachttijd wordt verstaan de tijd die ligt tussen de datum van aanmelding en de datum waarop de hulpverlening begint. In de jaren negentig zijn de wachttijden toegenomen, dat wil zeggen de kortere wachttijden zijn afgenomen en de langer wachttijden zijn toegenomen. Het aantal mensen dat binnen een week geholpen kon worden, daalde geleidelijk van 50 procent in 1994 tot 31 procent in 2001. In 1994 wachtte 15 procent van de cliënten langer dan een maand; in 2001 was dat percentage verdubbeld tot 29 procent.

3.9 Type hulpverlening

In het amw wordt een onderscheid gemaakt tussen verschillende typen hulpverlening, variërend van (meestal) kortdurende hulpverlening bij materiële problemen tot langer durende hulp bij relatieproblemen en psychosociale problematiek. Vanaf 2000 is een nieuwe indeling gemaakt. Voor de exacte verdeling verwijzen we naar tabel 67 in het vorige brancherapport (*GGZ-MZ 1998-2001*).

Financiering van het amw

Per jaar ontvangt het amw ongeveer € 240 miljoen aan structurele subsidie van de gemeenten. Daarnaast verwerft het amw € 20 miljoen aan andere inkomsten (projectsubsidies, inkomsten uit dienstverlening aan derden, enzovoort). Verreweg de grootste kostenpost vormen de personeelslasten (€ 200 miljoen).

Kwaliteit van zorg in het amw

Uit verschillende onderzoeken blijkt dat amw-clieuten hoog scoren als er gevraagd wordt of ze tevreden zijn over de geboden hulp. Vooral over de bejegening zijn ze tevreden (Flikweert et al. 2000). Er zijn wel verschillen tussen instellingen. Mogelijk gaat grotere efficiëntie van de organisatie gepaard met minder tevredenheid van de cliënten (Flikweert et al. 2002). Over de werkzaamheid van het amw is weinig bekend.

4 Stand van zaken informatievoorziening in de ggz

De rol die de landelijke overheid heeft in de gezondheidszorg, is sterk in beweging. Een eerste belangrijke ontwikkeling daarbij is dat de overheid de zorg steeds meer laat uitvoeren door particuliere zorgaanbieders, maar dat zij uiteraard wel gedegen inzicht wil hebben in de prestaties van die zorgaanbieders. Dit is belangrijk om het publieke belang te waarborgen, dat in de nota *Vraag aan bod* (VWS 2001; 2001a) als volgt wordt omschreven: de beschikbaarheid van toegankelijke, betaalbare zorg van voldoende kwaliteit. Om na te gaan in hoeverre het systeem van de zorg het publieke belang dient, heeft de landelijke overheid behoefte aan regelmatige rapportage over toegankelijkheid, betaalbaarheid en kwaliteit van de zorg. De publieke belangen worden bij voorkeur getoetst aan de hand van een beperkte, vaste set prestatie-indicatoren, om zo die toetsing helder en transparant te maken.

Een tweede ontwikkeling is die naar een zorgstelsel waarin de vraag van de cliënt centraal staat (VWS 2001b). Om een echt vraaggestuurde zorg te realiseren dient de consument/cliënt over kennis en informatie te kunnen beschikken, zodat hij daarop bijvoorbeeld zijn keuzes voor een bepaald type zorg kan baseren. Hiervoor dient informatie beschikbaar gesteld te worden over de prestaties van individuele zorgaanbieders, maar ook voorlichting over welke behandelingen wetenschappelijk bewezen effectief zijn, en welke niet. Informatie van dit laatste type voor de ggz wordt bijvoorbeeld geleverd door de Nationale Monitor Geestelijke Gezondheid (NMG) van het Trimbos-instituut (www.trimbos.nl).

4.1 Publicaties over prestatie-indicatoren

Kwaliteitsbrief

Er wordt al enige jaren een publiek-politiek debat gevoerd over de kosten en de prestaties van de gezondheidszorg. Zowel de regering als de Tweede Kamer wil zicht krijgen op de mate waarin het algemeen belang op dit terrein wordt gewaarborgd. Dit belang kan worden omschreven als een aanbod van goede, betaalbare en toegankelijke gezondheidszorg (VWS 2001a). De overheid laat de uitvoering van de zorg over aan particuliere partijen, maar wil enige controle houden op de geprivatiseerde uitvoering door prestaties systematisch te meten. De staatssecretaris van VWS schrijft in haar brief over de kwaliteit van de zorg: 'Publieke verantwoording afleggen over kwaliteit en doelmatigheid van de geleverde zorg is de keerzijde van de medaille van "meer ruimte, minder regulering en minder knellende kaders vooraf". Dit betekent: duidelijke en vergelijkbare indicatoren om de prestaties te meten, bedrijfsvergelijkingen (benchmarking), monitoring, transparant inzicht. De informatie is openbaar en voor iedereen toegankelijk' (VWS 2002a). Eind 2004 moet er in iedere sector van de zorg een set prestatie-indicatoren ingevoerd zijn die zicht geeft op de kwaliteitsontwikkeling.

Bakens zetten

In het kader van de vernieuwing van het zorgstelsel geeft het ministerie van VWS hoge prioriteit aan het project Bakens zetten (VWS 2002b). Doel van dit project is een raamwerk van prestatie-indicatoren te ontwikkelen voor de gezondheidszorg en de maatschappelijke dienstverlening, waarmee de beoogde werking en de kwaliteitsontwikkeling van het (te vernieuwen) stelsel kan worden gemeten. Voorwaarde is dat het raamwerk ook voor internationale vergelijking bruikbaar is. In de zogenoemde kwaliteitsbrief van de staatssecretaris van VWS aan de Tweede Kamer, maakt zij duidelijk dat met ingang van 2005 binnen iedere sector van de zorg een beperkte set prestatie-indicatoren moet zijn ingevoerd (VWS 2002a).

Het rapport *Bakens zetten. Naar een Nederlands raamwerk van prestatie-indicatoren voor de gezondheidszorg* (Delnoij et al. 2002) richt zich op het landelijke macroniveau: de auteurs zoeken naar indicatoren voor het functioneren van het zorgsysteem als geheel, zodat de overheid het systeem op afstand kan monitoren. Deze landelijke gegevens vormen een optelsom van prestaties van

verschillende onderdelen ervan (beroepsgroepen, instellingen, zorgketens, of regio's) en zijn vervolgens ook weer uit te splitsen naar een lager aggregatieniveau, maar altijd voor de landelijke overheid. In tegenstelling tot de kwaliteitsbrief richt *Bakens zetten* zich op indicatoren op macroniveau; indicatoren op meso- en microniveau worden buiten beschouwing gelaten. Behandelaars of managers hebben immers behoefte aan andere informatie dan de landelijke overheid.

Om de prestaties van de gezondheidszorg te monitoren over een langere periode, is het belangrijk dat de indicatoren constant gedefinieerd worden. Dat geldt uiteraard ook voor de manier waarop de data worden verzameld en beheerd. Als indicatoren veranderen, dan zijn ze onbetrouwbaar als basis om ontwikkelingen te beschrijven. Er is een gebrek aan eenduidig gedefinieerde prestatie-indicatoren, en daar heeft bijvoorbeeld de betrouwbaarheid en vergelijkbaarheid van de informatie in de huidige brancherapporten onder te lijden (Delnoij et al. 2002).

De kwaliteitsbrief versus Bakens zetten

In de kwaliteitsbrief benadrukt de staatssecretaris naast het belang van verantwoordelijkheid afleggen aan externe instanties, ook het belang van informatie voor het eigen kwaliteitsbeleid en de eigen prestaties van zorgaanbieders. Behandelaars of managers hebben voor een deel behoefte aan andere informatie dan de landelijke overheid, het publiek of de ziektekostenverzekeraars. Prestaties meten wordt hiermee in een bredere context geplaatst dan in *Bakens zetten*. In *Bakens zetten* staat het overheidsbelang centraal, dat wil zeggen prestaties zichtbaar maken en internationale vergelijkingen mogelijk maken. In de kwaliteitsbrief gaat het ook om het kwaliteitsbeleid van zorgaanbieders, om benchmarking en om certificatie. Bovendien is daar ook sprake van de informatiebehoefte van cliënten en hulpverleners. Ook zij willen duidelijkheid, kwaliteit en resultaat. In de kwaliteitsbrief wordt kortom de ambitie uitgewerkt om op termijn zowel op macroniveau als op mesoniveau en microniveau prestaties zichtbaar te maken. In een notitie van het ministerie van VWS, directie Geestelijke Gezondheidszorg, Verslavingszorg en Maatschappelijke Opvang (GVM) wordt dit als volgt verwoord: 'Uiteindelijk moet er een samenhangend pakket komen van indicatoren en gegevens op het gebied van de prestaties en de kwaliteit dat voldoet aan de behoeften op macro-, meso- en microniveau die zijn neergelegd in *Bakens zetten* (landelijk raamwerk prestatie-indicatoren) respectievelijk de kwaliteitsbrief van VWS van 4 december 2002. Ook dient de gegevensset op microniveau die de IGZ nodig heeft voor het gefaseerd toezicht daarmee te worden geharmoniseerd' (VWS 2003a).

4.2 Gebruiksdoelen en niveaus van prestatie-indicatoren

Een belangrijke conclusie uit *Bakens zetten* is dat de keuze voor prestatie-indicatoren afhankelijk is van de vraag voor wie en met welk doel de informatie over deze indicatoren wordt verzameld. Dit wordt geïllustreerd in tabel 82. Er zijn vier belangrijke gebruiksdoelen aan te duiden die op verschillende niveaus (Europees, landelijk, instelling en primair proces) om een andere aanpak vragen. Uit de tabel blijkt dat het alleen met informatie op cliëntniveau (het primaire proces) mogelijk is om over alle niveaus uitspraken te doen.

De aard van prestatie-indicatoren hangt met andere woorden samen met de onderscheiden gebruiksdoelen en informatiebehoeften. Deze verschillen op de onderscheiden aggregatieniveaus. Het departement van VWS (ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, directie Geestelijke Gezondheidszorg Verslavingszorg en Maatschappelijke Opvang 2003b) maakt onderscheid tussen informatiebehoefte en gebruiksdoel van informatie op microniveau, mesoniveau en macroniveau.

Microniveau

- Informatie voor de interne doelen van zorgaanbieders, bijvoorbeeld interne verantwoording en kwaliteitsverbetering, door benchmarking of 'spiegelinformatie'.
- Informatie voor externe doelen, bijvoorbeeld informatie waarmee toezicht kan worden uitgeoefend (IGZ), of informatie die cliënten(organisaties) en financiers ondersteunt in hun keuzes.

Mesoniveau

- Informatie voor interne doelen van koepels van zorgsectoren en beroepsverenigingen.
- Informatie voor externe doelen waarbij de zorgsector op lokaal en regionaal niveau verantwoord wordt.

Macroniveau

- Informatie over de manier waarop het totale zorgsysteem functioneert, voor de zogeheten VBTB-opdracht (Van Beleidsbegroting tot Beleidsverantwoording), het Jaarbeeld Zorg, de brancherapporten en *Bakens zetten* en om internationale vergelijkingen te kunnen maken.

Op de onderscheiden niveaus verschillen de indicatoren, maar vanzelfsprekend ook de benodigde data, meetinstrumenten en de manier waarop de data verzameld en geanalyseerd worden.

TABEL 82
Verschillende gebruiksdoelen op verschillende niveaus

Aanpak	Europees niveau (mondiaal)	Landelijk niveau	Instellingsniveau	Primair proces
Gegevens verzamelen	Registratie van cliëntgegevens/ peilingen (surveys)			
Informatie bieden	Europese jaarverslagen met overzichten van EU-landen. Rapportage van de EU aan de WHO	Brancherapport Nationale Drug Monitor Nationale Monitor Geestelijke Gezondheid Jaarbericht MMO NEMESIS	Jaarverslagen Benchmarking	Dossiervorming
Doelen formuleren	Vergelijking met andere EU-landen	Beleid maken of voorbereiden	Kwaliteitsbeleid formuleren	Behandelbeleid formuleren
Beleid toetsen		Beleidsvaluatie	Toetsen kwaliteitsbeleid	Toetsen behandelbeleid

Aan deze tabel zijn nog extra aggregatieniveaus (en dus kolommen) toe te voegen, zoals regio, hulpverlener, beroepsgroep, circuit en programma.

4.3 Prestatie-indicatoren: keuzes en knelpunten

De keuze voor een set van prestatie-indicatoren

Er is nog geen definitieve set van prestatie-indicatoren gekozen voor de ggz, vz en mz. Deze keuze dient mede gebaseerd te worden op een haalbaarheidsstudie die het Trimbos-instituut op dit moment voorbereidt, op verzoek van het ministerie van VWS. Bij deze keuze moet uiteindelijk een compromis gevonden worden tussen een ideale set van indicatoren en dat wat haalbaar is, gezien allerlei technische, juridische, financiële en methodologische beperkingen. Ook is het belangrijk om rekening te houden met standaardisering van indicatoren in internationaal verband (vooral in het kader van de OECD, 2003).

Het Trimbos-instituut heeft in samenwerking met Zorg Consult Nederland een verkennende studie gedaan, waarin onder andere vertegenwoordigers van beroepsverenigingen in de ggz, vz en mz, vertegenwoordigers van brancheorganisaties en van de instellingen zelf zijn gevraagd of ze het wenselijk en haalbaar vinden dat een set van prestatie-indicatoren wordt ingevoerd

(Wennink et al. 2004). Dit vooronderzoek heeft een conceptlijst prestatie-indicatoren opgeleverd, die nader onderzocht wordt op haalbaarheid. Voorbeelden van prestatie-indicatoren zijn: cliëntwaardering, kwaliteit van leven, frequentie van optreden van incidenten in de zorg (agressie, suïcide) en het percentage cliënten dat volgens richtlijnen behandeling of zorg ontvangt.

In dit hoofdstuk presenteren we nog geen definitieve set van prestatie-indicatoren. Daarvoor moet nog een groot aantal keuzes gemaakt worden, waarbij diverse partijen betrokken zijn. Toch kunnen we al wel een aantal belangrijke aandachtspunten noemen op de weg daarheen. Voor het macroniveau moeten in ieder geval de indicatoren uit *Bakens zetten* gemeten worden: kwaliteit, toegankelijkheid en doelmatigheid/kostenbeheersing. Een voorbeeld hiervan is de indicator kostenbeheersing. In het vervolg op *Bakens zetten* (Ten Asbroek et al. 2003) en in VTV 2002 (Van Oers 2002) worden om de totale kosten te monitoren twee prestatie-indicatoren genoemd: totale zorgkosten per inwoner en zorgkosten als percentage van het bruto binnenlands product. Beide zijn eenvoudig toe te passen voor de ggz, de vz en de mz. Voordeel van de tweede indicator is dat hij in internationaal onderzoek veel gebruikt wordt; nadeel is dat de indicator zeer gevoelig is voor economische ontwikkelingen. In die zin is de eerste indicator betrouwbaarder. Het lijkt daarom wenselijk beide indicatoren te meten.

Als we nu kijken naar de huidige informatievoorzieningsystemen in relatie tot deze twee manieren om indicatoren voor kostenbeheersing te operationaliseren, dan komen we meteen een aantal knelpunten tegen. De zorg in de sectoren ggz, vz en mz wordt namelijk uit diverse bronnen gefinancierd. Om de kosten op macroniveau te monitoren moeten al die kosten worden opgeteld tot een totaalbedrag. In het vorige brancherapport werd bijvoorbeeld voor de ggz en de maatschappelijke opvang een totaalbedrag genoemd van € 3,2 miljard in 2001. In dat bedrag is niet meegenomen de zorg voor mensen met psychische problemen die geleverd is door de vrijgevestigden en de huisartsen. Uit de NEMESIS-studie bleek echter dat de meeste mensen die hulp zoeken voor psychische of verslavingsproblemen terecht komen bij de vrijgevestigden en de huisartsen (Bijl et al. 1998). Dat blijkt ook uit de Volksgezondheid Toekomstverkenning (VTV 2002), waarin wordt gesteld dat voor psychische stoornissen in totaal jaarlijks bijna € 8 miljard wordt uitgegeven; exclusief de gehandicaptenzorg is dat € 5 miljard. Een belangrijk deel van de zorg in de ggz, vz en mz wordt dus niet meegenomen in het genoemde totaalbedrag in het vorige brancherapport.

Dit voorbeeld illustreert een belangrijk aandachtspunt voor de zorginformatie op het terrein van ggz, mz en vz. Deze informatie is versnipperd over een groot aantal landelijke registraties en niet gestandaardiseerd.

4.4 Stand van zaken van de huidige informatievoorziening

De registratiesystemen van de zorg zijn in handen van een groot aantal verschillende partijen. Zo bestaan er aparte zorgregistraties voor de huisartsen (LINH; NIVEL), de ggz (Zorgis: GGZ Nederland/Prismant), verslavingszorg (LADIS; IVZ), maatschappelijke opvang (Klimop, Clever). Dit betekent dat allerlei vormen van zorgsubstitutie niet zichtbaar te maken zijn. We bespreken hierna kort een aantal knelpunten in de huidige systemen.

Ggz

Op instellingsniveau worden ongeveer tien verschillende registratiesystemen gebruikt, met Psygis als grootste (50 procent marktaandeel). Vanuit deze systemen wordt sinds januari 2000 een 'kleinste gemene deler' op centraal niveau in Zorgis samengebracht. De dekkinggraad bedraagt circa 70 procent van alle instellingen, maar de data zijn in veel gevallen incompleet. De diagnose wordt bijvoorbeeld slechts in 20 procent van de gevallen ingevoerd (zie ook paragraaf 3.2, 3.3 en 3.4). Dit wordt mede veroorzaakt doordat hulpverleners het nut van registratie niet inzien, doordat er niet of beperkt of beperkt wordt teruggekoppeld vanuit het registratiesysteem naar de hulpverleners en doordat de ervaren werkdruk is toegenomen. Mogelijk verandert dit als de dbc-bekostigings-systematiek in 2006 is ingevoerd (paragraaf 2.1).

Vz

Het registratiesysteem van de verslavingszorg (LADIS) is redelijk dekkend. Ook in LADIS ontbreken er echter data. De verplichte velden worden goed ingevuld, maar evaluaties van behandeling helaas niet.

Mz

Het registratiesysteem van de Federatie Opvang (Clever) is net ontwikkeld, dus daarover is nog niet veel te zeggen. Het oude systeem (Klimop) gebruikte verouderde software, bevatte dubbeltellingen en was lastig in het gebruik.

Voor alle registraties worden de data op cliëntniveau aangeleverd, geïdentificeerd aan de hand van geanonimiseerde, unieke cliëntnummers op basis van naam en geboortedatum. Een koppeling tussen de systemen is technisch mogelijk, als iedereen dezelfde sleutel gebruikt om cliëntnummers te genereren. In geval van een koppeling is het echter ook belangrijk af te spreken welke gemeenschappelijke parameters worden aangeleverd, en in welk dataformaat. Bovendien moet de privacy van de cliënten gewaarborgd zijn.

De huidige registraties als bron om prestatie-indicatoren te meten

De registratiesystemen zijn op dit moment weinig flexibel. Er zijn wel enkele vrij te definiëren velden, en er komen regelmatig nieuwe releases uit, maar het kost behoorlijk wat tijd om een nieuwe module toe te voegen. Technisch gezien zijn er echter geen belemmeringen en zijn aanpassingen mogelijk. Op dit moment wordt bijvoorbeeld de dbc-gegevensset toegevoegd.

De data in de huidige registratiesystemen zijn soms onbetrouwbaar. In de ambulante hulpverlening wordt bijvoorbeeld vaak geen einddatum van de behandeling ingevuld, ook al is deze in feite afgerond. De cliënt krijgt dan de mogelijkheid om weer contact op te nemen als het slechter gaat, zonder dat opnieuw een intake hoeft te worden gedaan. Het resultaat hiervan is dat er weinig zicht is op ontslag, recidive en drop-out.

Samengevat zijn de huidige registratiesystemen slechts beperkt bruikbaar om de data te leveren voor een set van prestatie-indicatoren. Doordat gegevens ontbreken, is er sprake van een zekere onbetrouwbaarheid. Aanpassingen en aanvullingen zijn wel mogelijk, maar vereisen inspanningen.

Voorwaarden

Om de doelen van *Bakens zetten* te realiseren, moet nog veel werk verzet worden. In de loop van 2004 zullen op basis van een inventariserend onderzoek van het Trimbos-instituut de contouren helder worden van een set prestatie-indicatoren voor de ggz, vz en mz. De centrale vragen bij deze inventarisatie zijn: Welke relevante prestatie-indicatoren worden al gemeten met de beschikbare informatiesystemen? En: als de prestatie-indicatoren nog niet meetbaar zijn met de beschikbare informatiesystemen, dan is de volgende vraag: In hoeverre is het mogelijk deze te implementeren en wat zijn daarvan de consequenties?

Het is essentieel dat de prestatie-indicatoren worden afgestemd op de verschillende andere informatietrajecten die op dit moment lopen. De invoering van de dbc's, het door de Inspectie voor de Gezondheidszorg ontwikkelde inspectieformulier ggz-instellingen (www.igz.nl), en de invoering van competentieprofielen voor de beroepen in de ggz zijn er hiervan enkele. En last but not least: de implementatie van een set prestatie-indicatoren staat of valt met draagvlak binnen het werkveld. In hoeverre zien de professionals die de prestatie-indicatoren moeten registreren daarvan het nut in, of nog belangrijker: in hoeverre ervaren ze zelf dat registreren de kwaliteit van hun eigen werk ondersteunt (Wennink et al. 2004)?

Literatuurlijst

Hoofdstuk 2

Bohlmeijer E, Cuijpers P. *Tweede gids preventie psychische stoornissen en verslavingen*. Utrecht: Trimbos-instituut, 2001.

Commissie Beleidsvisie Tbs. *Veilig en wel: een beleidsvisie op de tbs*. Den Haag: ministerie van Justitie, 2001.

Cuijpers P, Bohlmeijer E. *Preventie van psychische problemen vanuit de geestelijke gezondheidszorg: de effecten van groepsgerichte interventies*. Utrecht: Trimbos-instituut, 2001.

Diagnose-behandelcombinatie GGZ. *Gezamenlijk plan van aanpak invoering dbc-systematiek in de GGZ (concept)*. Utrecht: DBC GGZ, 2003.

Es M van. *Resultatenverslag 2002 'Resultaten Scoren'*. Utrecht: GGZ Nederland, 2003.

Gezondheidsraad. *Doelmatigheid van langdurige psychotherapie*. Den Haag: Gezondheidsraad, 2001.

Janssen MA. *Evaluatie experiment persoonsgebonden budget in de GGZ*. Amstelveen: College voor zorgverzekeringen, 2001.

Keurentjes RBM. *De Wet BOPZ: de betekenis van de wet voor de beroepsbeoefenaren in de geestelijke gezondheidszorg*. Den Haag: Sdu Uitgevers, 2003.

Ministerie van Justitie. *Privé geweld - publieke zaak: een nota over de gezamenlijke aanpak van huiselijk geweld*. Tweede Kamer der Staten-Generaal, vergaderjaar 2001-2002, 28345, nr. 2. Den Haag: Sdu Uitgevers, 2002.

Ministerie van Justitie, dienst Justitiële Inrichtingen. *Zorgen voor behandeling: deel I*. Den Haag: Sectordirectie Gevangeniswezen, 2003a.

Ministerie van Justitie, dienst Justitiële Inrichtingen. *Zorgen voor behandeling: deel II*. Den Haag: Sectordirectie Gevangeniswezen, 2003b.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. *Beleidsvisie Geestelijke Gezondheidszorg 1999*. Tweede Kamer der Staten-Generaal, vergaderjaar 1998-1999, 25424, nr. 6. Den Haag: Sdu Uitgevers, 1998.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. *Geestelijke gezondheidszorg: brief minister over de voortgang van de herordering van de beroepenstructuur in de geestelijke gezondheidszorg*. Tweede Kamer der Staten-Generaal, vergaderjaar 2000-2001, 25424, nr. 35. Den Haag: Sdu Uitgevers, 2001a.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. *Zorg met toekomst: een verkenning op het terrein van de volksgezondheid en de gezondheidszorg*. Den Haag: VWS, 2001b.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. *Curatieve zorg: brief minister en staatssecretaris over begrip 'op genezing gerichte zorg'*. Tweede Kamer der Staten-Generaal, vergaderjaar 2003-2004, 23619, nr. 19. Den Haag: Sdu Uitgevers, 2003b.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. *De opvang verstoort: IBO maatschappelijke opvang: interdepartementaal beleidsonderzoek 2002-2003*. Tweede Kamer der Staten-Generaal, bijlage bij kamerstuk 29325, nr. 1. Den Haag: Sdu Uitgevers, 2003f.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. *Geestelijke gezondheidszorg: brief minister met standpunt op advies Zorg van Velen, over bijdrage overheid en maatschappelijke organisaties aan verbetering geestelijke gezondheidszorg*. Tweede Kamer der Staten-Generaal, vergaderjaar 2003-2004, 25424, nr. 47. Den Haag: Sdu Uitgevers, 2003a.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. *Langer gezond leven: ook een kwestie van gezond gedrag*. Tweede Kamer der Staten-Generaal, vergaderjaar 2003-2004, bijlage bij kamerstuk 22894 nr. 20. Den Haag: Sdu Uitgevers, 2003e.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. *Modernisering AWBZ: brief staatssecretaris over de invoering van de functiegerichte bekostiging*. Tweede Kamer der Staten-Generaal, vergaderjaar 2002-2003, 26631, nr. 55. Den Haag: Sdu Uitgevers, 2003c.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. *Vaststelling van de begrotingsstaat van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (XVI) voor het jaar 2004: brief minister over tegemoetkomingsregeling buitengewone uitgaven*. Tweede Kamer der Staten-Generaal, vergaderjaar 2003-2004, 29200 XVI, nr. 118. Den Haag: Sdu Uitgevers, 2003d.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. *Versoepeling pakketmaatregel psychotherapie: brief van de minister aan de Tweede Kamer, 3 maart 2004*. Den Haag: VWS, 2004.

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg en Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling. *Verslavingszorg herijkt: advies over een besturingsmodel voor verslavingszorg en verslavingsbeleid*. Zoetermeer; Den Haag: RVZ; RMO, 1999.

Smit F, Bohlmeijer E, Cuijpers P. *Wetenschappelijke onderbouwing depressiepreventie: epidemiologie, aangrijpingspunten, huidige praktijk, nieuwe richtingen*. Utrecht: Trimbos-instituut, 2003.

Swinkels J, Bijker M, Jansen van Rosendaal G. 'Diagnose-behandelcombinaties in de GGZ: brieven'. In: *Maandblad Geestelijke volksgezondheid* 2003; 58(6): 539-41.

Trimbos-instituut. *Multidisciplinaire richtlijn angststoornissen 2003. Richtlijn voor de diagnostiek, behandeling en begeleiding van volwassen cliënten met een angststoornis*. Utrecht: Trimbos-instituut, december 2003.

Werkgroep Forensische Zorg. *Forensische zorg, het gevangeniswezen en de geestelijke gezondheidszorg*. Den Haag: ministerie van VWS, ministerie van Justitie, 1997.

Paragraaf 3.1

Inspectie voor de Gezondheidszorg. *Het BIG-register in 2001*. Den Haag: ministerie van VWS, 2002.

Inspectie voor de Gezondheidszorg. *Het BIG-register in 2002*. Den Haag: ministerie van VWS, 2003.

Kemp S van der, Vree F van, Knibbe N, Knibbe H. *Monitor Arboconvenant GGZ: rapportage 2002. Eindrapport. Een onderzoek in opdracht van de Sectorfondsen Zorg en Welzijn*. Leiden: Research voor Beleid, 2003.

Prins C, Boonzajer Flaes S, Mulder E. *Kerncijfers uit de ggz: 2000-2002*. Utrecht: GGZ Nederland, 2003.

Tinke JL, Griens AMGF. *Data en feiten 2001*. Den Haag: Stichting Farmaceutische Kengetallen, 2001.

Tinke JL, Griens AMGF. *Data en feiten 2002*. Den Haag: Stichting Farmaceutische Kengetallen, 2002: 4-62.

Tinke JL, Griens AMGF. *Data en feiten 2003*. Den Haag: Stichting Farmaceutische Kengetallen, 2003: 4-62.

Valk V de. *Gebruik van antidepressiva 1996-2001: Genees- en hulpmiddelen Informatie Project*. Diemen: College voor zorgverzekeringen, 2003.

Paragraaf 3.2

Andrade L, Caraveo-Anduaga JJ, Berglund P, Bijl RV, Graaf R de, Vollebergh W, Dragomirecka E, Kohn R, Keller M, Kessler RC, Kawakami N, Kilic C, Offord D, Ustun TB, Wittchen HU. 'The epidemiology of major depressive episodes: results from the International Consortium of Psychiatric Epidemiology (ICPE) Surveys'. In: *International Journal of Methods in Psychiatric Research* 2003;12(1): 3-21.

Bijl RV, Graaf R de, Vollebergh WAM. 'The prevalence of treated and untreated mental disorders in five countries'. In: *Health Affairs* 2003; 22(3): 122-33.

European Commission. *EUCOMP: towards comparable health care data in the European Union. Part 4: Glossaries*. Voorburg; Heerlen: Statistics Netherlands, 2000.

Landelijke Commissie Geestelijke Volksgezondheid. *Zorg van velen: eindrapport van de Landelijke Commissie Geestelijke Volksgezondheid*. Den Haag: Landelijke Commissie Geestelijke Volksgezondheid, 2002.

Raad van de Europese Unie. Resolutie van de Raad van 18 november 1999 betreffende de bevordering van de geestelijke gezondheid. Publicatieblad van de Europese Gemeenschappen 2000; C86/1: 1-2.

Rigter H, Have M ten, Cuijpers P, Depla M, Gageldonk A van, Laan G van der, Peterse A, Ruiters C de, Smits CVW, Wolf J. *Brancherapport GGZ-MZ 1998-2001*. Den Haag: Sdu Uitgevers, 2002.

Taskforce Aanpak Wachtlijsten. *Landelijke rapportage inventarisatie wachtlijstgegevens geestelijke gezondheidszorg: resultaten per 1 januari 2002*. Den Haag: VWS, 2002.

Taskforce Aanpak Wachtlijsten. *Landelijke rapportage inventarisatie wachtlijstgegevens geestelijke gezondheidszorg: resultaten per 1 januari 2003*. Den Haag: VWS, 2003.

Taskforce Vermaatschappelijking Geestelijke Gezondheidszorg. *Analyse landelijke inventarisatie wachtlijstgegevens geestelijke gezondheidszorg: resultaten per 1 januari 2001*. Den Haag: VWS, 2001.

Vollebergh WAM, Graaf R de, Have M ten, Schoemaker CG, Dorsselaer S van, Spijker J, Beekman ATF. *Psychische stoornissen in Nederland: overzicht van de resultaten van NEMESIS*. Utrecht: Trimbos-instituut, 2003.

Paragraaf 3.3

Achenbach TM. *The Young Adult Self Report*. Burlington: University of Vermont, Department of Psychiatry, 1990.

Bengi-Arslan L, Verhulst FC, Ende J van der, Erol N. 'Understanding childhood (problem) behaviors from a cultural perspective: comparison of problem behaviors and competencies in Turkish immigrant, Turkish and Dutch children'. In: *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 1997; 32(8): 477-84.

Bickman L. 'A continuum of care. More is not always better'. In: *American Psychologist* 1996; 51(7): 689-701.

Boelhouwers K, Konijn C, Loosbroek E van. *Bijdrage Jeugd-GGZ aan vorming Bureaus Jeugdzorg: verslag van een telefonische enquête*. Utrecht: Trimbos-instituut; NIZW, 2000.

Boendermaker L, Veldt MC van der, Booy Y. *Nederlandse studies naar de effecten van jeugdzorg*. Utrecht: NIZW, 2003.

Bogt T ter, Dorsselaer S van, Vollebergh W. 'Psychische gezondheid, risicogedrag en welbevinden van Nederlandse scholieren' In: *HBSC-Nederland 2002: health behaviour in school-aged children*. Utrecht: Trimbos-instituut, 2003.

College Tarieven Gezondheidszorg (CTG). *Jaarverslag 2002 College Tarieven Gezondheidszorg: deel B: verslag van werkzaamheden*. Utrecht: CTG, 2003.

Crijnen AA, Bengi-Arslan L, Verhulst FC. 'Teacher-reported problem behaviour in Turkish immigrant and Dutch children: a cross-cultural comparison'. In: *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2000; 102(6): 439-44.

Doreleijers TAH. *Diagnostiek tussen jeugdstrafrecht en hulpverlening*. Arnhem: Gouda Quint, 1995:5-238.

Elzen R van der. *Een kinder- en jeugdpsychiater op Rentray? Een inventarisatie van kinder- en jeugdpsychiatrische stoornissen op een justitiële jeugdinrichting*. Rekken: Rentray, 1999.

Goedhart AW, Treffers PDA, Widenfelt BM van. 'Vragen naar psychische problemen bij kinderen en adolescenten: de Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ)'. In: *Maandblad Geestelijke volksgezondheid* 2003; 58(11): 1018-35.

Goodman R, Ford T, Simmons H, Gatward R, Meltzer H. 'Using the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) to screen for child psychiatric disorders in a community sample'. In: *International Review of Psychiatry* 2003;15(1-2):166-72.

Inspectie Jeugdhulpverlening en Jeugdbescherming (JHVJB). *Landelijk rapport toezicht pleegzorg in Nederland*. Den Haag: JHVJB, 2003.

Konijn C. *Internationaal overzicht effectieve interventies in de jeugdzorg*. Utrecht: NIZW, 2003.

Konijn C, Eijgenraam K, Kroneman M. *Bureau Jeugdzorg en jeugd-GGZ: kwaliteit van de samenwerking*. Den Haag: Landelijk platform Jeugdzorg, 2002b.

Konijn C, Metselaar J, Stoll JJ. *Kwaliteit van de indicatiestelling door Bureau Jeugdzorg*. Utrecht: NIZW, 2002a.

Konijn C, Yperen T van. 'Bijdrage van de jeugd-ggz aan de Bureaus Jeugdzorg'. In: *Maandblad Geestelijke volksgezondheid* 2000; 55(7/8): 659-67.

Monshouwer K, Smit F, Spruit I. 'Alcohol-, tabak- en cannabisgebruik bij scholieren naar etnische achtergrond'. In: *Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen* 2002; 80(3): 172-7.

Murad SD, Joung IM, Lenthe FJ van, Bengi-Arslan L, Crijnen AA. 'Predictors of self-reported problem behaviours in Turkish immigrant and Dutch adolescents in the Netherlands'. In: *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 2003; 44(3): 412-23.

Sowa H, Crijnen AA, Bengi-Arslan L, Verhulst FC. 'Factors associated with problem behaviors in Turkish immigrant children in The Netherlands'. In: *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 2000; 35(4):177-84.

Stevens GW, Pels T, Bengi-Arslan L, Verhulst FC, Vollebergh WA, Crijnen AA. 'Parent, teacher and self-reported problem behavior in The Netherlands: comparing Moroccan immigrant with Dutch and with Turkish immigrant children and adolescents'. In: *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 2003; 38(10): 576-85.

Stichting Registratie Jeugd Voorzieningen (SRJV). *Tendrapport 1995-2001*. Utrecht: SRJV, 2002.

Stichting Registratie Jeugd Voorzieningen (SRJV). *Tendrapport 1995-2002*. Utrecht: SRJV, 2003.

Stichting Registratie Jeugd Voorzieningen. *Algemeen Jaaroverzicht Jeugdhulpverlening 2002*, 7-65. Utrecht, SRJV, 2003.

Taskforce Aanpak Wachtlijsten. *Landelijke rapportage inventarisatie wachtlijstgegevens geestelijke gezondheidszorg: resultaten per 1 januari 2002*. Den Haag: ministerie van VWS, 2002.

Taskforce Aanpak Wachtlijsten. *Landelijke rapportage inventarisatie wachtlijstgegevens geestelijke gezondheidszorg: resultaten per 1 januari 2003*. Den Haag: ministerie van VWS, 2003.

Taskforce Vermaatschappelijking Geestelijke Gezondheidszorg. *Analyse landelijke inventarisatie wachtlijstgegevens geestelijke gezondheidszorg: resultaten per 1 januari 2001*. Den Haag: ministerie van VWS, 2001.

Valenkamp M, Graaf I de, Ruiter C de. *Een screeningsinstrument psychische stoornissen voor de praktijk. Casus: het Bureau Jeugdzorg*. Utrecht: Trimbos-instituut, 2003.

Verhulst FC, Ende J van der, Ferdinand RF, Kasius MC. 'The prevalence of DSM-III-R diagnoses in a national sample of Dutch adolescents'. In: *Archives of General Psychiatry* 1997; 54(4): 329-36.

Vreugdenhil J. *Psychiatric disorders among incarcerated male adolescents in The Netherlands*. Amsterdam: Vrije Universiteit, 2003.

Paragraaf 3.4

Balestra W, Wiersma J. 'Zorgen over circuitafstemming? Verzorg eerst de eigen schakel! Effecten van een methodische vernieuwing in het beslisproces tijdens behandeling van ouderen in een gesloten opnamesetting'. In: *Maandblad Geestelijke volksgezondheid* 2003; 58(3): 250-8.

Beekman ATF, Deeg DJH, Geerlings SW, Schoevers RA, Smit JH, Tilburg W van. 'Emergence and persistence of late life depression: a 3-year follow-up of the Longitudinal Aging Study Amsterdam'. In: *Journal of Affective Disorders* 2001; 65(2): 131-8.

Boer F de, Smits C. 'Eerste hulp in de huishouding: zorg voor verwaarloosde ouderen'. In: *Denkbeeld* 2003; 15(6): 28-31.

Department of Health. *Improvement, expansion and reform: the next three years. Priorities and planning framework 2003-2006*. London: Department of Health, 2002.

Department of Health. *National Service Framework for Older People*. London: Department of Health, 2003.

Depla MF, Graaf R de, Busschbach JT van, Heeren TJ. 'Community integration of elderly mentally ill persons in psychiatric hospitals and two types of residences'. In: *Psychiatric Services* 2003b; 54(5): 730-5.

Depla MF, Pols J, Lange J de, Smits CH, Graaf R de, Heeren TJ. 'Integrating mental health care into residential homes for the elderly: an analysis of six Dutch programs for older people with severe and persistent mental illness'. In: *Journal of the American Geriatric Society* 2003c; 51(9): 1275-9.

Depla MFIA, Smits CHM. *Wonen zorg welzijn: wat willen ouderen zelf? Een behoeftepeiling onder Noord-Hollandse ouderen*. Haarlem: Provinciaal Bestuur van Noord-Holland, 2003a.

Dhondt TDF, Beekman ATF, Deeg DJH, Tillburg W van. 'Iatrogenic depression in the elderly: results from a community-based study in the Netherlands'. In: *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology* 2002; 37(8): 393-8.

GGZ Nederland. *Interculturalisatie van de GGZ voor oudere allochtonen: een handreiking voor zorgverleners en managers van GGZ-instellingen*. Utrecht: GGZ Nederland, 2003.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. *Wonen, zorg en welzijn voor ouderen*. Tweede Kamer der Staten-Generaal, vergaderjaar 2002-2003, 28951, nr. 2. Den Haag: Sdu Uitgevers, 2003.

Os TWDP van, Brink RHS van den, Jenner JA, Meer K van der, Tiemens BG, Ormel J. 'Effects on depression pharmacotherapy of a Dutch general practitioner training program'. In: *Journal of Affective Disorders* 2002; 71(1-3): 105-11.

Polikar L, Wennink HJ, Hospers K, Smits C. 'De allochtone cliënten van de geestelijke gezondheidszorg'. In: *Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen* 2000; 78(5): 263-5.

Poort EC, Spijker J, Dijkshoorn H, Verhoeff AP. *Turkse en Marokkaanse ouderen in Amsterdam 1999-2000: gezondheid, zelfredzaamheid en zorggebruik*. Amsterdam: GG&GD Amsterdam, 2001.

Rigter H, Have M ten, Cuijpers P, Depla M, Gageldonk A van, Laan G van der, Peterse A, Ruiter C de, Smits CVW, Wolf J. *Brancherapport GGZ-MZ 1998-2001*. Den Haag: Sdu Uitgevers, 2002.

Salari MAT, Plaisier AJ. *Zorgprogramma's voor de ouderenzorg*. Utrecht: GGZ Nederland, 2000.

Schoemaker C, Ruiter C de, Berg M van den, Cuijpers P, Graaf R de, Have M ten, Voogel S. *Nationale monitor geestelijke gezondheid: jaarboek 2003: ADHD, anorexia nervosa en andere psychische stoornissen*. Utrecht: Trimbos-instituut, 2003.

Smits C. *Psychische gezondheid en ouder worden: ontwikkeling van informatieve huiskamerbijeenkomsten voor oudere Turkse en Marokkaanse vrouwen: projectaanvraag, gefinancierd door ZonMw*. Utrecht: Trimbos-instituut, 2003.

Smits C, Vries W de. 'Een som van misverstanden: de GGZ en psychische klachten van oudere Turken en Marokkanen'. In: *Denkbeeld* 2003; 15(6): 10-3.

Sonnenberg CM, Beekman ATF, Deeg DJH, Tillburg W van. 'Drug treatment in depressed elderly in the Dutch community'. In: *International Journal of Geriatric Psychiatry* 2003; 18(2): 99-104.

Taskforce Aanpak Wachtlijsten. *Landelijke rapportage inventarisatie wachtlijstgegevens geestelijke gezondheidszorg: resultaten per 1 januari 2003*. Den Haag: VWS, 2003.

Tinke JL, Griens AMGF. *Data en feiten 2001*. Den Haag: Stichting Farmaceutische Kengetallen, 2001.

Tinke JL, Griens AMGF. *Data en feiten 2002*. Den Haag: Stichting Farmaceutische Kengetallen, 2002: 4-62.

Tinke JL, Griens AMGF. *Data en feiten 2003*. Den Haag: Stichting Farmaceutische Kengetallen, 2003: 4-62.

Verhaak PFM, Vonk E, Zantinge EM, Voordouw I, Berg JF van den. *Rapportage monitoring consultatieve projecten 2003*. Utrecht: NIVEL; Trimbos-instituut, 2003a.

Verhaak PFM, Zantinge EM, Boer ME de, Voordouw I, Berg JF van den. *GGZ-consultaties aan de eerstelijnszorg: registratie 2000-2002*. Utrecht: NIVEL; Trimbos-instituut, 2003b.

Verhey FRJ. 'Het verschijnsel geheugenpolikliniek'. In: *Dementie Actueel* 2000; 2(2): 1-4.

Verhey FRJ, Jolles J, Ponds R, Lugt M de. 'Psychiatric disorders in patients attending an outpatient memory clinic'. In: *International Journal of Geriatric Psychiatry* 1995; 10(10): 899-901.

Verhey FRJ, Scheltens P. 'Ontwikkelingen bij de farmacologische behandeling van de ziekte van Alzheimer'. In: Schene AH, Boer F, Heeren TJ, Henselmans HWJ, Sabbe B, Weeghel J van (eds.), *Jaarboek voor psychiatrie en psychotherapie 2003-2004*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 2003.

Verschuur A. 'Benchmark zorgprogramma's, niet de instellingen: invoering zorgprogrammering stuit op praktische problemen'. In: *Ouderenzorg* 2002; 3(6): 6-9.

Vries WM de, Smits CMH. *Psychische klachten bij Turkse en Marokkaanse ouderen: een handleiding voor de praktijk*. Utrecht: Trimbos-instituut, 2003.

Wennink HJ, Boomstra R, Meeuwissen JAC. *Een onvoldoende voor interculturalisatie. Quick scan naar de mate van interculturalisatie van instellingen in de geestelijke gezondheidszorg en verslavingszorg*. Utrecht: GGZ Nederland, 2001.

World Health Organization, World Psychiatric Association. *Reducing stigma and discrimination against older people with mental disorders: a technical consensus statement*. Geneva: WHO; WPA, 2002.

Paragraaf 3.5

Berger M, Boendermaker L. *Multisysteembehandeling in Nederland: voorstel voor de introductie van MST*. Utrecht: NIZW, 2003.

Boendermaker L, Yperen T van. *Kansen in de keten: een gemeenschappelijk referentiekader voor de justitiële jeugdinrichtingen*. Utrecht: NIZW Jeugd, 2003.

Bruinsma M, Boon AE. *Orthopsychiatrie (be)handelbare jongeren? Eindrapport van vier jaar onderzoek in De Fjord*. Amsterdam: SWP, 2001.

Bulten BH, Tillburg W van, Limbeek J van. 'Psychopathologie bij gedetineerden'. In: *Tijdschrift voor psychiatrie* 1999; 41(10): 575-85.

Commissie Beleidsvisie Tbs. *Veilig en wel: een beleidsvisie op de tbs*. Den Haag: ministerie van Justitie, 2001.

Dienst Justitiële Inrichtingen. *Samenwerken aan een visie: DJI jaarverslag 2000*. Den Haag: Dienst Justitiële Inrichtingen, 2001.

Dienst Justitiële Inrichtingen. *Investeren in personeel: DJI jaarverslag 2001*. Den Haag: Dienst Justitiële Inrichtingen, 2002a.

Dienst Justitiële Inrichtingen. *Risicotaxatie in de forensische psychiatrie: bevindingen van een landelijke pilotstudy*. Den Haag: ministerie van Justitie, 2002b.

Dienst Justitiële Inrichtingen. *Terugblik en toekomst: DJI jaarverslag 2002*. Den Haag: Dienst Justitiële Inrichtingen, 2003.

Doddema E. 'Levenslang verpleegd? Ervaringen met de eerste longstay-afdeling in Nederland'. In: *Directieve Therapie* 2003; 23(1): 103-15.

Doreleijers TAH, Moser F, Thijs P, Engeland H van, Beyaert FHL. 'Forensic assessment of juvenile delinquents: prevalence of psychopathology and decision-making at court in the Netherlands'. In: *Journal of Adolescence* 2000; 23(3): 263-75.

Dullens G. 'De zeef bespaart meer dan hij kost: landelijke invoering forensische diagnostiek vordert niet zonder tegenstand'. In: *Perspectief* 2003; 11(8): 24.

Emmerik JL van, Brouwers M. *De terbeschikkingstelling in maat en getal: een beschrijving van de tbs-populatie in de periode 1995-2000*. Den Haag: ministerie van Justitie, 2001.

Expertisecentrum Forensische Psychiatrie (EFP). *Meerjarenplan Expertisecentrum Forensische Psychiatrie*. Utrecht: EFP, 2002.

Fazel S, Danesh J. Serious mental disorder in 23,000 prisoners: a systematic review of 62 surveys. *Lancet* 2002;359(9306):545-50.

Felsö FA, Theeuwes JJM. *De vraag naar tbs: haalbaarheidsstudie naar een voorspelmodel voor de vraag naar tbs*. Amsterdam: Stichting voor Economisch Onderzoek, 2002.

Goldstein AP, Glick B, Gibbs JC. *Aggression Replacement Training: a comprehensive intervention for aggressive youth*. Champaign: Research Press, 1998.

Heiden-Attema N, Wartna BSJ. *Recidive na verblijf in een JBI: een vervolgstudie naar de geregistreerde criminaliteit onder jongeren uit een justitiële behandelingsrichting*. Den Haag: Wetenschappelijk Onderzoek- en Documentatiecentrum, 2000.

Heijden T van der. 'Forensische diagnostiek jeugdzorg'. In: *FP2D* 2003; 1(1): 1-3.

Hildebrand M, Ruiter C de. 'OCL-R psychopathy and its relation to DSM-IV axis I and axis II disorders in a sample of male forensic psychiatric patients in the Netherlands'. In: *International Journal of Law and Psychiatry* 2004 (in press)

Hildebrand M, Ruiter C de, Vogel V de. 'Recidive van verkrachters en aanranders na TBS: de relatie met psychopathie en seksuele deviatie'. In: *De psycholoog* 2003; 38(3): 114-24.

Hollin CR. *Handbook of offender assessment and treatment*. New York: Wiley, 2001.

Hornsveld R, Dam-Baggen R van, Leenaars E, Jonkers P. 'Agressiehanteringstherapie voor forensisch-psychiatrische patiënten met gewelddelicten: ontwikkeling en praktijk'. In: *Tijdschrift voor Psychotherapie* 2004; 30(1): 22-37.

Inspectie Jeugdhulpverlening en Jeugdbescherming (JHVJB). *Toezicht in beweging: jaarverslag 2001*. Den Haag: JHVJB, 2001: 5-36.

Inspectie voor de Gezondheidszorg. *Het algemeen toezicht op de justitiële tbs-inrichtingen in 2000*. Den Haag: Inspectie voor de Gezondheidszorg, 2001.

Jeugdforensisch Platform Amsterdam. *Jeugdforensische wegwijzer Amsterdam*. Amsterdam: Jeugdforensisch Platform Amsterdam, 2003.

Kogel CH de, Verwers C. *De longstay-afdeling van Veldzicht: een evaluatie*. Den Haag: Boom Juridische uitgevers, 2003.

Lodewijks H, Ruiter C de, Doreleijers T. 'Risicotaxatie en risicohantering van gewelddadig gedrag bij adolescenten'. In: *Directieve Therapie* 2003; 23(1): 25-42.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. *Verbeteringen werking jeugdzorg i.r.t. Wet op de Jeugdzorg: brief aan de Tweede Kamer, 11 november 2002*. Tweede Kamer der Staten-Generaal, vergaderjaar 2002-2003, 28606, nr. 3. Den Haag: Sdu Uitgevers, 2002.

Moolenaar DEG, Huijbregts GLAM. *Sanctiecapaciteit 2007: een beleidsneutrale prognose*. Den Haag: Wetenschappelijk Onderzoek- en Documentatiecentrum, 2003.

Moolenaar DEG, Tulder FP van, Huijbregts GLAM, Heide W van der. *Prognose van de sanctiecapaciteit tot en met 2006*. Den Haag: Wetenschappelijk Onderzoek- en Documentatie Centrum, 2002.

Plemper EMT. *Ambulante forensische psychiatrie: onderzoek forensisch psychiatrische poli- en dagklinieken*. Utrecht: Verwey-Jonker Instituut, 2001.

Rigter H, Have M ten, Cuijpers P, Depla M, Gageldonk A van, Laan G van der, Peterse A, Ruiter C de, Smits CVW, Wolf J. *Brancherapport GGZ-MZ 1998-2001*. Den Haag: Sdu Uitgevers, 2002.

Schoemaker C, Zessen G van. *Psychische stoornissen bij gedetineerden: een verkennend onderzoek in Penitentiair Complex Scheveningen*. Utrecht: Trimbos-instituut, 1997.

Sectordirectie TBS. *Meerjarenbeleidsplan sectordirectie TBS 2002-2006*. Den Haag: Dienst Justitiële Inrichtingen, 2002.

Veen VC, Vlachos STW. *Relationeel geweld: een onderzoek naar de effectiviteit van behandeling en de predictoren van behandeluitkomst bij partnermishandelaars*. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam, Faculteit der Psychologie, 2003.

Verburg H, Boerema I. *Aanzet tot een basisprogramma voor daders van seksuele delicten*. Utrecht: Trimbos-instituut, 2004b.

Verburg H, Boerema I. *Aanzet tot een basisprogramma voor forensisch psychiatrische patiënten met een persoonlijkheidsstoornis en agressief gedrag*. Utrecht: Trimbos-instituut, 2004c.

Verburg H, Boerema I. *Aanzet tot een basisprogramma voor forensisch psychiatrische patiënten met psychotische kwetsbaarheid*. Utrecht: Trimbos-instituut, 2004a.

Vink R. 'Huiselijk geweld: een nieuw beleidsterrein voor GGD'en?' In: *GGD Nieuws* 2002; 14(5): 14-8.

Vogel V de, Ruiter C de, Beek D van, Mead G. 'De waarde van gestructureerde risicotaxatie: een retrospectief empirisch onderzoek bij behandelde seksuele delinquenten'. In: *Maandblad Geestelijke volksgezondheid* 2003; 58(1): 9-29.

Vreugdenhil J. *Psychiatric disorders among incarcerated male adolescents in the Netherlands*. Amsterdam: Vrije Universiteit, 2003.

Warnaar B, Wegelin M. 'De behandeling van partnermishandelaars'. In: *Directieve Therapie* 2003; 23(1): 63-81.

Paragraaf 3.6

Bransen E, Land H van 't. *Gebruiksruimten in Nederland* (in voorbereiding). Utrecht: GGZ Nederland, 2004.

Brink W van den, Hendriks VM, Blanken P. *Heroïne op medisch voorschrift: verkorte weergave van de rapportage*. Utrecht: Centrale Commissie Behandeling Heroïneverslaafden, 2002.

Brook DW, Brook JS, Zhang C, Cohen P, Whiteman M. 'Drug use and the risk of major depressive disorder, alcohol dependence, and substance use disorders'. In: *Archives of General Psychiatry* 2002; 59(11): 1039-44.

Brussel GHA van, Buster MCA. *Oggz Monitor Amsterdam: inclusief de jaarcijfers over problematische opiaatverslaafden en uitgaansdrugsongevallen*. Amsterdam: GG&GD Amsterdam, 2002: 4-54.

Bureau NDM. *Nationale Drugmonitor: jaarbericht 1999*. Utrecht: Bureau NDM, 1999.

College Tarieven Gezondheidszorg. *Jaarverslag 2002 College Tarieven Gezondheidszorg: deel B: verslag van werkzaamheden*. Utrecht: CTG, 2003.

Commissie Invoeringaspecten Behandeling Heroïneverslaving (CIBH). *Over blijvende zorg: een voorstel voor de invoering van een duurzame, kwalitatief verantwoorde, medische behandeling met heroïne*. Utrecht: CIBH, 2003.

Cool W. *Landbouw verbindt! 'Landbouw & zorg als antwoord op overlast': verslag van een pilotproject*. Haarlem: Omslag, 2002.

Doel M van den, Nysingh S, Vries P de. *Door elkaar lopende zorg? Onderzoek naar het zorgcircuit rond de dubbele diagnose cliënten in Assen*. Groningen: RUG, 2002.

Driessen FMHM, Lelij B van der, Smeets HM. *Effecten van hoge doses methadon: een gerandomiseerd lange termijn experiment op negen locaties: eerste resultaten*. Utrecht: Bureau Driessen, 2002.

Driessen FMHM, Lelij B van der, Smeets HM. *Effecten van hoge doses methadon: een gerandomiseerd lange termijn experiment op negen locaties: eindrapport*. Utrecht: Bureau Driessen, 2003.

Es M van. *Resultatenverslag 2002 'Resultaten Scoren'*. Utrecht: GGZ Nederland, 2003.

Europees Waarnemingscentrum voor drugs en drugsverslaving. *Stand van de drugsproblematiek in de Europese Unie en Noorwegen: jaarverslag 2003*. Lissabon: EWDD, 2003.

Farrell M, Howes S, Bebbington P, Brugha T, Jenkins R, Lewis G, Marsden J, Taylor C, Meltzer H. 'Nicotine, alcohol and drug dependence and psychiatric comorbidity'. In: *British Journal of Psychiatry* 2001; 179 (november): 432-7.

Gageldonk A van, Zwart W van, Stel J van der, Donker M. *De Nederlandse verslavingszorg: overzicht van de kennis over aanbod, vraag en effect*. Utrecht: Trimbos-instituut, 1997.

GGZ Nederland. *Actieplan alcoholzorg: verslag activiteiten over het jaar 2002*. Utrecht: GGZ Nederland, 2003.

Glind G van de, Eland A, Duin D van. *Protocol ADHD bij verslaving*. Utrecht: Trimbos-instituut, 2003.

Hofman K, Kuik J, Schut J. *Het Assense Project 'Psychiatrische Thuiszorg' voor Verslaafden (PTZ-V): evaluatieverslag*. Assen: CAD Drenthe/APZ Drenthe, 1997.

Jong CAJ de, Krabbe PFM. *Snelle detoxificatie van opiaten: wat voegt anesthesie toe? Korte termijn resultaten van een gerandomiseerde vergelijking tussen twee methoden van snelle detoxificatie bij afhankelijkheid van opiaten*. Sint Oedenrode; Nijmegen: Novadic; UMC St. Radboud, 2002.

Koeter MWJ. *Vroeghulp aan verslaafden II: het effect van de Vroeghulp Interventie Aanpak op criminele recidive en verslavingsgedrag*. Amsterdam: AIAR, 2002.

Laar M van, Cruets G, Rigter H, Verdurmen J, Meijer RF, Ooyen MMJ van. *Nationale Drugmonitor: jaarbericht 2002*. Utrecht: Bureau NDM, 2002.

Laar M van, Cruets G, Verdurmen J, Meijer RF, Panhuis P van, Ooyen MMJ van. *Nationale Drugmonitor: jaarbericht 2003*. Utrecht: Bureau NDM, 2003.

Land H van 't, Vrugink J, Wolf J. *Van later zorg? Over de kwaliteit van laagdrempelige zorg voor langdurig verslaafden*. Utrecht: Trimbos-instituut, 2003.

Linssen L, Graaf I de, Wolf J. *Gebruiksruimten in beeld: handreiking bij organisatie en inrichting*. Utrecht: GGZ Nederland; Trimbos-instituut, 2002.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. *Zorgnota 2000: bijlagen*. Tweede Kamer der Staten-Generaal, vergaderjaar 1999-2000, 26801, nr. 3. Den Haag: Sdu Uitgevers, 1999.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. *Alcoholnota: nota over de intensivering van het beleid tegen alcoholmisbruik (2001-2003)*. Tweede Kamer der Staten-Generaal, vergaderjaar 2000-2001, 27565, nr. 2. Den Haag: Sdu Uitgevers, 2000.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. *Drugbeleid: brief minister over de voortzetting van de heroïneverstrekking aan zwaar verslaafden*. Tweede Kamer der Staten-Generaal, vergaderjaar 2003-2004, 24077, nr. 123. Den Haag: Sdu Uitgevers, 2003.

Nolten A. *Jaarverslag 2002 Bouman Verslavingszorg*. Rotterdam: Bouman Verslavingszorg, 2003.

Noorlander E. *In-patient help for 'double-trouble' patients*. Paper presented at the 11th International Conference on the reduction of drug related harm. Jersey: S.n., 2000.

Ouweland AW, Mol A, Boonzajer Flaes S. *Kerncijfers verslavingszorg 2001: Landelijk Alcohol en Drugs Informatie Systeem (LADIS)*. Houten: Stichting Informatie Voorziening Zorg, 2003.

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ), Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling (RMO). *Verslavingszorg herijkt: advies over een besturingsmodel voor verslavingszorg en verslavingsbeleid*. Zoetermeer; Den Haag: RVZ; RMO, 1999.

Rigter H, Have M ten, Cuijpers P, Depla M, Gageldonk A van, Laan G van der, Peterse A, Ruiters C van, Smits CVW, Wolf J. *Brancherapport GGZ-MZ 1998-2001*. Den Haag: Sdu Uitgevers, 2002.

Sareen J, Chartier M, Kjernisted KD, Stein MB. 'Comorbidity of phobic disorders with alcoholism in a Canadian community sample'. In: *Canadian Journal of Psychiatry* 2001; 46(8): 733-40.

Verdurmen J, Monshouwer K, Dorsselaer S van. *Bovenmatig drinken in Nederland: uitkomsten van de 'Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study' [NEMESIS]*. Utrecht: Bureau NDM, 2003.

Verheul R, Bosch LMC van den, Koeter MWJ, Ridder MAJ de, Stijnen T, Brink W van den. 'Dialectical behaviour therapy for women with borderline personality disorder: 12-month, randomised clinical trial in the Netherlands'. In: *British Journal of Psychiatry* 2003; 182(2): 135-40.

Vermeulen K, Toet J, Ameijden E van. *Tussenrapportage evaluatieonderzoek van de 24-uur woonvoorzieningen voor Utrechtse druggebruikers: hostel de Hoek*. Utrecht: GG&GD, 2003.

Vitale S, Eijnden R van der. *Een integraal behandelaanbod voor dubbele diagnose patiënten: evaluatie van een zorgvernieuwingsproject*. Rotterdam: IVO, 2002.

Paragraaf 3.7

Abraham MD, Kaal HL, Cohen PDA. *Licit and illicit drug use in the Netherlands, 2001*. Amsterdam: CEDRO, 2002.

Anderson P. *The risk of alcohol: what general practice can do*. Nijmegen: Katholieke Universiteit Nijmegen, 2003.

Bieleman B, Jetzes M, Kruize F. *Alcoholverstrekking aan jongeren: naleving leeftijdsgrenzen 16 en 18 jaar uit de Drank- en Horecawet: metingen 1999 en 2001*. Groningen: Intraval, 2002.

Bohlmeijer E, Cuijpers P. *Tweede gids preventie psychische stoornissen en verslavingen*. Utrecht: Trimbos-instituut, 2001.

Bolier L, Riper H, Poelmans I, Vocht M de. *Draaiboek homeparty's in de praktijk: homepartyproject fase 2. Rapportage van de procesevaluatie*. Utrecht: Trimbos-instituut; De Grift, 2003.

Cuijpers P, Bohlmeijer E. *Preventie van psychische problemen vanuit de geestelijke gezondheidszorg: de effecten van groepsgerichte interventies*. Utrecht: Trimbos-instituut, 2001.

Cuijpers P, Bohlmeijer E, Beekman ATF, Smit F. 'GGZ-preventie: nu en in de toekomst'. In: *Maandblad Geestelijke volksgezondheid* 2003; 58(11): 1036-48.

Graaff D de. *Zomercampagne 2002: een evaluatie van de 'peer'-benadering*. Haarlem: ResCon, 2003.

Kok A, Hoogenhuyze C van, Dam J van. *Jaarverslag 2001 Drugs Infolijn*. Utrecht: Trimbos-instituut, 2002.

Kok A, Hoogenhuyze C van, Dam J van. *Jaarbericht 2002: Drugs Infolijn*. Utrecht: Trimbos-instituut, 2003.

Lemmers L, Schulten I, Sannen A. *Implementatiegraad 'De gezonde school en genotmiddelen in het voortgezet onderwijs in het schooljaar 2002/2003'* (vooralsnog voor intern gebruik). Utrecht: Trimbos-instituut, 2003.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. *Beleidsvisie Geestelijke Gezondheidszorg 1999*. Tweede Kamer der Staten-Generaal, vergaderjaar 1998-1999, 25424, nr. 6. Den Haag: Sdu Uitgevers, 1998.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. *Alcoholbeleid: brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 8 juli 2002*. Tweede Kamer der Staten-Generaal, vergaderjaar 2001-2002, 27565, nr. 24. Den Haag: Sdu Uitgevers, 2002.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. *Jaarbeeld zorg 2002*. Tweede Kamer der Staten-Generaal, bijlage bij kamerstuk 28880, nr. 50. Den Haag: Sdu Uitgevers, 2003b.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. *Langer gezond leven: ook een kwestie van gezond gedrag*. Tweede Kamer der Staten-Generaal, vergaderjaar 2003-2004, bijlage bij kamerstuk 22894 nr. 20. Den Haag: Sdu Uitgevers, 2003a.

Oers JAM van. *Gezondheid op koers? Volksgezondheid Toekomstverkenning 2002*. Bilthoven: RIVM, 2002.

Pauw E de. *Evaluatie campagne: 'Ben jij sterker dan drank?': jongeren houden een zwak voor alcohol*. Amsterdam: NIPO, 2001.

ResCon. *De gezonde school en genotmiddelen 1995-1998: eindevaluatie*. Haarlem: ResCon, 1999.

Rigter H, Have M ten, Cuijpers P, Depla M, Gageldonk A van, Laan G van der, Peterse A, Ruiter C de, Smits CVW, Wolf J. *Brancherapport GGZ-MZ 1998-2001*. Den Haag: Sdu Uitgevers, 2002.

Scholten A, Planije M, Niesink R. *Rapportage DIMS 2002*. Utrecht: Trimbos-instituut, 2003.

Senten M, Korff Gidts S de, Kuling V. *Preventie loont: tussenstand van het Programma Preventie 1998-2002: geestelijke gezondheid*. Assen: Koninklijke Van Gorcum, 2003.

Smit F, Bohlmeijer E, Cuijpers P. *Wetenschappelijke onderbouwing depressiepreventie: epidemiologie, aangrijpingspunten, huidige praktijk, nieuwe richtingen*. Utrecht: Trimbos-instituut, 2003.

Teunis C. *www.zwaarweer.nl/forum: een feedbackonderzoek naar het internetforum van Korrelatie voor jongeren met een depressie*. Utrecht: Korrelatie, 2001.

Verdurmen J, Monshouwer K, Dorsselaer S van. *Bovenmatig drinken in Nederland: uitkomsten van de 'Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study' [NEMESIS]*. Utrecht: Bureau NDM, 2003.

Vollebergh WAM, Graaf R de, Have M ten, Schoemaker CG, Dorsselaer S van, Spijker J, Beekman ATF. *Psychische stoornissen in Nederland: overzicht van de resultaten van NEMESIS*. Utrecht: Trimbos-instituut, 2003.

Voordouw I, Kramer J, Cuijpers P. *Grip op je dip: zelf je somberheid overwinnen. Een handreiking voor coördinatoren en begeleiders van de cursus voor jongvolwassenen (18-25 jaar)*. Utrecht: Trimbos-instituut, 2002.

Willemse G, Cuijpers P, Smit F. 'Zelf depressieve klachten overwinnen: preventie van depressie bij huisartspatiënten'. In: *Preventie Periodiek* 2004a; 7(1): 1-3.

Willemse GRWM, Smit F, Cuijpers P, Tiemens BG. Minimal contact psychotherapy for sub-threshold depression in primary care: a randomised trial. Submitted. 2004b.

Paragraaf 3.8

Algemene Rekenkamer. *Opvang zwerfjongeren*. Tweede Kamer der Staten Generaal, vergaderjaar 2001-2002, 28265, nrs. 1-2. Den Haag: Sdu Uitgevers, 2002.

Algemene Rekenkamer. *Opvang zwerfjongeren 2003*. Tweede Kamer der Staten Generaal, vergaderjaar 2003-2004, 29290, nrs. 1-2. Den Haag: Sdu Uitgevers, 2003.

Bransen E, Boesveldt N, Nicholas S, Wolf J. *Openbare geestelijke gezondheidszorg voor sociaal kwetsbare mensen: verslag van een onderzoek naar de huidige praktijk van de oggz voor sociaal kwetsbare mensen*. Utrecht: Trimbos-instituut, 2001.

Flikweert MWM, Mak JKE, Melief WBAM, Laan G van der. *De uitkomsten van de hulpverlening van MJD Groningen*. Utrecht: Verwey-Jonker Instituut, 2002.

Flikweert MWM, Melief WBAM. *Cliënten over het maatschappelijk werk: een metastudie naar tevredenheidsonderzoek in het maatschappelijk werk*. Utrecht: Verwey-Jonker Instituut, 2000.

Hallen JGR van der, Smit JM de. *Meld- en Actiepunt Bemoeizorg: eindevaluatie*. Goes: GGD Zeeland; Emergis, 2003.9

Jonge M de. 'Terug naar normaal: enkele reis'. In: Lohuis G, Schilperoort R, Schout G (eds.) *Van bemoei- naar groeizorg: methodieken in de oggz*. Groningen: Wolters Noordhoff, 2000; 7-8.

Laan G van der. *Het maatschappelijk werk op het snijvlak van zorg en welzijn* (interne publicatie ten behoeve van de vaste kamercommissie VWS). Utrecht: Universiteit Utrecht, 1998.

Land H van 't, Vruggink J, Wolf J. *Van later zorg? Over de kwaliteit van laagdrempelige zorg voor langdurig verslaafden*. Utrecht: Trimbos-instituut, 2003.

Lohuis G, Schilperoort R, Schout G. *Van bemoei- naar groeizorg: methodieken in de oggz*. Groningen: Wolters Noordhoff, 2000.

Lourens J, Scholten C, Werf C van der, Ziegelaar A. *Verkommerden en verloederden: een onderzoek naar de omvang en aard van de groep in Nederland*. Leiden: Research voor Beleid, 2002.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. *De opvang verstoort: IBO maatschappelijke opvang: interdepartementaal beleidsonderzoek 2002-2003*. Tweede Kamer der Staten-Generaal, bijlage bij kamerstuk 29325, nr. 1. Den Haag: Sdu Uitgevers, 2003.

Planije M, Land H van 't, Wolf J. *Hulpverlening aan zwerfjongeren*. Utrecht: Trimbos-instituut, 2003.

Toet J, Reinking D, Smit R, Meer G van der. *Volksgezondheidsmonitor Utrecht: themarapport gemarginaliseerde groepen*. Utrecht: GG&GD Utrecht, 2003.

VOG. *Bedrijfsspiegel amw: jaarrapport 1999*. Utrecht: VOG, 1999.

VOG. *Het algemeen maatschappelijk werk in beeld: jaarrapport 1999*. Utrecht: VOG, 2001.

Wolf J, Elling A, Graaf I de. *Monitor Maatschappelijke Opvang: deelmonitoren Vraag, Aanbod en Gemeentelijk beleid*. Utrecht: Trimbos-instituut, 2000.

Wolf J, Greshof D, Jager J. *Aan de voordeur van de vrouwenopvang: een onderzoek naar de instroom*. Utrecht: Trimbos-instituut, 2003b.

Wolf J, Nicholas S, Hulsbosch L, Pas S te, Hoogeboezem G, Oort M van. *Monitor Maatschappelijke Opvang: jaarbericht 2003*. Utrecht: Trimbos-instituut, 2003a.

Hoofdstuk 4

Asbroek A ten, Arah O, Delnoij D, Custers T, Klazinga N. *De ontwikkeling van een Nederlands raamwerk van prestatie-indicatoren voor de gezondheidszorg: het consumentenperspectief, het financieel perspectief, het bedrijfsvoeringsperspectief en het innovatieperspectief*. Notitie ten behoeve van PBW. Amsterdam: AMC, 2003.

Bijl RV, Ravelli A. 'Psychiatrische morbiditeit, zorggebruik en zorgbehoefte: resultaten van de Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS)'. In: *Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen* 1998; 76(8): 446-57.

Delnoij DMJ, Asbroek AHA ten, Arah OA, Custers T, Klazinga NS. *Bakens zetten: naar een Nederlands raamwerk van prestatie-indicatoren voor de gezondheidszorg*. Den Haag: ministerie van VWS, 2002.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. *Met zorg kiezen: de toerusting van patiënten en consumenten in een vraaggestuurde zorg*. Tweede Kamer der Staten-Generaal, vergaderjaar 2000-2001, 27807, nr. 2. Den Haag: Sdu Uitgevers, 2001b.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. *Vraag aan bod: hoofdlijnen van vernieuwing van het zorgstelsel*. Tweede Kamer der Staten-Generaal, vergaderjaar 2000-2001, 27855, nr. 2. Den Haag: Sdu Uitgevers, 2001a.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. *Evaluatie Kwaliteitswet zorginstellingen: brief staatssecretaris met de hoofdlijnen van een vernieuwend kwaliteitsbeleid*. Tweede Kamer der Staten-Generaal, vergaderjaar 2002-2003, 28439, nr. 2. Den Haag: Sdu Uitgevers, 2002a.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. *Vernieuwing van het zorgstelsel: brief van de minister en de staatssecretaris aan de Tweede Kamer, 15 april 2002*. Tweede Kamer der Staten-Generaal, vergaderjaar 2001-2002, 27855, nr. 17. Den Haag: Sdu Uitgevers, 2002b.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, directie Geestelijke Gezondheidszorg Verslavingszorg en Maatschappelijke Opvang. *Opdrachtbrief voor de terreinverkenning naar Prestatie-indicatoren van de plaatsvervangend directeur van de directie Geestelijke Gezondheidszorg, Verslavingszorg en Maatschappelijke Opvang van het ministerie van VWS*. Den Haag: ministerie van VWS, 2003a.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, directie Geestelijke Gezondheidszorg Verslavingszorg en Maatschappelijke Opvang. *Sjabloon plan van aanpak prestatie-indicator 3c 'effectiveness mental health'*. Den Haag: ministerie van VWS, 2003b.

OECD. *Health Care Quality Indicators Project: Report of the Mental Health Panel*. Organisation for Economic Co-operation and Development, Directorate for Employment, Labour and Social Affairs, 2003.

Oers JAM van. *Gezondheid op koers? Volksgezondheid Toekomstverkenning 2002*. Bilthoven: RIVM, 2002.

Wennink HJ, Wijngaarden B van, Schoemaker C, Brouwer AMA, Kroon FAI, Kanne ME. *Over het meten van prestaties van de geestelijke gezondheidszorg, de verslavingszorg en de maatschappelijke opvang: Een terreinverkenning*. Utrecht: Trimbos-instituut/Zorg Consult Nederland, 2004.

Bijlage 1

Pijl YJ, Haar ES van der, Wiersma D, Sytema S. 'Extramuralisering en deconcentratie van de Drentse GGZ'. In: *Maandblad Geestelijke volksgezondheid* 2003; 58(6): 574-86.

Prins C, Boonzajer Flaes S, Mulder E. *Kerncijfers uit de ggz: 2000 - 2002*. Utrecht: GGZ Nederland, 2003.

Rigter H, Have M ten, Cuijpers P, Depla M, Gageldonk A van, Laan G van der, Peterse A, Ruiters C de, Smits CVW, Wolf J. *Brancherapport GGZ-MZ 1998-2001*. Den Haag: Sdu Uitgevers, 2002.

VOG. *Het algemeen maatschappelijk werk in beeld: jaarrapport 1999*. Utrecht: VOG, 2001.

Bijlage 1 Kwaliteit van informatiebronnen

In hoofdstuk 3 van dit brancherapport zijn de feiten en cijfers over de geestelijke gezondheidszorg en maatschappelijke zorg over de periode 2000-2003 gepresenteerd. In deze bijlage worden de informatiebronnen beschreven die daarvoor gebruikt zijn. Meer informatie over de gebruikte bronnen is te vinden op de website 'Tellen & Meten': www.tellenenmeten.nl. De aansluiting tussen deze informatiebronnen en de prestatie-indicatoren is beschreven in hoofdstuk 4.

Zorginformatiesysteem GGZ Nederland

Het Zorginformatiesysteem (Zorgis) is in 2000 in de ggz ingevoerd. Het doel van Zorgis is informatie leveren voor beleid, planning en onderzoek op het terrein van de geestelijke gezondheidszorg. Zorgis is voornamelijk opgezet om ggz-instellingen informatie te geven over hun prestaties. Het systeem moet bijvoorbeeld benchmarking in de ggz stimuleren. Zorgis is gericht op alle lidinstellingen van GGZ Nederland; dit zijn er ongeveer 150.

De gegevens in Zorgis worden op cliëntniveau verzameld. Het gaat om informatie over inschrijving, wachttijden, diagnose/problematiek, juridische status en zorgverlening. Alle gegevens zijn geclassificeerd. Voor diagnostiek wordt gebruikgemaakt van DSM-IV en ICD-9CM of ICD-10. In totaal bevat Zorgis ongeveer 50 variabelen, die allemaal zijn gedefinieerd in een codeboek. De instellingen leveren de gegevens aan bij de centrale administratie bij GGZ Nederland.

De eerste officiële rapportage over Zorgis-gegevens is uitgekomen in 2003 (Prins et al. 2003). Hieruit blijkt dat er nog een aantal problemen bestaat. Het belangrijkste probleem is dat de gegevensaanlevering aan Zorgis niet volledig is (Prins et al. 2003). Dit wordt geïllustreerd in tabel B.1. Het gaat hier om het potentiële aantal aan Zorgis leverende instellingen (100 procent) in vergelijking met het werkelijke aantal. Uit tabel B.1 kan worden geconcludeerd dat er in de periode 2000-2002 te veel gegevens ontbreken om landelijk representatieve cijfers uit af te leiden voor een aantal typen instellingen, zoals de RIBW's, kind- en jeugdpsychiatrie (kjp), tbs en verslavingszorg (vz). Deze instellingen leveren onvoldoende gegevens aan om over de periode 2000-2002 enigszins betrouwbare landelijke schattingen te doen (www.ggz nederland.nl).

TABEL B.1

Percentage van het aantal potentiële instellingen dat informatie heeft aangeleverd voor de landelijke cijfers over Zorgis. Responsoverzicht 23 juni 2003 (in %)

	2000	2001	2002
Respons ggz	76	85	82
Respons APZ	70	80	70
Respons RIAGG	64	71	57
Respons RIBW	7	11	11
Respons kpj	30	50	40
Respons tbs	14	29	14
Respons vz	33	33	8
Totale respons over 114 instellingen	45	53	41

Bron: GGZ Nederland, 2003

College Tarieven Gezondheidszorg

Het College Tarieven Gezondheidszorg (CTG) is verantwoordelijk voor de verdeling van de AWBZ-middelen en maakt afspraken over de tarieven. Instellingen maken hun productieafspraken met het CTG op basis van de door hen aangeleverde gegevens. De dekkingsgraad van het CTG is hiermee 100 procent. De gegevens van het CTG zijn echter instellingstatistieken en geven geen informatie over aantallen cliënten of over het gebruik van voorzieningen door specifieke groepen cliënten. In hoofdstuk 3 hebben we in de gevallen dat de cijfers van GGZ Nederland minder betrouwbaar of niet informatief zijn, (ook) gebruikgemaakt van de cijfers van het CTG (www.ctg.nl).

Landelijke Registratie Jeugdhulpverlening

De Landelijke Registratie Jeugdhulpverlening is onderdeel van de Stichting Registratie Jeugd Voorzieningen (SRJV). Het doel van de SRJV is om in het kader van de Wet op de jeugdhulpverlening gegevens te verzamelen over de jeugdhulpverlening, om beleid op te baseren. Specifiek gaat het over cliënten die gebruikmaken van de jeugdhulpverlening en om gegevens over de jeugdhulpverleningsinstellingen. Ieder kwartaal leveren 118 jeugdhulpverleningsinstellingen (gemiddeld 80 procent van de instellingen) gegevens aan de SRJV (www.srvj.nl). Het percentage instellingen dat gegevens aanlevert voor de SRJV-jaarverslagen staat in tabel B.2. In de jaren voor 2000 is de dekkinggraad constant rond de 90 procent geweest (Schriftelijke opgave van het SRJV). Doordat de stichting is overgegaan op een ander format om gegevens aan te leveren, is de dekkinggraad gedaald naar 62 procent in 1999, en weer gestegen naar 77 procent in 2000. In de jaren 2001 en 2002 lag de dekkinggraad weer boven de 80 procent. Dit maakt de gegevens van de SRJV over de productie relatief betrouwbaar.

TABEL B.2
Deelname instellingen SRJV-jaarverslagen

	2000	2001	2002
Jeugdhulpverleningsorganisaties	142	132	121
Locaties	1.623	1.539	1.507
Dekkingsgraad jaarverslag SRJV (in %)	77	88	81

Bron: Jaarverslagen SRJV 2000, 2001, 2002

Landelijk Alcohol en Drugs Informatiesysteem (LADIS)

Het LADIS heeft als doel in opdracht van het ministerie van VWS uniforme data te verzamelen en te analyseren over verslavingsproblematiek (middelen, omvang problematisch gebruik) en verslavingszorg (zorgvraag- en gebruik) in Nederland. Instellingen voor ambulante verslavingszorg leveren ieder kwartaal hun gegevens aan bij de Stichting Informatievoorziening Zorg/Stichting Informatievoorziening Verslavingszorg (IVZ/IVV), die het LADIS uitvoert. De informatie wordt geanonimiseerd en op cliëntniveau aangeleverd. De database bevat sociaal-demografische gegevens over de cliënt, informatie over de hulpvraag en het hulpaanbod, en over de hulporganisatie, bijvoorbeeld contactgegevens, reclasseringsgegevens. Als de cliënt vervangende middelen krijgt, zoals methadon, wordt dit eveneens vastgelegd. In principe nemen alle instellingen voor ambulante verslavingszorg deel aan LADIS. Het gaat in totaal om 22 organisaties met circa 120 vestigingen. De dekkinggraad van LADIS is ongeveer 85 procent van alle hulpvragers met problematisch middelengebruik en verslavingsproblematiek (www.ivz.nl).

Informatie over vrijgevestigden

Onder de vrijgevestigden worden beroepsbeoefenaars in de ggz verstaan die zelfstandig gevestigd zijn en een eigen praktijk hebben. Binnen de ggz gaat het om psychiaters, psychologen en (psycho)therapeuten. Deze beroepsbeoefenaars zijn vaak aangesloten bij een beroepsorganisatie. Een deel van de vrijgevestigden is aangesloten bij een regionale ggz-instelling om zo AWBZ-gefinancierde zorg te kunnen leveren, het grootste deel van de vrijgevestigden echter niet. Het is niet mogelijk representatieve informatie over de capaciteit en productie van de vrijgevestigden te geven: de gegevens worden niet centraal geregistreerd. Sommige verzekeraars vergoeden alleen gekwalificeerde eerstelijnspsychologen die tevens lid zijn van een ROEP (Regionaal Orgaan Eerstelijns Psychologen). In een ROEP zijn binnen een regio een aantal gekwalificeerde eerstelijnspsychologen georganiseerd. Binnen de ROEP behartigen zij gezamenlijk hun belangen. Er zijn 25 ROEP's in Nederland (www.hulpgids.nl). Van de gezamenlijke gegevens van de ROEP's zou gebruik kunnen worden gemaakt om een indicatie te geven van zorggebruik en productie. In het huidige brancherapport is dat echter niet gedaan, omdat het niet duidelijk is of dat een representatief beeld oplevert van de groep vrijgevestigde eerstelijnspsychologen.

Stichting Farmaceutische Kengetallen

Het doel van de registraties van de Stichting Farmaceutische Kengetallen (SFK) is inzicht te verwerven in hoe het intramurale en extramurale geneesmiddelengebruik in Nederland zich ontwikkelt en hoe het is samengesteld. De gegevens van het SFK kunnen worden toegepast voor beleidsvorming, de beroepsuitoefening van apothekers en wetenschappelijk onderzoek. De SFK verzamelt en analyseert sinds 1990 gedetailleerde gegevens over de verstrekking van genees- en hulpmiddelen via openbare apotheken in Nederland, en vanaf 2002 ook via ziekenhuisapotheken. Op dit moment leveren 1.470 van de 1.654 openbare apotheken in Nederland informatie aan de SFK. Deze 1.470 apotheken bedienen samen 13 miljoen Nederlanders die jaarlijks ongeveer 120 miljoen keer een genees-, verband- of hulpmiddel verstrekt krijgen. Per verstrekking registreert de SFK gegevens over het middel dat is afgeleverd, de apotheek die het middel verstrekt heeft, de zorgverzekeraar die de verstrekking al of niet vergoedt, de arts die het middel heeft voorgeschreven en de patiënt die het middel voorgeschreven heeft gekregen (www.sfk.nl).

Stichting Jongereninformatie Nederland

In het brancherapport *GGZ-MZ 1998-2001* (Rigter et al. 2002) werd de oprichting van de Stichting Jongereninformatie Nederland (SjN) vermeld. Deze stichting houdt sinds 2000 een bestand bij van lokale, regionale en landelijke projecten gericht op probleemgedrag van jongeren. De projecten bestrijken de gehele jeugdzorg. Veel projecten in de databank zijn erop gericht psychosociale problemen te voorkomen en sociale vaardigheden te trainen. Het merendeel van de projecten richt zich op de jongeren zelf, bij projecten die erop gericht zijn problemen in de opvoeding te voorkomen, wordt het hele gezin betrokken. Er zijn in de databank nu ruim 300 projecten opgenomen op de volgende probleemgebieden: agressie (35), criminaliteit (97), overlast (56), psychosociale problemen (104), uitval (67), vandalisme (33) en verslaving (www.sjn.nl/projecten).

Dienst Justitiële Inrichtingen

De Dienst Justitiële Inrichtingen (DJI) voert onder andere vrijheidsbenemende straffen en maatregelen uit bij jeugdige en volwassen delinquenten. Voor informatie over de productie binnen de sector Forensische Psychiatrie is gebruikgemaakt van het jaarverslag van de DJI (www.dji.nl).

Wachlijstregistratie ggz

In opdracht van het ministerie van VWS heeft Bureau HHM (Hoeksma, Homans & Menting) driemaal een inventarisatie uitgevoerd om de wachtlijsten in kaart te brengen. Voor de eerste twee peilingen is op cliëntniveau een databestand opgebouwd van alle cliënten die wachten. Het ging daarbij niet alleen om wachten op zorg, maar ook om doorstroming vanuit de aanmeldingsfase en de indicatiefase naar de behandelfase. Voor de derde peiling is een steekproef gedaan bij vijftien zorgkantorregio's. Deze gegevens zijn geëxtrapoleerd naar het landelijke niveau, zodat de resultaten vergeleken kunnen worden met de vorige twee peilingen, behalve voor de forensische psychiatrie. Doordat instellingen voor forensische psychiatrie ongelijk gespreid zijn over het land, geven de resultaten binnen de steekproef geen betrouwbaar landelijk beeld. De wachtenden in de forensische psychiatrie zijn daarom in deze derde inventarisatie buiten beschouwing gelaten. De vrijgevestigde psychiaters en psychotherapeuten zijn wel volledig betrokken bij het onderzoek. In oktober 2001 hebben GGZ Nederland, de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie en de Nederlandse Vereniging van Vrijgevestigde Psychotherapeuten een convenant gesloten om een landelijke databank op te zetten om de wachtlijsten in de ggz transparanter te maken. Deze databank is per 1 januari 2002 van start gegaan. Het is de bedoeling dat de infrastructuur en het beheer ervan goed aansluiten bij Zorgis. Om aan de landelijke databank en Zorgis deel te nemen, hebben de ggz-instellingen een financiële impuls van € 13,6 miljoen gekregen van VWS.

Registratiesystemen maatschappelijke opvang

De belangrijkste informatiebronnen voor de maatschappelijke opvang (mo) zijn het oude registratiesysteem Klimop en het nieuwe systeem Clever. Ongeveer 62 procent van de instellingen die bij de Federatie Opvang (de brancheorganisatie van de mo) zijn aangesloten, leveren registratiegegevens aan Klimop of Clever. De gegevens geven daarom geen betrouwbaar beeld voor de hele maatschappelijke opvang.

In het kort kan over de kwaliteit van de registratie het volgende worden opgemerkt:

- Er ontbreken cijfers over alle voorzieningen die niet bij de Federatie Opvang zijn aangesloten.
- Een vijfde deel van de instellingen die bij de Federatie Opvang zijn aangesloten, registreert niet met Klimop en blijft buiten de cijfers. Het gaat onder andere om bijna de helft van de sociale pensions: zij registreren niet of met een ander systeem.
- Registratiecijfers zijn vrijwel uitsluitend beschikbaar van de residentiële opvang. Hierdoor blijven bestaande ambulante hulpverlening en maatschappelijke opvangfuncties, zoals mobiele teams, soepbussen en inloopfaciliteiten, buiten beeld. Ook ontstaat door de registratie geen zicht op preventieactiviteiten.
- In het Klimopsysteem is het niet mogelijk unieke personen te identificeren, waardoor er geen zicht is op het aantal dubbeltellingen.

De Federatie Opvang werkt aan een nieuw registratiesysteem, dat in 2004 operationeel moet zijn.

Registratiesystemen algemeen maatschappelijk werk

Sinds 1993 zijn de registratiesystemen in het algemeen maatschappelijk werk (amw) omgevormd tot een uniform landelijk registratiesysteem. Door deze standaardisatie zijn de cijfers van verschillende instellingen en regio's min of meer vergelijkbaar (VOG 2001).

Verschillende onderzoeks- en ontwikkelingsinstituten houden informatie bij over de ontwikkelingen in het amw. Vooral het Verwey-Jonker Instituut (effectonderzoek), het VOG (beheer registratiesysteem, AMW in Beeld, Bedrijfsspiegel), het CBS (een jaarlijkse enquête onder de amw-instellingen) en het NIZW (documentatie, werkontwikkeling) en de leerstoel Maatschappelijk Werk aan de universiteit van Utrecht (gegevensverwerking, onderzoek naar professionalisering), monitoren het amw. Daarnaast zijn er allerlei lokale en regionale instellingen die over specifieke gegevens beschikken. Ook het NIVEL en het Trimbos-instituut voeren op gezette tijden onderzoeksprojecten uit die raken aan het domein van het amw. In toenemende mate doen de hbo-opleidingen contractonderzoek, waarin ook het amw veelvuldig figureert.

De Psychiatrische Casus Registers

In een Psychiatrisch Casus Register (PCR) werken alle ggz-instellingen in en rond een regio samen om het zorggebruik van de inwoners van die regio te registreren. In de (geanonimiseerde) bestanden van deze registers kunnen de gegevens over een groot aantal jaren door een cliëntgebonden code gecombineerd worden, zodat de ggz-loopbaan per cliënt in kaart gebracht kan worden. Op basis daarvan kunnen epidemiologische gegevens over zorggebruik worden berekend. Een registerregio is, in tegenstelling tot het verzorgingsgebied van een zorginstelling, exact geografisch gedefinieerd. Dit maakt het bijvoorbeeld mogelijk demografische gegevens uit de PCR's te vergelijken met bevolkingscijfers van het Centraal Bureau voor de Statistiek. Hierdoor kunnen de gegevens uit de PCR's gecorrigeerd worden voor verschillen in bevolkingsopbouw met de landelijke cijfers (Pijl et al. 2003).

Bijlage 2 Lijst van afkortingen

AA	Anonieme Alcoholisten	DALY	disability-adjusted life year
ACOG	Anonieme Gokkers Omgeving Gokken	dbc	diagnose-behandelcombinatie
ADHD	syndroom met concentratietekort en hyperactiviteit	DDD	standaard dagdosering
AIAR	Amsterdam Institute for Addiction Research	DJI	Dienst Justitiële Inrichtingen
AMK	Advies- en Meldpunt Kinderbescherming	DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
amw	algemeen maatschappelijk werk	dob	drugsontmoedigingsbeleid
Ang	Aanspreekpunt naoorlogse generatie	DWARS	Landelijk Datawarehouse AWBZ-brede Zorgregistratie
APZ	Algemeen Psychiatrisch Ziekenhuis	EMA	Educatieve Maatregel Alcohol
AVO	Aanvullend voorzieningengebruik onderzoek (SCP)	EMCDDA	European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction
AWBZ	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten	ERGO	Erasmus Rotterdam Gezondheid en Ouderenstudie
BIBA	Beveiligde Individuele Begeleidingsafdeling	ESPAD	European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs
BIG	Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg	foba	forensische observatie- en begeleidingsafdeling
BJZ	Bureau Jeugdzorg	fpa	forensisch-psychiatrische afdeling
BOPZ	Wet bijzondere opnemingen psychiatrische ziekenhuizen	FPD	forensisch-psychiatrische dienst
BSD	Bureau Sociale Dienstverlening	FPI	forensisch-psychiatrisch instituut
BZA	Bijzondere Zorgafdeling (in een gevangenis)	fte	fulltime-equivalent
bzw	begeleid zelfstandig wonen	FVK	forensische verslavingskliniek
CAD	Consultatiebureau voor Alcohol en Drugs	GGD	Gemeentelijke Gezondheidsdienst
CBCL	Child Behavior CheckList	ggz	geestelijke gezondheidszorg
CBO	oorspronkelijk: Centraal Begeleidingsorgaan voor de intercollegiale toetsing; nu: Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg	GIP	Genees- en hulpmiddelen Informatie Project
CBR	Centraal Bureau voor de Rijvaardigheid	GPI	GGZ Personeelsinformatie
CBS	Centraal Bureau voor de Statistiek	HHM	Hoeksma, Homans & Menting
CEDRO	Centrum voor Drugsonderzoek	hiv	humaan- immunodeficiëntievirus (verwekker van aids)
CIJ	Centraal Informatiepunt Jeugdzorg	HKS	Herkenningdienst-systeem
COA	Centraal Orgaan opvang asielzoekers	iba	individuele begeleidingsafdeling
CRS	Centrale Raad voor Strafrechtstoepassing	ibs	inbewaringstelling
CTG	College Tarieven Gezondheidszorg	ic	intensive care
CVZ	College voor Zorgverzekeringen	IMC	intramuraal motivatiecentrum
dac	dagactiviteitencentrum	ICODO	Informatie- en Coördinatieorgaan Dienstverlening Oorlogsgetroffenen
		INK	oorspronkelijk: Instituut Nederlandse Kwaliteit
		IOG	IndicatieOverleg GGZ
		IVO	Instituut voor Onderzoek naar Leefwijzen & Verslaving
		IVV/IVZ	Informatievoorziening Verslavingszorg

jji	justitiële jeugdinstelling	oggz	openbare geestelijke gezondheidszorg
KFP	kliniek voor forensische psychotherapie	OSA	Organisatie voor Strategisch Arbeidsmarktonderzoek
KIS	Kinderbescherming Informatiesysteem	PAAC	Psychiatrische Afdeling academisch ziekenhuis
LADIS	Landelijk Alcohol en Drugs Informatiesysteem	PAAZ	Psychiatrische Afdeling algemeen Ziekenhuis
LASA	Longitudinal Aging Study Amsterdam	PCR	Psychiatrisch Casus Register
LCVV	Landelijk Centrum Verpleging & Verzorging	pgb	persoonsgebonden budget
LINH	Landelijk Informatie Netwerk Huisartsenzorg	PIGGz	Patiëntenregister Intramurale Geestelijke Gezondheidszorg
LPR	Landelijke Patiënten- en bewonersraden in de GGZ	POLS	Permanent Onderzoek Leefsituatie
LSOVD	Landelijke Stichting Ouders van Drugsgebruikers	PSC	Penitentiair Selectie Centrum
LVOI	Landelijke Vereniging van Indicatie Organen	RGC	Regionaal GGZ Centrum
LVT	Landelijke Vereniging voor Thuislozen	RIAGG	Regionaal Instituut voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg
MAD	Regio- en Stedenmonitor Alcohol en Drugs	RIBW	Regionale Instelling voor Beschermende Woonvormen
MDHG	Belangenvereniging van Druggebruikers	RIO	Regionaal Indicatieorgaan
mfe	multifunctionele eenheid	RIPAG	regionaal informatiesysteem patiënteninformatie GGZ
MGv	Maandblad Geestelijke volksgezondheid	RITZ	Registratie Individuele TBS Zaken
MITS	Monitoring en Informatiesysteem Tbs	RIVM	Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
MMO	Monitor Maatschappelijke Opvang	RJZ	richtlijnen jaarverslaggeving zorginstellingen
MRI	Magnetic Resonance Imaging	RVZ	Raad voor de Volksgezondheid en Zorg
NDM	Nationale Drug Monitor	SCP	Sociaal en Cultureel Planbureau
NEMESIS	Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study	SGBO	Onderzoeks- en Adviesbureau van de Vereniging van Nederlandse Gemeenten
NFGV	Nationaal Fonds Geestelijke Volksgezondheid	sglv	sterk gedragsgestoord, licht verstandelijk gehandicapt
NHG	Nederlands Huisartsen Genootschap	SFK	Stichting Farmaceutische Kengetallen
NIGZ	Nederlands Instituut voor Gezondheidsbevordering en Ziektebestrijding	SPD	Sociaal Pedagogische Dienst
NIP	Nederlands Instituut voor Psychologen	SJN	Stichting Jeuginformatie Nederland
NIVEL	Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg	spv	sociaal-psychiatrisch verpleegkundige
NIZW	Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn	SRJV	Stichting Registratie Jeugd Voorzieningen
NMG	Nationale Monitor Geestelijke Gezondheid	soa	seksueel overdraagbare aandoening
NPO	Nationaal Prevalentie Onderzoek	SOV	Wet strafrechtelijke opvang verslaafden
NVAGG	Nederlandse Vereniging voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg	tbs	terbeschikkingstelling van de regering
NVPG	Nederlandse Vereniging voor Preventie en GVO	THC	tetrahydrocannabinol
		TIM	Tijdelijk Informatie en Monitoringsysteem (tbs)
		TWSS	Tijdelijke wet stimulering sociale vernieuwing

vba	verslavings- begeleidingsafdeling
VBTB	Van Beleidsbegroting tot Beleidsverantwoording
VIS	vroeghulp interventie systematiek
VNG	Vereniging van Nederlandse Gemeenten
VOG	Verenigingen van ondernemingen in de gepremieerde en gesubsidieerde sector
VWS	Volksgezondheid, Welzijn en Sport, ministerie van -
WAO	Wet op de Arbeids- ongeschiktheidsverzekering
WCPV	Wet collectieve preventie gezondheidszorg
WHO	Wereldgezondheidsorganisatie
WGR	Wet gemeenschappelijke regelingen
WODC	Wetenschappelijk Onderzoek- en Documentatiecentrum
WTG	Wet tarieven gezondheidszorg
WVC	Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur, ministerie van -
WZV	Wet ziekenhuisvoorzieningen
ZN	Zorgverzekeraars Nederland
ZonMw	ZorgOnderzoek Nederland en Medische Wetenschappen
Zorgis	Zorgregistratiesysteem GGZ Nederland
ZRA	Ziektekostenregeling asielzoekers
ZTO	Zorg Toewijzing Orgaan

Bijlage 3 Reserves instellingen

Deze bijlage gaat in op de ontwikkeling van het niet-vreemd vermogen van de zorginstellingen voor de jaren 2000, 2001 en 2002. De gegevens zijn gebaseerd op de jaarlijkse enquête naar de exploitatieresultaten van de gebudgetteerde zorginstellingen 2002. Het College Tarieven Gezondheidszorg (CTG) heeft de enquête uitgevoerd. Om de administratieve lasten terug te dringen, zijn de gegevens voor ziekenhuizen, gehandicaptenzorg, verpleeghuizen en verzorgingshuizen dit jaar voor het eerst via Prismant verkregen.

Het niet-vreemd vermogen in tabel B.3 bestaat uit het saldo van de balansposten kapitaal, collectief gefinancierd gebonden vermogen, niet-collectief gefinancierd vrij vermogen, egalisatierekening afschrijvingen en voorzieningen.

Onder het collectief gefinancierd gebonden vermogen worden alle reserves opgenomen waarvan de resultaten zijn ontstaan uit een bekostigingsbron voor gesubsidieerde, zorggebonden of collectief gefinancierde activiteiten.

Onder het niet-collectief gefinancierd vrij vermogen worden alle reserves opgenomen die niet zijn ontstaan uit een collectief gefinancierde bekostigingsbron en/of waarover de regelgevende instanties in de zorgsector hebben aangegeven dat zij niet voortkomen uit subsidie- en/of zorggebonden dan wel collectief gefinancierde activiteiten.

TABEL B.3
Ontwikkeling niet-vreemd vermogen zorginstellingen

	2002	2001	2000	verschillen 2002 t.o.v. 2001
Psychiatrische ziekenhuizen en RIAGG				
(respons 74%)				
Niet-vreemd vermogen van respondenten				
- In duizenden euro's	239.530	223.206	194.940	
- In percentage aanvaardbare kosten	14,6	14,7	14,1	-0,1
<i>Waarvan:</i>				
- Kapitaal	0,5	0,5	0,6	0,0
- Collectief gefinancierd gebonden vermogen	7,1	7,1	6,2	0,1
- Niet-collectief gefinancierd vrij vermogen	1,8	1,7	1,8	0,0
- Egalisatierekening afschrijvingen	2,9	2,9	2,8	0,0
- Voorzieningen	2,3	2,5	2,8	-0,1
Instellingen met een negatief niet-vreemd vermogen				
- In absolute aantallen	1	0	0	
- In percentage van aantal instellingen	1,2	0,0	0,0	
RIBW (respons 60%)				
Niet-vreemd vermogen van respondenten				
- In duizenden euro's	21.938	17.055	17.313	
- In percentage aanvaardbare kosten	17,4	16,4	18,8	1,0
<i>Waarvan:</i>				
- Kapitaal	0,0	0,0	0,1	0,0
- Collectief gefinancierd gebonden vermogen	9,8	9,1	8,7	0,7
- Niet-collectief gefinancierd vrij vermogen	0,1	-1,2	0,3	1,2
- Egalisatierekening afschrijvingen	1,2	1,5	2,2	-0,3
- Voorzieningen	6,3	6,9	7,6	-0,6
Instellingen met een negatief niet-vreemd vermogen				
- In absolute aantallen	0	1	1	
- In percentage van aantal instellingen	0,0	2,5	2,5	

Bron: Enquête Exploitatieresultaten CTG (enquête 2002)